

EVALUATION EINER PSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK:

EFFEKTE DER BEHANDLUNG

AUF SYMPTOMATIK UND GENERALISIERTES VERTRAUEN

INAUGURALDISSERTATION

TRIER, IM MÄRZ 2010

VORGELEGT VON: URSULA THIELEN

BETREUER UND GUTACHTER: PROF. DR. GÜNTER KRAMPEN

DR. PETRA HANK

UNIVERSITÄT TRIER

FACHBEREICH I - PSYCHOLOGIE

54286 TRIER

DER MENSCH HEISST MENSCH,
WEIL ER VERGISST, WEIL ER VERDRÄNGT,
WEIL ER SCHÖNT UND SCHWÄRMT [...]
WEIL ER HOFFT UND LIEBT,
WEIL ER MITFÜHLT UND VERGIBT [...]
WEIL ER SCHWÄRMT UND GLAUBT,
SICH ANLEHNT UND VERTRAUT.

HERBERT GRÖNEMEYER (2002, AUSZUG)

Danksagung

Dank sagen möchte ich an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Günter Krampen, der mir die Promotion ermöglicht und mir stets ein hilfreicher Ansprechpartner war. Frau Dr. Petra Hank danke ich für ihre Bereitschaft, als Gutachterin tätig zu sein. Weiterhin gilt mein Dank Dr. Heiko Hölzel, für die fachlichen Anregungen und die emotionale und tatkräftige Hilfe, ebenso wie meinen Eltern Monika und Ernst-Peter Thielen für die mühevollen Korrekturarbeiten sowie meinem Partner Laurent Charreyron und meinen Kolleginnen und Freunden für die Ermutigungen und ihren emotionale Unterstützung.

Zusammenfassung

Im Fokus dieser Untersuchung steht die Evaluation allgemeinspsychiatrischer tagesklinischer Behandlung, einerseits zur Überprüfung der Wirksamkeit der teilstationären Intervention bzgl. der Symptomatik, andererseits unter der speziellen Berücksichtigung von generalisierten Vertrauensaspekten (Vertrauenstrias) auf dem theoretischen Hintergrund des Handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (Krampe, 1987) und ihren Zusammenhängen zu psychischen Erkrankungen.

Dem wurde in einer Fragebogenstudie mit 200 tagesklinischen Patienten im Alter von 16 bis 80 Jahren, die im Zeitraum von Oktober 2002 bis Februar 2004 in einer südwestdeutschen Kleinstadt teilstationär aufgenommen worden waren, nachgegangen. Die Patienten unterscheiden sich sowohl in den soziodemographischen Variablen als auch in Diagnosen und Behandlungszeiträumen.

Wie in den Hypothesen angenommen, kann in dieser Studie gezeigt werden, dass die teilstationäre Behandlung eine deutliche Verringerung der psychischen Belastung mit sich bringt und Vertrauen – mit Ausnahme von interpersonalem – gesteigert wird.

Weiterhin wurden negative Zusammenhänge zwischen Vertrauen und psychischer Krankheit/Gesundheit und Unterschiede bezüglich einzelner Störungsbilder angenommen. Die einzelnen Hypothesen hierzu werden ebenfalls durch diese Studie größtenteils bestätigt.

Inhaltsverzeichnis

<u>1</u>	<u>EINLEITUNG</u>	11
<u>2</u>	<u>PSYCHIATRISCHE/PSYCHOTHERAPEUTISCHE TAGESKLINIK: „KRANKENHAUSBEHANDLUNG OHNE BETT“</u>	13
2.1	ÜBERBLICK: DEFINITIONEN, INDIKATIONEN, ENTWICKLUNGEN, ZIELE	13
2.2	TAGESKLINISCHE BEHANDLUNG	18
2.2.1	PSYCHOTHERAPIE IN DER TAGESKLINIK	18
2.2.1.1	Teilstationäre tiefenpsychologische/analytische Therapie	19
2.2.1.2	Teilstationäre kognitive Verhaltenstherapie	20
2.2.1.3	Teilstationäre allgemeine Psychotherapie	22
2.2.2	SOZIOThERAPIE IN DER TAGESKLINIK	24
2.2.3	PHARMAKOTHERAPIE	26
2.3	BESCHREIBUNG DER IN DER VORLIEGENDEN STUDIE EVALUIERTEN TAGESKLINIK	26
2.4	EVALUATION TAGESKLINISCHER BEHANDLUNG	28
2.4.1	ERGEBNISSE VON EVALUATIONSSUDIEN ZU TAGESKLINISCHER BEHANDLUNG	28
2.4.2	SCHWIERIGKEITEN BEI DER EVALUATION TAGESKLINISCHER BEHANDLUNG	29
2.4.3	EVALUATIONSKRITERIEN	30
<u>3</u>	<u>VERTRAUEN – DEFINITIONSVERSUCHE UND THEORETISCHE EINORDNUNG</u>	32
3.1	VERTRAUENSTRIAS UND IHRE KOMPONENTEN	33
3.1.1	SELBSTVERTRAUEN (SELBSTWIRKSAMKEIT)	33
3.1.2	ZUKUNFTSVERTRAUEN (HOFFNUNG)	35
3.1.3	INTERPERSONALES (SOZIALES) VERTRAUEN	36
3.2	DIE VERTRAUENSTRIAS UND IHRE EINORDNUNG IN DAS HANDLUNGSTHEORETISCHE PARTIALMODELL DER PERSÖNLICHKEIT (HPP)	39
3.2.1	VERTRAUENSTRIAS UND HIERARCHISCHE STRUKTUR DES HPP	45
3.2.2	DAS HPP UND SEINE ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE ANBINDUNG	47
3.3	VERTRAUENSTRIAS: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN DEN EINZELNEN KOMPONENTEN – ONTOGENETISCHE GESICHTSPUNKTE: DAS SANDUHRMODELL	49

4	<u>VERTRAUEN UND PSYCHISCHE STÖRUNG BZW. SEELISCHE GESUNDHEIT</u>	55
4.1	DEFINITIONEN PSYCHISCHER GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	55
4.2	ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VERTRAUENSTRIAS UND PSYCHISCHER GESUNDHEIT BZW. KRANKHEIT	56
4.3	ZUSAMMENHÄNGE VON VERTRAUENSASPEKTEN MIT EINZELNEN STÖRUNGSBILDERN	58
4.3.1	VERTRAUEN IN SICH SELBST UND PSYCHISCHE STÖRUNG	59
4.3.1.1	Depression und Selbstvertrauen	60
4.3.1.2	Angst-/Zwangsstörungen und Selbstvertrauen	62
4.3.1.3	Anpassungs- und Belastungsstörung und Selbstvertrauen	63
4.3.1.4	Suchterkrankung und Selbstvertrauen	64
4.3.1.5	Somatoforme Schmerzstörung/chronischer Schmerz und Selbstvertrauen	65
4.3.1.6	Essstörungen und Selbstvertrauen	65
4.3.1.7	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Selbstvertrauen	67
4.3.2	VERTRAUEN IN DIE ZUKUNFT UND PSYCHISCHE STÖRUNG	67
4.3.2.1	Depression und Zukunftsvertrauen	70
4.3.2.2	Angst-/Zwangsstörungen und Zukunftsvertrauen	71
4.3.3	VERTRAUEN IN ANDERE UND PSYCHISCHE STÖRUNG	72
4.3.3.1	Angst-/Zwangsstörungen und interpersonales Vertrauen	74
4.3.3.2	Anpassungsstörung und interpersonales Vertrauen	74
4.3.3.3	Suchterkrankung und interpersonales Vertrauen	75
4.3.3.4	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und interpersonales Vertrauen	75
4.4	VERTRAUEN UND DIE BEHANDLUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN	75
4.4.1	VERTRAUEN IN DEN BEHANDLER: DIE THERAPEUTISCHE ARBEITSBEZIEHUNG.	76
4.4.2	FÖRDERUNG DER KOMPONENTEN DER VERTRAUENSTRIAS ALS THERAPIEZIEL	79
4.4.2.1	Förderung von Selbstvertrauen	80
4.4.2.2	Förderung von interpersonalem Vertrauen	84
4.4.2.3	Förderung von Zukunftsvertrauen	85
4.4.3	FAZIT: IMPLIKATIONEN FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE	86

5	<u>METHODEN</u>	88
5.1	FRAGESTELLUNGEN	88
5.2	UNTERSUCHUNGSMATERIALIEN	90
5.1.1	SYMPTOM-CHECK-LISTE NACH DEROGATIS (SCL-90-R)	91
5.1.2	FRAGEBOGEN ZU KOMPETENZ- UND KONTROLLÜBERZEUGUNG (FKK)	92
5.1.3	FRAGEBOGEN ZUM INTERPERSONALEN VERTRAUEN (IPV)	93
5.1.4	SKALEN ZUR ERFASSUNG VON HOFFNUNGSLOSIGKEIT (H-RB-SKALEN)	94
5.1.5	FREMDEINSCHÄTZUNG DER SYMPTOMVERBESSERUNG	94
5.1.6	BASISDOKUMENTATION	95
5.1.7	DIAGNOSE NACH ICD-10	96
5.3	UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG UND STICHPROBENBESCHREIBUNG	99
6	<u>SKALEN- UND ITEMANALYSEN</u>	107
6.1	SYMPTOMCHECKLISTE NACH DEROGATIS (SCL-90-R)	107
6.2	FRAGEBOGEN ZU KOMPETENZ- UND KONTROLLÜBERZEUGUNG (FKK)	109
6.3	FRAGEBOGEN ZUM INTERPERSONALEN VERTRAUEN (IPV)	110
6.4	H-SKALEN (H-BR)	112
6.5	FREMDEINSCHÄTZUNG DES BEHANDLUNGSERFOLGS	113
6.6	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER SKALEN- UND ITEMANALYSEN	115
7	<u>ERGEBNISSE: PRÜFUNG DER FRAGESTELLUNGEN</u>	116
7.1	BESSERUNG DER SYMPTOME DURCH DIE TAGESKLINISCHE BEHANDLUNG	116
7.2	ZUSAMMENHANG ZWISCHEN PSYCHISCHEM BEFINDEN UND DER VERTRAUENSTRIAS	120
7.3	EFFEKTE DER BEHANDLUNG AUF DIE VERTRAUENSKOMPONENTEN	121
7.4	UNTERSCHIEDE IN DER AUSPRÄGUNG DER FACETTEN DER VERTRAUENSTRIAS IN BEZUG AUF DIE DIAGNOSEN	123
7.4.1	VERTRAUENSTRIAS UND DEPRESSION	124
7.4.2	VERTRAUENSTRIAS UND ANPASSUNGS-/BELASTUNGSSTÖRUNGEN	127
7.4.3	VERTRAUENSTRIAS UND SUCHTERKRANKUNG	129
7.4.4	VERTRAUENSTRIAS UND ERKRANKUNGEN AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS	132

8	<u>DISKUSSION UND AUSBLICK</u>	135
8.1	DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	135
8.1.1	VERÄNDERUNG DER SYMPTOMATIK	135
8.1.2	ZUSAMMENHANG ZWISCHEN VERTRAUENSTRIAS UND SYMPTOMBELASTUNG	136
8.1.3	VERÄNDERUNG DER VERTRAUENSTRIAS	137
8.1.4	ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VERTRAUENSTRIAS UND DIAGNOSEN	139
8.2	AUSBLICK	144
	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	147
	<u>ANHANG</u>	165

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

KAPITEL 3

ABBILDUNG 3.1: SELF-EFFICACY UND RESPONSE OUTCOME EXPECTATION	34
ABBILDUNG 3.2: HANDLUNGSTHEORETISCHES ERWARTUNG-WERT-MODELL	40
ABBILDUNG 3.3: DAS HANDLUNGSTHEORETISCHE PARTIALMODELL DER PERSÖNLICHKEIT (HPP) MIT HERVORGEHOBENER VERTRAUENSTRIAS	41
ABBILDUNG 3.4: KLASSIFIKATIONSSHEMA FÜR VERTRAUEN/MISSTRAUEN ANHAND DER HANDLUNGS- THEORETISCHEN BASISPARAMETER	43
ABBILDUNG 3.5: HYPOTHETISCHE KONZEPTION DER HIERARCHISCHEN STRUKTUR HANDLUNGSTHEORETISCHER PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN MIT HERVORGEHOBENER VERTRAUENSTRIAS	46
ABBILDUNG 3.6 HEURISTIK ENTWICKLUNGSBEZOGENER KOGNITIVER, EMOTIONALER UND AKTIONALER VARIABLEN MIT ZUGEORDNETEN HPP-PERSÖNLICHKEITSKONSTRUKTEN UND DER HPP-VERTRAUENSTRIAS	48
ABBILDUNG 3.7: SANDUHRMODELL: ONTOGENESE DER VERTRAUENSTRIAS	50
ABBILDUNG 3.8: VERKNÜPFUNG VON SELBSTVERTRAUEN UND INTERPERSONALEM VERTRAUEN	54

KAPITEL 4

ABBILDUNG 4.1: DAS GERECHTIGKEITSMOTIV	69
ABBILDUNG 4.2: VERTRAUEN IM ARZT-PATIENT-KONTAKT	78

KAPITEL 5

ABBILDUNG 5.1: BESCHREIBUNGSEBENEN PSYCHISCHER PHÄNOMENE	96
TABELLE 5.1: ÜBERSICHT ÜBER DIE DIAGNOSTISCHEN KATEGORIEN DER ICD-10, HAUPTGRUPPEN, KAPITEL V (F)	97
TABELLE 5.2: VERGLEICH DER INTERRATERRELIABILITÄT (KAPPA) DER ICD-10: LEITLINIEN VS. FORSCHUNGSKRITERIEN	98
TABELLE 5.3: STICHPROBENBESCHREIBUNG: SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN	101
TABELLE 5.4: STICHPROBENBESCHREIBUNG: KRANKHEITS- UND BEHANDLUNGSBEZOGENE VARIABLEN	102
ABBILDUNG 5.2: BEHANDLUNGSZEIT IN WOCHEN	103
ABBILDUNG 5.3: HÄUFIGKEIT DER DIAGNOSEN (ERST- UND ZWEITDIAGNOSE GEMEINSAM)	104
TABELLE 5.5: DIAGNOSE UND KOMORBIDITÄT	105
ABBILDUNG 5.4: GRÜNDE FÜR DROP-OUT	105

KAPITEL 6

TABELLE 6.1: SKALENWERTE „SYMPTOMCHECKLISTE“	108
TABELLE 6.2: SKALENWERTE „FRAGEBOGEN ZU KOMPETENZ- UND KONTROLLÜBERZEUGUNG“	109
TABELLE 6.3: ITEM- UND FAKTORENANALYTISCHE BEFUNDE ZUR SKALA „INTERPERSONALES VERTRAUEN“	110
TABELLE 6.4: SKALENWERTE „FRAGEBOGEN ZUM INTERPERSONALEN VERTRAUEN“	111
TABELLE 6.5: SKALENWERTE „H-SKALEN (HRB)“	112
TABELLE 6.6: DESKRIPTIVE STATISTIK DER FREMDEINSCHÄTZUNG DES BEHANDLUNGSERFOLGS	113
TABELLE 6.7: CHI-QUADRAT-TEST: FREMDEINSCHÄTZUNG DURCH BEHANDLER * DIFFERENZ SCL-90-R (T1-T2)	114

KAPITEL 7

TABELLE 7.1: MANOVA: PRIMÄRSKALEN DER SCL-90-R GESAMT: TESTS DER INNERSUBJEKTEFFEKTE	116
TABELLE 7.2: PRIMÄRSKALEN DER SCL-90-R: TESTS AUF UNIVARIATE.....	117
TABELLE 7.3: SKALEN DER SCL-90-R: MITTELWERTSVERGLEICHE.....	118
TABELLE 7.4: T-TEST FÜR ABHÄNGIGE STICHPROBEN: GSI DER SCL-90-R.....	119
TABELLE 7.5: CHI-QUADRAT-TEST: FREMDEINSCHÄTZUNG DES BEHANDLUNGSERFOLGS.....	120
TABELLE 7.6: KORRELATIONEN ZWISCHEN SCL-90-R UND VTT	120
TABELLE 7.7: MANOVA ^E ALLER SKALEN DER VTT – GESAMT: TESTS DER INNERSUBJEKTEFFEKTE.....	121
TABELLE 7.8: KOMPONENTEN DER VTT: TESTS AUF UNIVARIATE	122
TABELLE 7.9: SKALEN DER VTT: MITTELWERTSVERGLEICHE.....	123
TABELLE 7.10: KORRELATIONEN ^A ZWISCHEN VTT UND SCL-90-R BEI DEPRESSIVEN PATIENTEN.....	124
TABELLE 7.11: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * DEPRESSION.....	125
TABELLE 7.12: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * DEPRESSION.....	126
TABELLE 7.13: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * DEPRESSION.....	127
TABELLE 7.14: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * ANPASSUNGS-/BELASTUNGSSTÖRUNG.....	128
TABELLE 7.15: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * ANPASSUNGS-/BELASTUNGSSTÖRUNG.....	128
TABELLE 7.16: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * ANPASSUNGS-/BELASTUNGSSTÖRUNG.....	129
TABELLE 7.17: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * SUCHTERKRANKUNG.....	130
TABELLE 7.18: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * SUCHTERKRANKUNG.....	131
TABELLE 7.19: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * SUCHTERKRANKUNG.....	131
TABELLE 7.20: KORRELATIONEN ^A ZWISCHEN VTT UND SCL-90-R BEI PSYCHOSEPATIENTEN	132
TABELLE 7.21: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * PSYCHOSE	133
TABELLE 7.22: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * PSYCHOSE	134
TABELLE 7.23: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * PSYCHOSE	134

KAPITEL 8

TABELLE 8.1: ÜBERBLICK ÜBER DIE ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VERTRAUEN UND DIAGNOSEN	143
--	-----

1 Einleitung

Die psychiatrische Tagesklinik stellt einen wesentlichen Teil der gemeindenahen Psychiatrie dar. Jedoch gibt es nicht *die* psychiatrische Tagesklinik: Es finden sich erhebliche Unterschiede, die im Konzept, den Angeboten, der Art der Therapieverfahren und Schwerpunktsetzungen, aber auch im Behandlerteam und den behandelten Patientinnen¹ und Patienten mit ihren unterschiedlichen Störungsbildern liegen können (vgl. Garlipp, 2008). Diese Komplexität und mangelnde Vergleichbarkeit macht eine Evaluation tagesklinischer Behandlung bedeutend schwieriger: „Unterschiedliche TherapeutInnen arbeiten mit unterschiedlichen therapeutischen Methoden mit einer äußerst heterogenen PatientInnengruppe, die zusätzlich miteinander, mit Pflegekräften und sonstigem Klinikpersonal interagiert und gleichzeitig pharmakologisch behandelt wird: Ein sauberes, quasiexperimentelles Design scheint unmöglich“, so Vogel (1999, S. 328). Gleichzeitig machen diese Gegebenheiten Evaluation – insbesondere für den Einzelfall – umso wichtiger: Sie ermöglicht, neben der Überprüfung der Wirksamkeit, durch empirisch erlangte Rückkopplungsschleifen die Selbstreflexion und Weiterentwicklung des therapeutischen Teams, was wiederum den Patienten zugute kommt (Vogel, 1999).

Innerhalb dieser Studie wird zentral die tagesklinische Behandlung in einer südwestdeutschen Kleinstadt im ländlichen Raum summativ evaluiert, indem die Symptombelastung vor und nach der tagesklinischen Behandlung miteinander verglichen und somit die Wirksamkeit der Intervention beurteilt wird (vgl. Bortz & Döring, 1995).

Neben der Verbesserung der psychischen Gesundheit liegt ein weiterer Fokus auf Vertrauen in seiner generalisierten Form auf dem theoretischen Hintergrund des Handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (Krampen, 1987). Hauptinteresse gilt hierbei den drei Aspekten der Vertrauenstrias (Selbstvertrauen, Zukunftsvertrauen und interpersonales Vertrauen), ihrer Veränderung durch die teilstationäre Behandlung und ihre Verbindung zur psychischen Gesundheit bzw. Erkrankung sowie zu spezifischen Störungsbildern.

¹ Im Folgenden wird sich auf die männliche Schreibweise zu Gunsten der besseren Lesbarkeit beschränkt, dennoch gelten die Ausführungen ebenso für Frauen.

Ziel der Studie ist – neben der Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung und dem Aufzeigen von Anregungen zur Verbesserung der differentiellen und adaptiven Indikation psychotherapeutischer Interventionen bei Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern – einen Beitrag zu Erforschung des psychologischen Konzeptes „Vertrauen“ zu leisten und somit zur Vergrößerung des Wissensspektrums über Bestimmungsstücke von psychischer Gesundheit und Krankheit sowie über personale Ressourcen diesbezüglich durch die empirische Analyse von Zusammenhängen zwischen der Vertrauenstrias und psychischer Erkrankung beizutragen (vgl. auch Krampen & Hank, 2004b).

Die folgenden drei Kapitel beschäftigen sich mit den theoretischen Grundlagen für die vorliegende Arbeit. Dabei wird zunächst das Konzept „allgemeinpsychiatrische Tagesklinik“ erläutert (Kapitel 2), danach die Vertrauenstrias sowie ihre theoretische Einordnung veranschaulicht (Kapitel 3) und schließlich Bezüge zwischen psychischer Erkrankung und Vertrauen aufgezeigt (Kapitel 4).

Des Weiteren finden sich die empirischen Analysen der Studie, die die Beschreibung der Untersuchungsmaterialien und der Stichprobe (Kapitel 5), die Analysen der Items und Skalen (Kapitel 6) und die Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 7) umfassen.

Abschließend werden die Resultate interpretiert, diskutiert und ein Ausblick für zukünftige Forschungsvorhaben in diesem Bereich aufgezeigt (Kapitel 8).

2 Psychiatrische/psychotherapeutische Tagesklinik: „Krankenhausbehandlung ohne Bett“

Zunächst wird hier ein Überblick gegeben über die Entwicklung der psychiatrischen Tageskliniken und ihren Bezug zur Gemeindepsychiatrie, über Indikationen und Kontraindikationen zur teilstationären Behandlung sowie über den Rahmen und das Behandlungskonzept. Auf letzteres wird dann im Abschnitt 2.2 noch näher eingegangen. Im Anschluss findet sich ein Abriss über Evaluationen tagesklinischer Behandlung.

2.1 Überblick: Definitionen, Indikationen, Entwicklungen, Ziele

Die psychiatrische Tagesklinik nach Finzen (1999) ist eine von verschiedenen Alternativen zum traditionellen psychiatrischen Krankenhaus. „Ihr Standort zwischen Ambulanz und Klinik macht sie zum Modell zeitgemäßer psychiatrischer Behandlung“ (Finzen, 1999, S. 19); „sie ist ein wichtiges Bindeglied zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung (Mundt et al., 2002, S. 1082)“ und soll „eine Vollhospitalisierung vermeiden oder abkürzen“ (Huber, 1999, S. 659).

Die erste Tagesklinik entstand in den 30er Jahren in Moskau, die erste *deutsche* 1962 in Frankfurt – aus Versorgungsnotständen: Mangel an Geld, Personal und Räumen. Die Psychiatriereform in Folge der *Psychiatrie-Enquete* des Bundestages von 1975 zog auch zunehmend die Einrichtung tagesklinischer Plätze nach sich, so dass man in den 80er Jahren von einer Welle von Klinikgründungen sprechen kann: Stationäre Betten wurden im Rahmen der De-Institutionalisierung abgebaut; die teilstationäre Behandlung stellt eine Komponente der **Gemeindepsychiatrie** – eine wohnortnahe Behandlung – dar, die auch an die baulichen Rahmenbedingungen einen deutlich geringeren Anspruch stellt als ein Krankenhaus, so dass auch Gebäude in zentraler Wohnlage in Betracht kommen. Seidel (1983, S. 153) versteht Gemeindepsychiatrie in diesem Zusammenhang als Prozess, als „Rückführung psychischen Leidens an den Ort seines Entstehens: Familie, Arbeitsplatz, Stadtteil, Kneipe, Nachbar, Freund. Oder die Abgeschlossenheit, Verlassenheit des Einzelnen von alledem.“ Ziel einer tagesklinischen Behandlung ist u. a. die Wiedereingliederung ins gesellschaftliche Leben. Hierzu ist eine enge Vernetzung mit komplementären Einrichtungen erforderlich.

Neben den gemeindepsychiatrischen Aspekten spielen beim Ausbau teilstationärer Angebote auch wirtschaftliche eine Rolle: Tagesklinische Behandlung ist deutlich kostengünstiger als vollstationäre. Getragen werden die Behandlungskosten jeweils von den Krankenkassen (vgl. Finzen, 1986; Eikelmann, 1996; Pittrich, 1996; Küchenhoff, 1998; Eikelmann et al, 2005; Kunze & Kaltenbach, 2005; Garlipp, 2008).

Diese Entwicklung der deutlichen Zunahme tagesklinischer Angebote spricht für die Weiterentwicklung und Stärkung eines regional ausgerichteten teilstationären Versorgungsansatzes – sie lässt sich anhand von Zahlen verdeutlichen: 1982 gab es 60 – 70 *allgemeinpsychiatrische* Tageskliniken, 1986 waren es 109, 1999 schon 273. 2005 gab es bereits ca. 350 mit insgesamt ca. 8500 Plätzen; 2007 wiesen 366 Krankenhäuser teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsplätze auf (vgl. Bock, 1985; Veltin, 1986; Bein, et al. 2005; Schulz et al., 2008; Statistisches Bundesamt, 2008)². 2007 wurde „im Bundesdurchschnitt jedes fünfte ordnungsbehördlich genehmigte Bett als tagesklinischer Behandlungsplatz ausgewiesen. Bei den großen Städten/Ballungsräumen liegt der Stellenwert der tagesklinischen Behandlung noch deutlich darüber“ (Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden, 2007, S. 37).

Die teilstationäre multimodale **Behandlung** stellt eine Kombination von soziotherapeutischen, psychotherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen dar, die zusätzlich eine tagesstrukturierende Funktion hat. Teilstationär heißt, dass sich die Patienten tagsüber in der Tagesklinik aufhalten, während sie den Abend, die Nacht und das Wochenende in ihrer vertrauten Umgebung im familiären Milieu verbringen. Dadurch wird der Umgang mit Verwandten und Freunden aufrechterhalten, sich daraus ergebende Schwierigkeiten können im tagesklinischen Setting wiederum thematisiert werden. Dies bietet sich gerade auch daher an, weil Krankheitsauslöser und aufrechterhaltende Bedingungen oft im engen Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld stehen. Darüber hinaus wird so der Transfer von Lerninhalten erleichtert. Außerdem sollen durch die geringere Bindung an die Institution Eigeninitiative und Selbstheilungskräfte bei gleichzeitigem Vorhandensein von Struktur und Schutz durch die Einrichtung gefördert werden. Die therapiefreie Zeit am Wochenende und abends fungiert als Belastungstraining.

² Hier sind Kinder- und Jugend-, Sucht-, gerontopsychiatrische und psychosomatische nicht eingeschlossen.

„Die Tagesbehandlung verfolgt einen komplexen therapeutischen Ansatz, in dem sich Psychotherapie, soziotherapeutische Verfahren und medikamentöse Behandlung begegnen“ (Finzen, 1986, S. 147f). Strukturiert wird die Behandlung fast immer durch einen Wochenplan, der die verschiedenen Therapieangebote – vergleichbar mit einem Stundenplan – beinhaltet, die Konzepte sind flexibel und müssen jeweils an die unterschiedlichen Bedingungen und Patienten angepasst werden. Die Behandlung findet meist in Gruppen statt, die je nach Konzept entweder eher an Indikation oder an Neigung ausgerichtet sind. Das interdisziplinäre Behandlerteam setzt sich in der Regel aus verschiedenen Berufsgruppen, wie Psychologen, Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Kunst-, Ergo-, Sport- und/oder Musiktherapeuten zusammen, wobei die Personalverteilung sehr unterschiedlich ist (vgl. Bosch & Steinhart, 1983; Reker, 1999b; Mundt et al., 2002). Die Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) regelt den Personalschlüssel und die jeweiligen Tätigkeitsprofile mit der Absicht, „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche stationäre und teilstationäre Behandlung der Patienten zu gewährleisten [...]“. Sie hat das Hauptziel über die „Verbesserung der Personalausstattung der psychiatrischen Einrichtungen eine höhere Behandlungsqualität der psychisch kranken Patienten zu bewirken“ (Kunze & Kaltenbach, 2005, S. 37 u. S. 228).

In einer repräsentativen Bestandsaufnahme des Jahres 1982 von Bosch und Steinhart (1983) werden die **Rahmenbedingungen** einer typischen Tagesklinik folgendermaßen charakterisiert: 20 Plätze, 40 Stunden-Woche, 250 m² Wohnfläche, 100 Aufnahmen im Jahr, zwei Monate Durchschnittsbehandlungsdauer. Tageskliniken stellen also kleine, überschaubare Einheiten dar, in der Regel finden sich 20 bis 30 Plätze. Es besteht eine hohe Anwesenheitskonstanz der Mitarbeiter (ca. 40 Stunden-Woche sowohl für Patienten als auch für das Personal). Außerdem wird ein demokratischer Umgang gepflegt: Die Tagesklinik als therapeutische Gemeinschaft, „d. h. daß es eine Gleichberechtigung gibt zwischen den verschiedenen Berufsgruppen der Mitarbeiter untereinander und zwischen Mitarbeitern und den Patienten“ (Eikelmann, 1996, S. 47). Weiterhin bietet sie die Möglichkeit für die Patienten, Anschluss zu finden und tragfähige Beziehungen aufzubauen (Veltin, 1986). Die konkrete Ausgestaltung der Behandlung stellt sich häufig sehr unterschiedlich dar: „Die **Behandlungsprogramme** der Kliniken [...] reichen von rein stützenden Angeboten bis hin zu intensiven multimodalen, integrativen Konzepten“ (Schulz et al., 2008, S. 18; Hervorhebung von der Autorin ergänzt). Unspezifische und störungsspezifische Therapieangebote ergänzen sich und werden meist von einer Morgen- und Abschlussrunde umrahmt, die gleichzeitig im Sinne einer klinischen Visite dem Personal einen Eindruck über den Stimmungszustand und die aktuelle Symptomatik

eines jeden Patienten vermitteln. Beispiele für tagesklinische Therapieangebote als Bausteine für einen individuellen Wochenplan sind ärztliche Visiten, psychotherapeutische Einzelgespräche und Gruppenangebote, gegebenenfalls Familiengespräche, sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung, Bezugspflege, Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Hauswirtschaftstraining mit Koch- und Backgruppen, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstraining, soziales Kompetenztraining, Rollenspielgruppen, Genussgruppen, Psychoedukationsgruppen, Ausflüge und Freizeitgestaltung, Angehörigengruppen und vieles mehr.

Tageskliniken sind im Regelfall mit einer vollstationären Psychiatrie *verbunden*, können aber auch *integriert* (Patienten werden im vollstationären Bereich tagesklinisch mitbehandelt, verlassen aber abends das Krankenhaus) oder auch *unabhängig* in eigener Trägerschaft – dann häufig im Verbund mit Diensten der psychosozialen Versorgung – fungieren (Veltin, 1986).

Eine wesentliche **Indikation** für die Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik ist die Stabilisierung chronisch psychischer Kranker, wie z. B. bei chronischer Schizophrenie (vgl. Veltin, 1986; Eikermann, 1996; Schulz et al., 2008; Garlipp, 2008). Veltin (1986) betont weiterhin die geringere Stigmatisierung tagesklinischer Patienten im Vergleich zu vollstationären und die Möglichkeit, diskriminierende Vorstellungen über psychisch Kranke durch Kontakt in der Bevölkerung abzubauen. „In den Tageskliniken werden nicht mehr hospitalisierungsbedürftige, doch noch nicht voll arbeitsfähige Patienten oder solche, die bei Rezidivien keiner vollstationären Versorgung bedürfen, [...] betreut (Huber, 1999, S. 659). Therapieziel ist unter anderem auch die Behandelbarkeit im ambulanten Setting (vgl. auch Vogel, 1999). Obwohl die teilstationäre Behandlung zunächst als Verkürzung stationärer Behandlung konzipiert war, was sich auch noch im Selbstverständnis der Tageskliniken in einer Umfrage von 1982 zeigte (Bosch & Steinhart, 1983), so werden heutzutage immer häufiger Patienten *akut*-tagesklinisch behandelt, so dass ein weiteres Ziel ist, vollstationäre Behandlung zu vermeiden. So geht Eikermann (1996) davon aus, dass 40 – 60 % der Patienten, die sich in stationärer Behandlung befinden, auch tagesklinisch behandelt werden könnten. Darüber hinaus kommt eine tagesklinische Aufnahme in Betracht, wenn ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung noch nicht ausreichen (Mundt et al., 2002). Die Behandlungsziele nach der PsychPV (Psychiatriepersonalverordnung) sind Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung und Krisenbewältigung bei psychisch Kranken, die nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig sind. Als Behandlungsmittel werden Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie und

Ergotherapie angegeben (vgl. Kunze & Kaltenbach, 2005, S. 44). Reker (1999a) benennt als Indikationen für eine tagesklinische Behandlung für psychiatrische Patienten neben der Motivation und der Freiwilligkeit eine ausreichende Stabilität in Bezug auf die Symptomatik. Ein teilstationärer Aufenthalt kann außerdem als Krisenintervention (jedoch ausgenommen eine akute suizidalen Krise) bei einer laufenden ambulanten Behandlung oder als Intensivierung dieser dienen. Die Notwendigkeit *stationärer* Krisenintervention während der tagesklinischen Behandlung kann allerdings auch – je nach Art der Krise – gerade wegen des Konzepts (Wochenende und abends zu Hause) gegeben sein, so dass beide Behandlungsmodelle, stationär und teilstationär, in mancher Hinsicht als komplementär zu betrachten sind (Bosch & Steinhart, 1983; Küchenhoff, 1998).

Behandelt werden können in Tageskliniken grundsätzlich alle Formen psychischer Erkrankungen, jedoch nicht jeden Schweregrades (Velting, 1986). Die häufigste Diagnose ist Schizophrenie (27 %), gefolgt von affektiven Störungen (26 %), Angst- und Anpassungsstörungen (19 %) und Persönlichkeitsstörungen (15 %) (Seidler et al., 2006).

Bock (1995) diskutiert Für und Wider einer Homogenität der Patientengruppe in tagesklinischen Einrichtungen und kommt zu dem Schluss, dass eine Einteilung in homogene Gruppen nicht sinnvoll ist – im Gegenteil unterschiedliche Patientengruppen sogar voneinander profitieren können.

Kontraindikationen für die tagesklinische Behandlung sind akute Eigen- oder Fremdgefährdung, hochakute Krankheitsepisoden mit Gefahr der Überforderung und schwere somatische Nebendiagnosen. Weiterhin kann eine stationäre Behandlung erforderlich sein, wenn der Bedarf an Entlastung für Patienten oder Angehörige durch vorübergehende Distanzierung vom häuslichen Umfeld besteht (vgl. Garlipp, 2008).

Zum Teil finden sich Unterscheidungen zwischen psychiatrischen und psychotherapeutischen Tageskliniken, in denen die Schwerpunkte entsprechend unterschiedlich gesetzt werden – ferner sind auch solche vorhanden, die beides integrieren. In einer Untersuchung von Seidler et al. (2006) sahen sich 37 % der Tageskliniken als psychotherapeutische Einrichtung, 33 % als Alternative zur stationären Behandlung mit Schwerpunkt Krisenintervention und 30 % als reine Rehabilitationseinrichtung. Als Obergriff fungiert jedoch zumeist die Bezeichnung

„psychiatrische Tagesklinik“, welche auch in der vorliegenden Arbeit in diesem Sinne verwendet wird.

Neben diesen „allgemeinen“ Tageskliniken sind außerdem spezielle Angebote im Bereich von Gerontopsychiatrie und Sucht sowie für Kinder- und Jugendliche vorhanden. Da diese „Sonderformen“ innerhalb der vorliegenden Untersuchung keine Rolle spielen, wird hier nicht näher darauf eingegangen, insbesondere auch, weil zu allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken keine Vergleichbarkeit gegeben ist (vgl. auch Garlipp, 2008).

2.2 Tagesklinische Behandlung

Reker (1999b) bezeichnet als die drei Säulen der tagesklinischen Behandlung „Psychotherapie“, „Soziotherapie“ und „Pharmakotherapie“. Diese Bereiche sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

2.2.1 Psychotherapie in der Tagesklinik

Die psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland waren lange von klassischen Behandlungsansätzen, d. h. Pharmakotherapie mit soziotherapeutischen Einschlügen geprägt; erst Ende der 1980er Jahre hat die Psychotherapie beachtlich an Bedeutung gewonnen. Häufig sind die Konzepte mittlerweile entweder psychoanalytisch/tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Kombinationen aus verschiedenen Richtungen existieren ebenfalls. Außerdem finden die meisten Behandlungsangebote in der Gruppe statt, wobei auch Einzeltherapie eine Rolle spielt. Nicht zu vernachlässigen ist im Rahmen der Psychotherapie auch der Einbezug von Angehörigen. Vom gesamten Team sind eine psychotherapeutische Grundhaltung sowie Grundwissen zu erwarten. An dieser Stelle ist – insbesondere auch angesichts der Multiprofessionalität der Teams – auf den Stellenwert von regelmäßigem Austausch und externer Supervision zu verweisen (vgl. Eikermann, 1999a; Kunze & Kaltenbach, 2005). Neben der Vorstellung der tiefenpsychologischen/analytischen und verhaltenstherapeutischen

teilstationären Möglichkeiten wird darüber hinaus auf die allgemeine Psychotherapie nach Grawe (1995; 1996; Grawe et al. 2001) im teilstationären Setting eingegangen.

2.2.1.1 Teilstationäre tiefenpsychologische/analytische Therapie

Aus *tiefenpsychologisch/analytischer* Sicht wird die Holding- und Containing-Funktion der Tagesklinik hervorgehoben, wobei die erwünschte Regression im Dienste des Ichs durch den begrenzten Wochen- und Tageszeitrahmen eingeschränkt ist. So wird die Aktivierung kindlicher Erlebensmuster ermöglicht, aber Patienten werden durch die Struktur gezwungen, weiterhin ihre soziale Verantwortung zu erhalten: „Der erwachsene Persönlichkeitsanteil kann nicht ‚vergessen‘ werden, der Patient muß jeden Abend seinen normalen alltäglichen Lebensraum wieder betreten“ (Küchenhoff, 1998, S. 6). Außerdem bietet eine teilstationäre Behandlung eine bessere Möglichkeit der Nähe-Distanz-Regulation für Patienten, denen die Belastung durch die ausgeprägte Nähe im vollstationären Bereich zu groß würde. Auch die tägliche Trennungserfahrung wird von Küchenhoff (1998) als Vorteil teilstationärer Behandlung im Vergleich mit stationärer hervorgehoben, weil dadurch eine Idealisierung der „therapeutischen Welt“ vermindert wird und somit der Bezug zur Realität besser erhalten bleibt.

Frühere belastende verinnerlichte Beziehungserfahrungen werden aktuell wieder erlebt und sollen innerhalb der tagesklinischen Behandlung bearbeitet und verändert werden (Übertragungsarbeit). Je nach Integration der psychischen Struktur wird die Konfliktlösung eher innerlich (z. B. bei neurotischen Patienten, gute bis mäßige Integration) oder äußerlich/interpersonal (z. B. bei schweren Persönlichkeitsstörungen, geringe Integration) gesucht, was jeweils unterschiedliche Konsequenzen für die Behandlung hat: Gerade bei letzteren ist durch das Ausagieren von Konflikten (z. B. Spaltung) die Arbeit im Team essentiell. Die Arbeit mit Patienten guter/mäßiger Integration ähnelt eher der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Eine Besonderheit des teilstationären (oder auch der stationären) Settings im Vergleich zum ambulanten besteht darin, dass die *Abstinenzregel*, die besagt, dass kein direkter Kontakt mit dem Patienten eingegangen werden darf, nicht strikt eingehalten werden kann. Es gibt neben dem „therapeutischen Raum“ auch den „realen Raum“ – den tagesklinischen Alltag, in dem auch nicht-therapeutische Kontakte stattfinden. Ferner ist die *Neutralität* des Therapeuten durch den tagesklinischen Rahmen im Vergleich zur ambulanten Behandlung vermindert: Es ist unmöglich, sich als Therapeut mit seiner Persönlichkeit und seinen

Umgangsformen völlig herauszuhalten. Vorgeschlagen wird hier in unterschiedlicher Ausprägung die Trennung der beiden Settings „Therapie“ und „tagesklinischer Alltag“ (vgl. Küchenhoff, 1998).

Neben der einzeltherapeutischen Behandlung finden auch gruppentherapeutische Angebote statt. In einer Tagesklinik findet meist eine Kombination aus *analytisch-orientierter* (mittlere Regressionstiefe) und *analytisch-interaktionistischer* (Vermeidung von Regression, für „frühgestörte“ Patienten) **Gruppentherapie** statt. Der Therapeut strukturiert einerseits aktiv, übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen und wirkt als Modell, dennoch gilt andererseits das Prinzip der Minimalstrukturierung – in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Patientengruppe – so wird beispielsweise kein Thema vorgegeben (vgl. Streb, 1998). Allerdings scheint dies in *allgemeinpsychiatrischen* Tageskliniken weniger Anwendung zu finden – beschrieben werden eher spezielle Psychotherapie-Tageskliniken, in erster Linie wohl, weil sich das tiefenpsychologische/analytische Konzept nicht für Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis eignet (z. B. Eikermann, 1999a). Insgesamt findet sich nur eine geringe Anzahl an Kliniken, die rein tiefenpsychologisch arbeiten (11 %), eine tiefenpsychologisch-sozialpsychiatrische Orientierung haben hingegen 36 % (Seidler et al., 2006).

2.2.1.2 Teilstationäre kognitive Verhaltenstherapie

Die **kognitiv-verhaltenstherapeutische** Einzeltherapie in der Tagesklinik gleicht in vielen Techniken und Vorgehensweisen der ambulanten Psychotherapie, jedoch ist insbesondere aufgrund der deutlich kürzeren Behandlungsdauer eine verstärkte Schwerpunktsetzung erforderlich, die dem Patienten ermöglichen soll, sich insoweit zu stabilisieren, dass er ambulant weiterbehandelt werden kann. Es kommen sowohl kognitive als auch operante Verfahren zum Einsatz. Bei verhaltenstherapeutischen Ansätzen im teilstationären Bereich wird häufig (in unterschiedlich strukturierter Form) der *Goal-Attainment-Ansatz* angewandt, bei dem gemeinsam mit dem Patienten konkrete, realistische Ziele verhandelt und auf deren Erreichung überprüft werden (vgl. Eikermann, 1999a). Je nach Störungsbild wird im verhaltenstherapeutischen Sinne vor dem Hintergrund von Lerngeschichte, aufrechterhaltenden Bedingungen (funktionales Bedingungsmodell) und von Verhaltensanalysen neues Verhalten eingeübt. Durch den Rahmen der Behandlung werden – anders als im ambulanten Setting – zwischenmenschliche Schwierigkeiten unmittelbar sichtbar und können im Weiteren bearbeitet

werden. Auch Expositions- und Konfrontationsbehandlungen können je nach Art der Störung erleichtert sein. Soziale Kontakte sind im tagesklinischen Rahmen unvermeidbar, so dass auch die positiven Aspekte des Kontakteknüpfens zum Tragen kommen. Übungen können im Einzelsetting vor- und nachbereitet und im tagesklinischen Alltag durchgeführt werden. Durch ihre Struktur ergibt sich bei einer tagesklinischen Behandlung die Nähe zu alltäglichen Problemen und Anforderungen wie Behördengänge, Arztbesuche, Kontaktaufnahme zu Bezugspersonen oder auch Arbeitsversuche. Hierzu werden konkrete Hilfestellungen gegeben, die gemeinsam geplant, leichter in die Tat umgesetzt und dann auch reflektiert werden können. Wichtiges Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie – nicht nur im teilstationären Setting – ist die Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Margraf, 1996; Fydrich, 2002).

Tagesklinische Behandlung bietet weiterhin die Möglichkeit in **Gruppen** zu arbeiten. Verhaltenstherapeutische Gruppentechniken lassen sich unterteilen in „(a) Beseitigungs- (b) Aneignungs- (c) Konfrontationsverfahren und (d) [...] kombinierte Verfahren der kognitiven und psychosomatischen Richtung“ (Benesch, 1995, S. 291). Insbesondere Aneignungsverfahren in Form von Trainings und übenden Verfahren kommen im tagesklinischen Setting zum Einsatz: So kann in Rollenspielen Probehandeln stattfinden und so – auch in speziellen Trainings – soziale Kompetenz und Kommunikation gefördert werden. Auch die kognitive Leistungsfähigkeit (vor allem von schizophrenen Patienten) kann innerhalb von Gruppen trainiert werden, ebenso wie die Entspannungsfähigkeit. Psychoedukation für die einzelnen Störungsbilder wird durch die Gruppensituation aufgelockert, zugleich können Patienten von- und miteinander lernen und neues Verhalten einüben. Je nach Störungsbild kann neben dem Aufbau von Verhalten (z. B. Aktivierungspläne im Rahmen von Depressionen) außerdem Konfrontation bzw. Beseitigung (z. B. bei Angst- oder Zwangstörungen) eine Rolle spielen. Ferner haben strukturierte Problemlösegruppen häufig im tagesklinischen Setting Platz, welche zu den kombinierten Verfahren zählen. Die Trennung der verhaltenstherapeutischen Grundtechniken in vier Verfahren nach Benesch (1995) lässt sich nicht stringent aufrechterhalten und ist eher als Schwerpunktsetzung zu verstehen. In fast allen der hier aufgezählten Verfahren spielen mehrere der Grundtechniken in Kombination eine Rolle, so dass Verhaltensaufbau und -abbau mit kognitiven Verfahren verknüpft werden und Patienten zusätzlich auch im Sinne des Modelllernens profitieren können.

Insgesamt arbeiten 36 % der Tageskliniken verhaltenstherapeutisch-sozialpsychiatrisch (Seidler et al., 2006).

2.2.1.3 Teilstationäre allgemeine Psychotherapie

Küchenhoff (1998, S. 35) ist der Auffassung, dass eine *allgemeine Psychotherapie nach Grawe* (1995; 1996; Grawe et al. 2001) im teilstationären Rahmen nicht möglich ist, da „die therapeutischen Techniken verschiedener Therapieschulen [...] auf unterschiedlichen, miteinander z. T. völlig unvereinbaren theoretischen Gesamtentwürfen [basieren]. Bei Grawe (1995; 1996) jedoch geht es gerade nicht um die einzelnen Therapieschulen und deren Theorien, sondern um die empirisch gefundenen Wirkfaktoren der einzelnen Verfahren, deren Umsetzung sich nach Auffassung der Autorin insbesondere tagesklinisch gut verwirklichen lässt. Gerade im teilstationären Setting ist die adaptive Anpassung der Behandlung an den Patienten möglich. Dies entspricht der Forderung von Grawe et al. (2001), das Therapieangebot flexibel auf den jeweiligen Patienten abzustimmen: Die tagesklinische Behandlung bietet die Möglichkeit, durch individuelle Therapieplanung bezüglich der Wochenangebote selektiv³ vorzugehen und andererseits auch adaptiv⁴, z. B. durch die Menge an Angebote, vereinbarten Ruhezeiten oder auch Sonderbedingungen, individuell auf den Patienten einzugehen. Dennoch finden sich auch hier Grenzen der Adaptation, bei denen alternative Therapieangebote/-settings ins Auge gefasst werden müssen.

Grawe (1995) benennt als empirisch gut gesicherte Wirkfaktoren Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und emotionale Klärung. Diese vier Faktoren sollten in Psychotherapien verwirklicht werden.

Insbesondere in Bezug auf die *Problemaktualisierung* betont Grawe (1995; et al., 2001) das Setting: Schwierigkeiten sollten in dem Setting behandelt werden, in welchem sie aktualisiert werden. Hier zeigt sich ein deutlicher Vorteil der tagesklinischen Behandlung bei zwischenmenschlichen Problemen, da Sozialkontakte unvermeidlich sind. Darüber hinaus ist z. B. der Einbezug von Angehörigen bei familiären Schwierigkeiten erleichtert.

Auch bezüglich der *Ressourcenaktivierung*, die die Anknüpfung an die positiven Eigenarten, Motivationen und Fähigkeiten des Patienten beinhaltet, hat die teilstationäre Behandlung ihre Vorzüge: So bietet sie seinerseits einen Schutzraum und andererseits die Möglichkeit zum

³ selektive Indikation: Zuordnung, Selektionsstrategie; spezifische Störungen werden bestimmten Behandlungsverfahren zugeordnet (vgl. Fydrich, 2002, S. 558f)

⁴ adaptive Indikation: „Anpassung der therapeutischen Intervention an den Einzelfall und den therapeutischen Prozess“ (Fydrich, 2002, S. 558)

therapeutischen Arbeitsbündnis in Einzeltherapien. In Gruppentherapien kann die gegenseitige Unterstützung der Patienten untereinander als Ressource verstanden werden, ebenso die Gruppenkohäsion der Gesamtgruppe. In den soziotherapeutischen Angeboten (s. Abschnitt 2.2.2) können Fähigkeiten der Patienten gezielt gefördert werden, was u. a. auch dem Selbstwert dienlich ist. Ferner kann der Einbezug von Angehörigen als Ressource fungieren. Somit ist das tagesklinische Setting geeignet, Bedingungen zu schaffen, die den Patienten in seiner Veränderungsbereitschaft unterstützen (vgl. Grawe, 1995; Grawe et al, 2001).

Mit *aktiver Hilfe zur Problembewältigung* (Bewältigungsperspektive) unterstützt der Therapeut den Patienten aktiv darin, mit seinem Problem besser fertig zu werden (Grawe, 1995; 1996). Das tagesklinische Setting bietet durch einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen hier ebenfalls vielfältigere Möglichkeiten als das ambulante Setting. Im sozialen Kompetenztraining können beispielsweise in Rollenspielen konkret Situationen im zwischenmenschlichen Bereich geübt und ausprobiert werden; im soziotherapeutischen Bereich finden sich konkrete Anleitungen zum (Wieder-)Erwerb haushaltspraktischer Fähigkeiten etc..

Die *motivationale Klärung*, die dazu dient, dass sich der Patient über die Bedeutungen seines Verhaltens und Erlebens klarer wird, kann ihren Platz z. B. in Einzel- und Gruppenpsychotherapien oder auch in Ausdruckstherapien finden (vgl. Grawe, 1995; 1996).

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass Allgemeine Psychotherapie in Tageskliniken – im Gegensatz zu Küchenhoffs (1998) Ansicht – möglich und sinnvoll ist. Damit diese theorie- und empiriegeleitet angepasst wird, ist sicherlich weitere Forschung – auch im differentiellen Sinne – erforderlich. Eikelmann (1999a, S.81) bemängelt in diesem Zusammenhang, „dass sich Anhalte für eine differentielle Indikation einzelner Verfahren oder ihrer Kombination nicht finden, so dass Versuch und Irrtum das Vorgehen [der Psychotherapie in der Tagesklinik] bestimmen“ und sieht hier vermehrten Forschungsbedarf. Wichtig wäre im Zusammenhang mit der allgemeinen Psychotherapie, im multiprofessionellen Team explizit Überlegungen zu Ausgewogenheit oder Schwerpunktsetzung bezüglich der vier empirisch abgesicherten Wirkfaktoren– unter Einbezug intra- und interpersoneller Aspekte – anzustellen, so dass dies nicht dem Zufall überlassen bleibt.

2.2.2 Soziotherapie in der Tagesklinik

„Eine Tagesklinik kann nicht nur therapeutisch sein; acht Stunden Therapie am Tag hält niemand unbeschadet aus, weder Patient noch Therapeut, dennoch ist sie nicht alltäglich und banal“ (Bock, 1985, S. 171). Soziotherapie⁵ wird definiert als „therapeutische Beeinflussung psychischer Krankheiten bzw. psychisch Kranker durch Interventionen im sozialen Umfeld der Patienten“ (Reker, 1999b, S. 61). Sie wird verstanden als „alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld“ (Kunze & Kaltenbach, 2005, S. 203). Unterschieden werden vier Bereiche der Soziotherapie, nämlich (1) die Milieutherapie (Umgebung, soziale Regeln, Umgangsformen etc.), (2) die Ergotherapie (Kreatives und Training alltagspraktischer Fähigkeiten), (3) die Arbeitstherapie und (4) Interventionen in Lebensbereichen des Patienten (Familie, Arbeit, Freizeit, Wohnen,...). In Bezug auf die Tagesklinik wird als wichtigster soziotherapeutischer Wirkfaktor die tagesklinischtypische Kombination von intensiver Behandlung auf der einen Seite mit dem Leben im normalen sozialen Umfeld auf der anderen Seite gesehen. Der übliche Wochenplan dient der Tagesstrukturierung, wobei dieser individuell angepasst werden sollte (Reker, 1999b).

Die Wichtigkeit von Klinikumweltfaktoren – vor allem Information (Transparenz des Klinikgeschehens und der Behandlung), aktives Einbezogen sein in das Stationsgeschehen, erlebte Unterstützung durch Personal und Mitpatienten und Persönlichkeitsorientierung des Personals – auf das subjektive Wohlbefinden, wird von Krampen und Delius (1981) belegt. Gerade in einer teilstationären Einrichtung werden Patienten im Durchschnitt länger behandelt als auf vollstationären psychiatrischen oder gar somatischen Stationen. Von daher erscheinen diese Aspekte noch wesentlicher.

Dem gesamten multiprofessionellen Team kommt die Aufgabe der Milieugestaltung und -stabilisierung zu. In der Praxis ist die Soziotherapie im engeren Sinne häufig mit dem Pflegepersonal verknüpft, das meist die Leitung der Angebote in diesem Rahmen übernimmt. Ein Bestandteil davon ist die *Bezugspflege*, die im Einzelkontakt, in der Gruppe oder je nach Bedarf ausgeübt wird. Im Gegensatz zur Psychotherapie finden hier Gespräche statt, die eher

⁵ Hinweis: „Das GKV-Reformgesetz 2000 hat im § 37a SGB V die Soziotherapie als ambulante Behandlungsleistung in anderer Bedeutung neu eingeführt“ (Kunze & Kaltenbach, 2005; S. 203). Diese ist hier nicht gemeint.

Alltagsgesprächen ähnlich sind. Inhalt kann z. B. die Einhaltung von Stationsregeln, Klärung und Vereinbarung von Rahmenbedingungen oder auch sozialarbeiterische Tätigkeiten wie z. B. Hilfe bei Anträgen, Behördengängen, berufliche Orientierung etc. sein. *Alltagspraktische Tätigkeiten* werden oft in Koch- oder Backgruppen geübt, auch Haushaltstraining hat seinen Platz.

In der *Ausdruckstherapie* (Kunst-, Musik- und Tanztherapie) im engeren Sinne findet eine entweder personen- oder werksorientierte Arbeit statt; in der *Ergotherapie* oder auch in Angeboten, die stärker ergebnisorientiert sind, geht es vorrangig um die Gestaltung des Arbeitsprozesses – z. B. Planung, Ausdauer, Umsetzung (wieder) zu erlernen.

Weiterhin zur Soziotherapie gehören auch *gemeinsame Aktivitäten*, die zusammen mit der Patientengruppe geplant und durchgeführt werden. Auf der einen Seite dient dies der Aktivierung, auf der anderen Seite können soziale Kompetenzen und Kontaktgestaltung gefördert werden. Darüber hinaus sollen sie Anregungen für die eigene Freizeitgestaltung der Patienten mit sich bringen.

In der meist wöchentlich stattfindenden *Stationsversammlung* werden Konflikte, die im tagesklinischen Alltag entstehen, geklärt, Abläufe besprochen, die gemeinsamen Aktivitäten geplant und Aufgaben (z. B. Blumendienst, Küchendienst etc.) verteilt. Dieses basisdemokratische Element dient ebenfalls der Förderung kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen sowie der Übernahme von Verantwortung für die Gemeinschaft. Moderiert wird diese Versammlung meist auch vom Pflegepersonal (vgl. Bernatzki & Weber, 1998; Reker 1999b).

Es finden sich 18 % der Tageskliniken, die ausschließlich soziotherapeutisch arbeiten (Seidler et al., 2006). Reker (1999b) stellt die Wichtigkeit der Soziotherapie heraus, jedoch weist er ferner darauf hin, dass diese Maßnahmen alleine bei vielen Patienten nicht ausreichend sind.

2.2.3 Pharmakotherapie

Die dritte Säule nach Reker (1999b) ist die Pharmakotherapie. Insbesondere Antidepressiva und Neuroleptika werden in der tagesklinischen Behandlung häufig eingesetzt. Die Problematik der Medikamentencompliance hängt insbesondere mit den erlebten Nebenwirkungen aber auch mit der allgemeinen Auffassung zusammen, dass eine Medikation nur so lange nötig sei, wie Symptome verspürt werden. Klingt die akute Symptomatik ab, so werden häufig die Medikamente selbstständig abgesetzt. Von daher ist es wichtig, diese Thematik systematisch ins Behandlungskonzept einzubeziehen, insbesondere, da sich gerade bei schizophrenen Patienten erneute Krankheitsepisoden auf das gesamte Leben auswirken. Eine Langzeitprophylaxe, mit der solche Patienten aus der Tagesklinik entlassen werden, ist zentral. Die tagesklinische Behandlung hat hier bei der Dosisoptimierung (wenig Nebenwirkung, ausreichende Wirkung) durch den relativ langen kontinuierlichen Beobachtungszeitraum und der Möglichkeit der Medikamentengabe unter Aufsicht (meist nur zu Beginn, und nur wenn notwendig) einen Vorzug gegenüber der ambulanten und der stationären Therapie. Zur Förderung der Compliance spielt die vertrauensvolle Beziehung zum Behandler eine wesentliche Rolle. Hierzu ist von Vorteil, den Patienten informiert über die Wahl des Medikamentes mitentscheiden zu lassen und seine Bedenken und negativen Erfahrungen ernst zu nehmen. Außerdem ist die Auseinandersetzung mit der Erkrankung (Psychoedukation) wichtig, da gerade bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mangelnde Krankheitseinsicht und mangelndes Krankheitsgefühl störungsimmanent sind (vgl. Lambert, et al., 1988; Garlipp, 2008).

2.3 Beschreibung der in der vorliegenden Studie evaluierten Tagesklinik

Die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, die in der vorliegenden Studie evaluiert wurde, stellt 20 Plätze bereit und ist Teil einer psychiatrischen Abteilung mit Pflichtversorgung.

Da es sich bei der Lage der Tagesklinik um einen ländlichen Raum handelt, ist das Einzugsgebiet flächenmäßig recht groß, die Entfernung vom Wohnort eher weit und die Infrastruktur (ÖNPV) relativ ungünstig.

Mit einem interdisziplinären Team hält die Tagesklinik ein umfangreiches Therapieangebot für Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsbildern bereit. Es werden z. B. Patienten mit psychotischen, affektiven, neurotischen, Persönlichkeits-, Anpassungs- und somatoformen Störungen behandelt; nur Demenz- und Suchtkranke⁶ und Patienten unter 18 Jahren können im Regelfall nicht aufgenommen werden.

Bezüglich des Zuweisungsmodus ist relevant, dass immer eine Einweisung durch einen Fach- oder Hausarzt erforderlich ist, es sei denn, es handelt sich um eine Verlegung aus dem stationären Bereich. Auch bei einer so genannten „Selbsteinweisung“, bei der der Patient von sich aus tagesklinische Behandlung anstrebt, ist eine formale Krankenhauseinweisung erforderlich. Voraussetzung für die tagesklinische Behandlung ist in jedem Fall Freiwilligkeit. Vorgespräche werden nur im Bedarfsfall geführt.

Jedem Patienten werden zu Beginn der Behandlung ein Bezugstherapeut (psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut) und eine Bezugspflegekraft zugeordnet, die ihn während des gesamten Aufenthaltes betreuen. Außerdem erhält jeder Patient einen Paten aus dem Patientenkreis.

Das Behandlungsspektrum umfasst Einzel- und Gruppenpsychotherapie (hauptsächlich verhaltenstherapeutische, aber auch tiefenpsychologische), psychiatrische Bezugspflege, psychopharmakologische Interventionen, psychoedukative Gruppen, Genusstraining, Kunsttherapie, soziales Kompetenztraining, Sport- und Bewegungstherapie, kognitives Training in der Gruppe und in Form eines Computerprogramm (Cogpack), progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, soziotherapeutische Kochgruppen und gemeinschaftstherapeutische Aktivitäten. Jeder Patient erhält zu Beginn seiner Behandlung einen individuellen Therapieplan, der im Normalfall mit ihm verhandelt wird und an sein Störungsbild angepasst ist. Innerhalb der Einrichtung wird Wert darauf gelegt, dass der Patient bei Entscheidungen bzgl. seines Therapieplans aber auch der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung partizipiert.

Die Behandlungsdauer variiert je nach individueller Notwendigkeit. Sie kann von einer mehrtägigen Krisenintervention bis hin zu einer mehrmonatigen Behandlung gehen. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei ca. 30 Tagen pro Patient.

⁶ Bei weiteren komorbiden psychischen Erkrankungen steht einer tagesklinischen Aufnahme jedoch nichts im Wege.

2.4 Evaluation tagesklinischer Behandlung

Eikelmann (1999a, S.77) merkt an, dass die Therapiepläne „häufiger die Fähigkeiten und Wünsche der Therapeuten als den Bedarf der Patienten wider[spiegeln]“. Psychiatrische Behandlung sollte jedoch als Krankenbehandlung vor allem auf Symptombesserung ausgerichtet sein. Hier kann Evaluation einen sinnvollen Beitrag zur Veränderung leisten. Forschungsbedarf besteht auch in Bezug auf die differentielle Indikation und Kombination von Behandlungsbestandteilen.

In den folgenden Abschnitten findet sich zunächst eine Zusammenstellung von Ergebnissen verschiedener Evaluationsstudien; im Weiteren werden die sich ergebenden Schwierigkeiten bei der Evaluation tagesklinischer Behandlung diskutiert.

2.4.1 Ergebnisse von Evaluationsstudien zu tagesklinischer Behandlung

Die tagesklinische Behandlung hat sich der vollstationären als ebenbürtig erwiesen und zusätzlich entsteht durch die Kombination von Sicherheit/Tagesstruktur auf der einen Seite und Förderung von Autonomie auf der anderen Seite eine spezifische Wirkung. Auch bei der Behandlung von Akutpatienten findet sich diese Ebenbürtigkeit in Bezug auf Symptomreduktion, Rückfallrate und Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit in verschiedenen Studien. Besser als im stationären Setting schnitt die Entwicklung der sozialen Kompetenz im teilstationären Rahmen ab (Küchenhoff, 1989; Schene et al., 1993; Albers, 1999; Eikelmann, 1999b; Kallert et al., 2004; Garlipp, 2008).

Kern und Küchenhoff (1998) fanden in einer Untersuchung der Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung ($n = 50$) eine signifikante Symptomreduktion bei Beendigung der Behandlung im Vergleich zum Beginn; ebenso wie Zeeck et al (2002), die einen Behandlungserfolg ferner bei schwer beeinträchtigten Patienten nachweisen konnten ($n = 90$). Auch Garlipp (2008) konnte dies in einer Evaluationsstudie ($n = 224$) zeigen, wobei in dieser Untersuchung deutlich wurde, dass die Gruppe der primär Abhängigkeitskranken von der tagesklinischen Behandlung nicht profitieren konnte, woraus sie eine Kontraindikation für dieses Klientel ableitet.

Garlipp (2008) berichtet weiterhin diverse Studien, die eine höhere Angehörigen- und Patientenzufriedenheit im teilstationären Setting im Vergleich zum stationären ergaben. Letzteres konnte z. B. auch von Schene et al. (1993) gezeigt werden. Geringere Behandlungskosten im Vergleich zur stationären psychiatrischen Therapie konnten als weiteres mögliches Evaluationskriterium ebenfalls nachgewiesen werden (Garlipp, 2008).

Eikermann (1999b) führt jedoch auch Studien an, in denen deutliche Qualitätsunterschiede zwischen verschiedenen Tageskliniken gefunden wurden, wobei die Faktoren, die diesen Unterschied ausmachen, unbekannt sind.

2.4.2 Schwierigkeiten bei der Evaluation tagesklinischer Behandlung

Eine Schwierigkeit empirischer Forschung bezüglich der Effektivität tagesklinischer Behandlung besteht in der Vergleichbarkeit: Unterschiedliche Konzepte treffen auf unterschiedliche Patientengruppen (z. B. unterschiedliche Diagnoseschwerpunkte bis hin zur Behandlung des gesamten Diagnosespektrums), unterschiedliche Rahmenbedingungen (Einrichtungsgrößen, Räumlichkeiten, Lage, Personalschlüssel) und Therapieansätze, was dazu führt, dass viele Störvariablen eine Rolle spielen können. Zu dieser Vielzahl von Variablen kommt hinzu, dass es sich um lange Beobachtungszeiträume handelt und es aus ethischen und Gründen der Versorgungsverpflichtung unmöglich ist, mit (Warte-)Kontrollgruppen zu arbeiten. Eine Randomisierung von Patienten in verschiedene Versorgungsformen brächte ebenfalls ethische Probleme mit sich und wäre außerdem praktisch nicht realisierbar (vgl. Cueni, 1998). So bleibt auch die vorliegende Studie eine vorexperimentelle, bei der die Untersuchung an das Setting angepasst wurde und nicht umgekehrt (Ein-Gruppenplan mit Vor- und Nachtestung) mit ihren Vor- und Nachteilen. Weiterhin ist bei einer solchen teilstationären Behandlung unklar, was oder welche Kombination von Interventionen eigentlich bei einer Symptomreduktion gewirkt hat, da einerseits die psychischen Erkrankungen multikausal sind und andererseits viele Faktoren (Medikation, natürlicher phasischer Verlauf, Gespräche, Umfeld und vieles mehr) eine Rolle spielen können. Die verschiedenen Behandlungsbausteine lassen sich kaum nach ihren Einflüsse differenzieren. Verstärkt wird diese Problematik noch bei der tagesklinischen Behandlung im Vergleich zur stationären, da hier eine noch größere Zahl an

unkontrollierbaren Faktoren wirken, weil sich der Patient sich nur acht Stunden in der Einrichtung und somit „unter Beobachtung“ befindet (vgl. Eikelmann, 1999b; Garlipp, 2008).

2.4.3 Evaluationskriterien

Im folgenden Abschnitt wird eine Auswahl an Evaluationskriterien und ihre Eignung aus der Literatur diskutiert und die für diese Studie ausgewählten vorgestellt.

In der evaluierten Einrichtung wird fast die gesamte Bandbreite der psychischen Erkrankungen mit sehr unterschiedlichen Chronifizierungsausprägungen behandelt, was die Auswahl von Evaluationskriterien durch die Inhomogenität zusätzlich erschwert: Sowohl stark chronifizierte Menschen, die sich im Regelfall in einer Tagesstätte oder einer Werkstatt befinden, als auch Psychotherapiepatienten, die zum Großteil noch nicht stationär behandelt worden sind, bilden die Spannweite der Patientengemeinschaft. Dies wirkt sich auf die Wahl der Erfolgsindikatoren aus. So wählt Cueni (1998) unter anderem die berufliche (Wieder-)Eingliederung bzw. Beschäftigung als ein Maß für den Behandlungserfolg. Dies eignet sich in der vorliegenden Einrichtung nicht, da sich meist innerhalb der Behandlung an diesem Punkt nichts ändert (wenngleich auch Beschäftigung Thema und Ziel ist). Von Seiten der Tagesklinik wird zwar im Bedarfsfall der Besuch einer Werkstatt für Behinderte oder Tagesstätte angeregt – aber auch hier ist es schwierig, dies als Erfolgskriterium zu werten, da die Entscheidung des Kostenträgers meist nach der Behandlung erfolgt und nicht mehr dem „Zugriff“ unterliegt. Außerdem ist der dauerhafte Erfolg in der jeweiligen Einrichtung nicht per se gegeben.

Als ein weiterer Erfolgsindikator fungiert bei Cueni (1998) die Medikamentenreduktion, da in ihrer tagesklinischen Evaluationsstudie chronisch Schizophrene untersucht werden und hier die Erhaltungsdosis zur Rezidivprophylaxe meist niedriger ist als die Akutdosis. Auch dies macht im gegebenen Setting aufgrund der Patientengruppe keinen Sinn. So gilt die Reduktion zwar für Neuroleptika, nicht aber zwingend für Antidepressiva. Außerdem handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung häufig auch um schizophrene Patienten, die in akuten Phasen die Medikation z. T. eigenständig abgesetzt hatten, oder die bei Erstmanifestationen nun (erneut) eingestellt werden müssen.

Einen interessanten Aspekt bringt auch Garlipp (2008, S.30) ins Spiel, die den Behandlungsabbruch als „Indikator für die Effizienz einer Therapie“ sieht. Dies soll zwar in dieser Studie nicht als erstes Kriterium gelten, dennoch werden die Abbrüche erfasst.

Da die Symptomverbesserung das Hauptziel psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist, soll sich darauf innerhalb dieser Untersuchung konzentriert werden und dies auch als Hauptevaluationskriterium gelten (vgl. auch Fydrich, 2002). Wegen ihrer Bedeutung für die psychische Gesundheit, werden außerdem Vertrauensaspekte beleuchtet (s. Kapitel 5, Methoden).

3 Vertrauen – Definitionsversuche und theoretische Einordnung

Vertrauen ist ein Begriff, der im Alltag häufig verwendet wird und eine große Relevanz – auch für die seelische Gesundheit – besitzt. Vertrauen an und für sich kann sich auf verschiedene Bereiche beziehen und zeigt je nach Schwerpunktsetzung unterschiedliche Definitionsmerkmale. Clases und Wehner (2001) zeigen als Gemeinsamkeiten auf, dass Vertrauen sich auf die *Zukunft* bezieht und gleichzeitig auf *vergangenen Erfahrungen* basiert, mit *Unsicherheit* und *eingeschränkter Antizipierbarkeit* des Verhaltens des Gegenübers zu tun hat, *Verletzbarkeit* durch Verzicht auf Kontrolle beinhaltet und *Handlungsspielräume* durch Komplexitätsreduktion erweitert. „Vertrauen impliziert eine risikoreiche Wahl, wobei das Risiko darin liegt, bei enttäuschem Vertrauen persönlich negative Konsequenzen tragen zu müssen.“ (Clases & Wehner, 2001; S. 419). Koller (1997, S. 22) betont die Funktion von Vertrauen, die darin besteht, „das Gefühl einer relativen Sicherheit in einer objektiv unsicheren Situation zuzulassen. Dadurch wird die mangelnde Kontrolle in der gegebenen Situation kompensiert“. Luhmann (1989) fasst Vertrauen als Reduktion sozialer Komplexität auf, was notwendig sei, um erfolgreiches Handeln zu ermöglichen.

In der Literatur findet sich jedoch nur relativ wenig Forschung zu diesem Bereich – die wissenschaftliche Analyse erscheint durch die Bedeutungsvariation erschwert – da Vertrauen an sich mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet wird (Petermann, 1996; Krampen, 1997a) „jeder weiß, ob und wann er jemandem «Vertrauen» schenken kann [...]; trotzdem ist die prägnante Definition [solcher] [...] Konzepte wegen der [...] [interindividuellen, intraindividuellen und kontextuellen] konnotativen Variationen schwierig“ (Krampen, 1997b, S.17). Krampen und Hank (2004b) halten fest, dass sowohl Empirie als auch Theorie sich zu wenig mit Vertrauen beschäftigen, wenn überhaupt, nur mit Unterkonstrukten. Krampen (1997a; 1997b) betont weiterhin die Wichtigkeit der theoretischen Einbettung, die Voraussetzung für möglichst klare Definitionen (inklusive Berücksichtigung der Bedeutungsvariationen) und damit auch der wissenschaftlichen Untersuchung von Konstrukten ist. Krampen (z. B. 1997a; 1997b; vgl. auch Krampen & Hank, 2004b) hat in zahlreichen Beiträgen die Situation dargestellt und Anregungen für Forschungsrichtungen gegeben, die sich mit dem Thema und seiner Verankerung im HPP befassen könnten. Dies hatte bereits einige neuere Forschungsbeiträge hierzu zur Folge, – auch die vorliegende Arbeit soll sich in diese Richtung bewegen.

Im Folgenden wird zunächst auf die Vertrauenstrias und ihre einzelnen Komponenten eingegangen und deren Entstehung am ontogenetischen Sanduhrmodell (Krampen, 1997a) verdeutlicht. Außerdem wird die Einordnung des Konstrukts in das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (Krampen, 1997a) vorgestellt. Im Anschluss daran werden Bezüge zur klinischen Psychologie, zu psychischen Störungen sowie zur seelischen Gesundheit hergestellt.

3.1 Vertrauenstrias und ihre Komponenten

Die Vertrauenstrias (VTT) – eingeführt erstmalig von Becker (1994) – umfasst die drei Komponenten „Selbstvertrauen“, „Vertrauen in die Zukunft“ und „interpersonales Vertrauen“ (Krampen, 1997b; Krampen & Hank, 2004a). Wie bereits beschrieben, existieren meist nur Studien bezüglich der Einzelkonstrukte, jedoch nicht in Bezug auf das Konzept der Vertrauenstrias im Zusammenhang (Krampen, 1997b; Krampen & Hank, 2004a). In den letzten Jahren findet sich jedoch verstärktes Interesse an der empirischen Erforschung des Gesamtkonstrukts.

Im Folgenden werden einzelne Komponenten der Vertrauenstrias erläutert und die Themenbereiche der empirischen Forschung zu den einzelnen Bestandteilen überblicksartig dargestellt.

3.1.1 Selbstvertrauen (Selbstwirksamkeit)

Definitionen von Selbstvertrauen beinhalten verschiedene Bedeutungskonnotationen, die insbesondere unterschiedlich stark die Handlung einbeziehen. So wird Selbstvertrauen z. B. definiert als „ein auf kräftiges Eigenmachtgefühl gegründetes Gefühl, mit möglichen Schwierigkeiten fertig zu werden“ (Dorsch et al., 1996, S.703): Vertrauen in sich selbst als Überzeugung, sich auf sich selbst und seine Fähigkeiten verlassen und das Geschehen beeinflussen zu können, um so das Gewünschte zu erreichen (Bandura, 1977). Bandura (1977) unterscheidet hierbei jedoch *self-efficacy expectation* von *response outcome expectation* (s. Abb. 3.1):

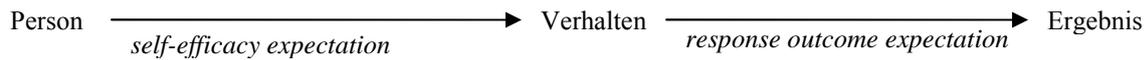


ABBILDUNG: 3.1. SELF-EFFICACY UND RESPONSE OUTCOME EXPECTATION (NACH BANDURA, 1977, S. 193)

Die Selbstwirksamkeitserwartung beinhaltet damit „subjektive Erwartungen über die Fähigkeit [...], mit gegebenen Problemsituationen fertig zu werden“ (Krampen, 1982, S. 74). Dieses Konzept ist als Persönlichkeitseigenschaft angelegt: „Kann [eine Person eine übertragene oder ausgesuchte] [...] Aufgabe erfolgreich lösen und sich den Erfolg ihrer Bemühungen *selbst* zuschreiben, so wird sie u. U. schrittweise immer schwierigere Aufgaben bewältigen und am Ende umfassend Selbstwirksamkeit erleben“ (Petermann, 1996, S.111); „die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung ist eine stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können“ (Schwarzer, 1994a, S.105). Nach Petermann (1996) entspricht dabei eine generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung einem stabilen Selbstvertrauen.

Luszczynska und Schwarzer (2005, S. 138; Übersetzung der Verfasserin) ziehen drei definitive Bestandteile der Selbstwirksamkeitserwartung heran: „(a) Kompetenzerwartung impliziert eine interne Attribution [...], (b) sie ist prospektiv, bezieht sich auf zukünftiges Verhalten und ist (c) ein Handlungskonstrukt, was bedeutet, dass diese Kognition eng mit dem entscheidenden Verhalten zusammenhängt.“ Bandura (1986) bezieht bei seiner self-efficacy-Theorie ebenfalls die verwandte Attributionstheorie (Weiner, 1980) mit ein und geht davon aus, dass Selbstvertrauen mit einem asymmetrischen Attributionsmuster verbunden ist: generalisierte Selbstwirksamkeitserwartungen sollen demnach mit internaler Attribution von Erfolgen und externaler Attribution von Misserfolgen zusammenhängen. Diese Zusammenhänge können von Schwarzer (1994b) bestätigt werden. Selbstvertrauen wurde vor allem im Zusammenhang mit Leistungsmotivation untersucht (Krampen, 1997a).

Insgesamt fällt auf, dass die beiden Konstrukte „*Selbstkonzept eigener Fähigkeiten*“ und „*Kontrollüberzeugung*“, die Krampen (1997a) in seinem Handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit (HPP) als generalisierte Erwartungshaltungen unterscheidet, zum Teil auch zusammengefasst werden. In der vorliegenden Untersuchung wird Selbstvertrauen als generalisierte Erwartung verstanden, Handlungsalternativen zur Verfügung zu haben und diese auch einsetzen, d. h. Einfluss nehmen zu können. Hier werden demnach „generalisiertes

Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ und „Internalität generalisierter Kontrollüberzeugungen“ zum Konstrukt „Selbstwirksamkeit“ zusammengefasst (vgl. auch Krampen, 1991).

Selbstvertrauen und generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Schwarzer (1993a) verwendet in diesem Zusammenhang zusätzlich den Begriff „funktionaler Optimismus“, der aber hier keine weitere Anwendung finden soll, um Verwechslungen mit Optimismus im Zusammenhang mit Zukunftsvertrauen zu vermeiden.

3.1.2 Zukunftsvertrauen (Hoffnung)

Vertrauen in die Zukunft oder Optimismus ist eine habituelle Tendenz zur positiven Erwartung und Zuversicht in Bezug auf die kommenden Ereignisse und deren Bewältigbarkeit. Auch in schwierigen Situationen werden positive Ergebnisse erwartet (vgl. Renner, 2002; Schütz et al, 2004): „Der vertrauensvoll Handelnde blickt [...] optimistisch in die Zukunft, die durch eine Vielzahl möglicher und ungewisser Ereignisse geprägt ist“ (Petermann, 1996, S.12). Optimismus wird von Scheier und Carver (1985; 1987; 1992) als generalisierte Handlungswirksamkeit, als verallgemeinerte Ergebniserwartung verstanden, d. h. als Überzeugung, dass sich die Dinge von selbst, ohne Zutun, gut entwickeln (Schwarzer, 1994a; 1996). Optimismus kann in diesem Sinne auch beispielsweise als Glauben an eine gerechte Welt (vgl. Lerner, 1980) oder als religiöse Überzeugung (Plattner, 1988) zum Tragen kommen.

Das Gegenteil davon, nämlich Hoffnungslosigkeit wird unter Bezugnahme auf Beck (1970; et al. 1999) verstanden als „kognitives System von negativen Erwartungen einer Person über sich selbst und über ihr zukünftiges Leben“ (Krampen, 1979, S. 39): „Hoffnungslosigkeit [...] als eine generalisierte Überzeugung eines Individuums, die durch negative Zukunftserwartungen und durch die Überzeugung, über keinerlei Einflußmöglichkeiten zu verfügen, gekennzeichnet ist“ (Plattner, 1988, S. 471). Von den negativen Veränderungen sind – in unterschiedlicher Gewichtung – sowohl die spezifischen als auch die generalisierten Erwartungen betroffen (vgl. Abschnitt 2.3). Über diese negativen Erwartungen im Sinne von gelernter Hilflosigkeit hinaus kommt beim Konzept der Hoffnungslosigkeit eine zweite Komponente, nämlich das Aufgeben bisheriger Zielsetzungen und bislang hoch bewerteter Wertorientierungen noch explizit hinzu (Krampen, 1987; Krampen, 1997a; Krampen & Hank, 2004a).

Neben dem Vertrauen in die persönliche Zukunft sind weitere Facetten, wie z. B. Vertrauen in die Zukunft von Freunden, von Angehörigen, der Gesellschaft, der Menschheit im Allgemeinen zu nennen, wobei die empirischen Untersuchungen sich bislang hauptsächlich auf ersteres beziehen (Krampen, 1997a). Forschung im Zusammenhang mit Zukunftsvertrauen/Hoffnungslosigkeit findet sich vor allem innerhalb der Klinischen Psychologie (Krampen & Hank, 2004a).

3.1.3 Interpersonales (soziales) Vertrauen

Soziales oder interpersonales Vertrauen⁷ ist ein Sich-auf-den-anderen-verlassen-Können als generalisierte Erwartungshaltung (Rotter, 1967; 1980; 1981): „Im Rahmen der Sozialen Lerntheorie wird interpersonales Vertrauen definiert als generalisierte Erwartungshaltung eines Individuums, sich auf das Wort, das Versprechen, die gesprochene oder geschriebene Äußerung eines anderen Individuums oder einer Gruppe verlassen zu können“ (Rotter, 1967, S. 651; Übersetzung der Verfasserin). Vertrauen – hier bezogen auf den zwischenmenschlichen Bereich – wird verstanden als „Einstellung, einem anderen Menschen zu trauen und die Geneigtheit, ihn charakterlich für zuverlässig zu halten und ihm zu glauben. [...] Oft setzt [dieses interpersonale] Vertrauen ein Wagnis voraus und bildet in Familie, Ehe, Freundschaft, Liebe sowie dem Arzt-Patient-Verhältnis eine Grundlage gemeinschaftlicher Verbundenheit.“ (Tisch, 1997; S. 2489 – 2490). Jemandem zu vertrauen und entsprechend zu handeln, bedeutet auch, die eigene Verwundbarkeit zu erhöhen, ohne dass man das Verhalten des Gegenübers kontrollieren kann (vgl. Zand, 1977; Luhmann, 1989): „[...] der Interaktionspartner [muss] die grundsätzliche Möglichkeit besitzen, den Vertrauensvorschuß zu missbrauchen“ (Schweer, 1998, S. 8).

Diese Ausführungen machen die Erfordernis deutlich, eine Abgrenzung zur *Leichtgläubigkeit* vorzunehmen, die definiert wird als „Glauben an Kommunikationsinhalte in solchen Fällen, wo ein derartiges Verhalten von den meisten Personen derselben sozialen Gruppe als naiv und unklug (foolish) erachtet wird“ (Rotter, 1980, S. 4; zit. nach Amelang, et al., 1984, S. 200). In einer späteren Arbeit erweitert Rotter (1980, S. 4; Übersetzung der Verfasserin) daher auch

die Definition von interpersonalem Vertrauen „als sich Verlassen auf den Wahrheitsgehalt von Kommunikation bei Abwesenheit von klaren oder gewichtigen Gründen, dies nicht zu tun.“ Auch Krampen (1997a, S. 7; 1997b) betont die Bedeutung der Situationswahrnehmung in Rotters Konzept, die zentral für die Unterscheidung von Vertrauen und Leichtgläubigkeit („wesentliche situative Hinweisreize [werden] übersehen“) ist.

Reduziert werden kann dieses Risiko, ungerechtfertigt zu vertrauen, durch ein hohes Einfühlungsvermögen, d. h. letzteres erleichtert angemessenes vertrauensvolles interpersonales Verhalten (Petermann, 1996). Neben dem *Risiko*, welches bei interpersonalem Vertrauen normalerweise größer ist als der zu erwartende Nutzen (Zand, 1977; Petermann, 1996; 1997; Schweer & Thies, 2004), spielt bei den definatorischen Bestandteilen von sozialem Vertrauen auch die *Zeit*, die benötigt wird, um es in kleinen Schritten aufzubauen und als stabil wahrzunehmen, sowie die *Reziprozität*, d. h. die Erwartung des Vertrauenden, dass sein Gegenüber mit derselben Haltung, d. h. ebenfalls mit Vertrauen reagiert, eine wesentliche Rolle (Petermann, 1996; 1997; Schweer, 1998; 2004). Schweer (2004) nennt außerdem *Bereichsspezifität* als wesentliches Merkmal.

Rotter (1967) unterscheidet darüber hinaus *generalisiertes* von *spezifischem* Vertrauen in sozialen Interaktionen, wobei sich ersteres aus den überdauernden Erfahrungen mit der Zeit zu einem stabilen Merkmal entwickelt, in welchem sich Personen voneinander unterscheiden. Diese überdauernde Erwartungshaltung, sich auf die Aussagen des Interaktionspartners verlassen zu können, als aus früheren Erfahrungen gelernte, recht stabile Persönlichkeitsvariable, ist auch für diese Untersuchung von Interesse.

In Bezug auf die empirische Forschung lässt sich festhalten, dass das interpersonale Vertrauen der wohl am häufigsten untersuchte Aspekt der Vertrauenstrias ist: So fassen Krampen und Hank (2004b) zusammen, dass sich Forschung und Theoriebildung in der politischen Partizipations- und Sozialisationsforschung (Rosenberg, 1956; Marsh, 1977) mit Vertrauen in Politiker, politische Systeme und der Bedeutung für Demokratien beschäftigt, in der Sozialpsychologie und soziologischen Literatur sich Vertrauen als zentraler Aspekt von Alltagsphilosophien findet (z. B. Gerechte-Welt-Glaube, vgl. Lerner, 1980; z. B. Komplexitätsreduktion,

⁷ Da bzgl. Vertrauen in andere(s) soziale Bezüge dominieren und diese für die vorliegende Arbeit wesentlich sind, wird sich hier auf diese beschränkt, obwohl prinzipiell auch z. B. chemische oder physikalische Situations-Ereignis-Erwartungen gemeint sein könnten (vgl. Krampen, 1997a).

vgl. Luhman, 1989). Thematisiert wurden die Konzepte auch von Erikson (1973) in der neoanalytischen Entwicklungspsychologie im Rahmen von Urvertrauen/-misstrauen (vgl. auch Abschnitt 3.3). Darüber hinaus finden sich Studien zu der bereits beschriebenen sozialen Lerntheorie (interpersonales Vertrauen als generalisierte Erwartungshaltung in mehrdeutigen Situationen, vgl. Rotter 1967; 1980; 1981) und ihrer Weiterentwicklung im Handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit (Krampen, 1997a; 2004; 2005; vgl. Abschnitt 3.2), was innerhalb der vorliegenden Untersuchung von Bedeutung ist.

Als wesentliche Facetten des sozialen Vertrauens, welche sich auch faktorenanalytisch finden lassen, werden folgende Aspekte genannt: Vertrauen/Misstrauen in primäre Bezugspersonen, in weitere Bezugspersonen (z. B. Freunde, Nachbarn, Kollegen,...), in Fremde, Politiker, Massenmedien etc. (vgl. Krampen et al, 1982; Petermann, 1996; Krampen, 1997a; Krampen & Hank, 2004a).

Zunehmend wachsendes Interesse zeigt sich auch im Anwendungsbereich: Die Bedeutung von Vertrauen als wichtige Beziehungskomponente in therapeutischen, pädagogischen und unternehmerischen Bereichen wird herausgestellt und hierzu lässt sich in neueren Arbeiten empirische Forschung ausmachen (Krampen, 1997a; 1997b; Koller, 1997; Bierhoff, 2006). So finden sich Untersuchungen zu Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern, Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie Therapeuten/Ärzten und Patienten (Bochmann & Petermann, 1989; Petermann 1996; 1997; Koller & Lorenz, 1997; Schweer, 2004; Schweer & Thies, 2004).

Weil für viele Entscheidungen des alltäglichen Zusammenlebens soziales Vertrauen die Basis bildet, kommt dieser generalisierten Erwartung eine bedeutsame Rolle zu. Sie bestimmt nicht nur den direkten zwischenmenschlichen Kontakt (wie Eltern – Kinder, Arzt/Therapeut – Patient, Lehrer – Schüler, Peers untereinander, Partner), sondern z. B. auch den zwischen Staaten oder den von Regierungen und dem Volk (Amelang et al., 1984). Deutsch (1958) betont die Wichtigkeit von interpersonalem Vertrauen als wesentliche Voraussetzung für Kooperation (vgl. auch Bierhoff, 2006). Er untersuchte interpersonales Vertrauen experimentell ergebnisbezogen unter Hinzuziehung eines rationalen Menschenbildes (Deutsch, 1958; 1960; 1962), wobei er die Methode des Gefangendilemmas mit dem Verzicht der Messung der affektiven und kognitiven Komponenten und den damit einhergehenden Schwierigkeiten verwandte. Petermann (1996) stellt diese Untersuchungsmethode zur Erfassung interpersonales Vertrauens vor, wobei die Kooperationsbereitschaft der beiden Spieler als Maß für Vertrauen

verstanden wird, da Kooperation das Risiko birgt, vom Gegenüber ausgenutzt zu werden. Dies entspricht zwar einer präzisen Operationalisierung, es wird jedoch bezweifelt, dass das Verfahren eine geeignete Methode darstellt, um Vertrauen zu erfassen, weil es kaum Prozesse widerspiegelt, die im Alltag der Vertrauensbildung dienen, womit die externe Validität in Frage steht. Außerdem kann Kooperation auch – anstatt durch vertrauensvolle Erwartungen – durch andere Motive, wie z. B. durch das der Steigerung des gemeinsamen Gewinns oder durch das der Maximierung der Differenz zwischen dem eigenen Gewinn und dem des andern, erklärt werden (vgl. Buck & Bierhoff, 1986; Petermann, 1996; Koller 1997).

Da es auch in der vorliegenden Untersuchung insbesondere um den Anwendungsaspekt geht, wurde hier auf die Verwendung eines Gefangendilemmas verzichtet. Hinzu kommt, dass ein solches Spiel im bestehenden Setting schwierig durchzuführen wäre, d. h. dass dies kaum Akzeptanz bei den Patienten finden würde und nicht innerhalb der regulären psychometrischen Untersuchung stattfinden könnte.

3.2 Die Vertrauenstrias und ihre Einordnung in das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (HPP)

Das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (HPP) von Krampen (1987; 1997a; 2004; 2005) bildet den theoretischen Rahmen zur Einordnung der Vertrauenstrias. Im Folgenden sollen dieses Modell und seine hierarchische Struktur erläutert werden, wobei hier insbesondere die Vertrauenstrias herausgestellt wird, die für diese Arbeit zentral ist. Außerdem wird in groben Zügen die entwicklungspsychologische Anbindung des HPPs skizziert.

Das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (HPP) (Krampen, 1987, 1997a 2004; 2005) integriert persönlichkeitspsychologische Aspekte der interaktionistischen sozial-kognitiven Persönlichkeitstheorie (generalisierte selbst- und umweltbezogene Kognitionen) in ein differenziertes handlungstheoretisches Modell vom Erwartungs-Wert-Typ. Dies bedeutet, dass die ursprünglich situativ verankerte Handlungstheorie um relativ stabile Persönlichkeitsvariablen erweitert wurde (Krampen, 1997a). Da bislang Persönlichkeitsmerkmale, wie z. B. Temperament oder Leistung unberücksichtigt bleiben, bezeichnet Krampen (1987) das HPP als *Partialmodell*. Es stellt eine Weiterentwicklung der Sozialen Lerntheorie (Rotter, 1967; 1980; 1981) dar, die die Determination von Erwartungshaltungen durch Erfahrung in Situationen oder solchen, die eine Person als ähnlich wahrnimmt, annimmt. Im Gegensatz zu

spezifischen werden generalisierte Erwartungen durch die Summe der Erfahrungen in der speziellen Situation bestimmt (Rotter, 1980). Diese Generalisierungen resultieren in relativ zeit- und situationsstabilen Persönlichkeitsvariablen (Krampen, 2005).

Als handlungssteuernde Variablen gelten in der Handlungstheorie neben den subjektiven Erwartungen⁸ auch die Valenzen⁹, die Auskunft über das Maß der Bevorzugung eines Verhaltens geben und mit dem Ausgang einer Handlung verbunden sind (Krampen, 1987).

Erwartungen werden als die wichtigsten kognitiven Prozesse bei der Vorhersage von Handlungen angesehen – sie unterteilen sich in Erwartungen in Bezug auf die Situation, die Handlung, das Ergebnis und die Folgen (vgl. Abb. 3.2.) und bauen hierarchisch aufeinander auf (Schwarzer, 1996).

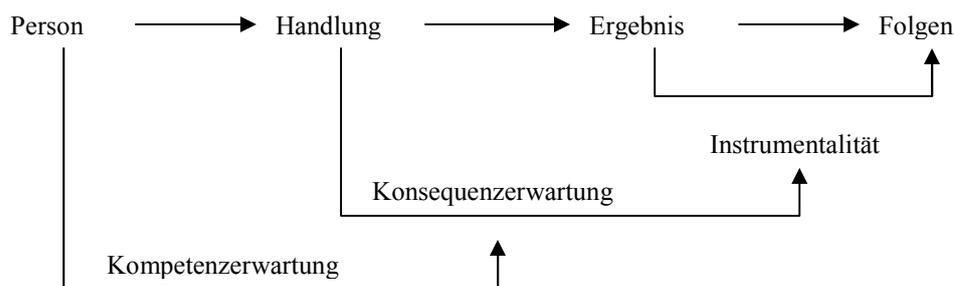


ABBILDUNG 3.2: HANDLUNGSTHEORETISCHES ERWARTUNG-WERT-MODELL (SCHWARZER, 1996, S. 13)

In Abbildung 3.3 findet sich Krampens (1987, 1997a 2004; 2005) Handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit mit den integrierten Komponenten der Vertrauenstrias. Dieses Modell erweist sich deutlich komplexer als das von Schwarzer (1996; s. Abb. 3.2), dennoch sind auch hier die Erwartungen – sowohl spezifisch als auch generalisiert – zentral: Besteht eine *Instrumentalitätserwartung*, d. h. geht eine Person davon aus, dass durch ein Handlungsergebnis längerfristig erwünschte wertvolle Folgen eintreten, stuft sie diese Ergebnisse wiederum als durch eine Handlung erreichbar bzw. als handlungsabhängig ein (*Kontingenzerwartung*) und setzt sie darüber hinaus im Rahmen der *Kompetenzerwartung* die Möglichkeit, selbst in der Situation zu handeln voraus, wird eine Handlung wahrscheinlicher. Diese

⁸ Subjektive Erwartungen = instrumentelle Überzeugungen, Instrumentalitäten, Erwartungen (Krampen, 1987; S. 17)

⁹ Valenz = subjektive Ziel-, Ereignis-, Ergebnis- oder Folgebewertungen (Krampen, 1987; S. 17)

Kompetenzerwartung steht im HPP auf der Persönlichkeitsebene im engen Zusammenhang mit dem *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* (vgl. Abb. 3.3).

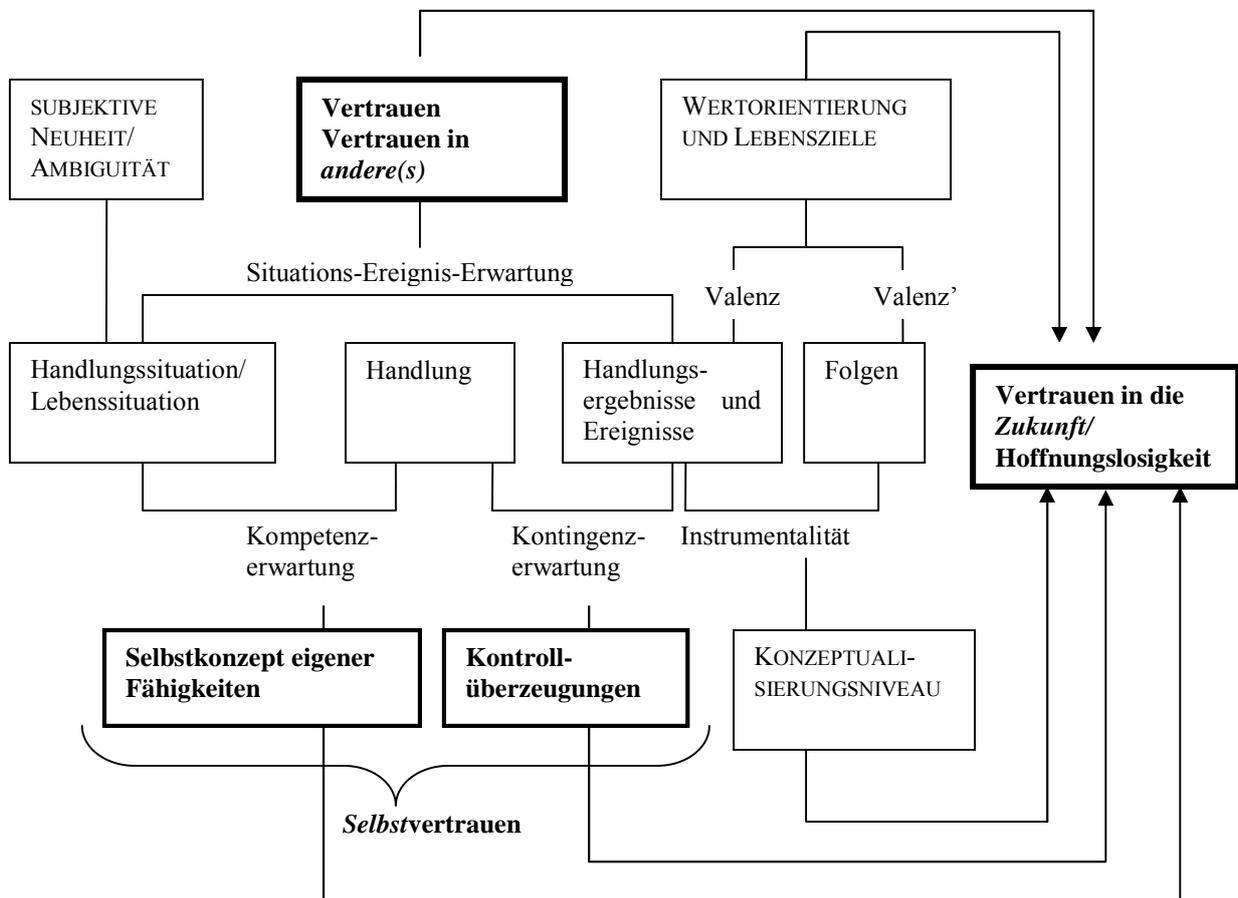


ABBILDUNG 3.3: DAS HANDLUNGSTHEORETISCHE PARTIALMODELL DER PERSÖNLICHKEIT (HPP) MIT HERVORGEHOBENER VERTRAUENSTRIAS MODIFIZIERT NACH KRAMPEN (1997A, S.16)

Das Konzept der *Kontrollüberzeugung* (*Locus of control*) nach Rotter (1966) versteht sich als generalisierte Handlungs-Ergebnis-Erwartung im Sinne der Persönlichkeitsperspektive als Gegenstück zur Kontingenzerwartung in der spezifischen Situation. *Kontrollüberzeugungen* sind Erwartungen, die sich darauf beziehen, in welchem Maße eine Person generalisiert davon ausgeht, dass ihre Handlungen die Handlungsergebnisse und -ereignisse beeinflussen. Von *interner* Kontrollüberzeugung spricht man, wenn die Person sich selbst den Einfluss zuschreibt, von *externer*, wenn sie eher von der Einflussnahme äußerer Umstände ausgeht, wobei hier nochmals in Einflüsse von anderen Menschen und unpersönliche (Schicksal, Zufall) unterteilt wird. Dieser *Locus of Control* gilt als generalisierte Erwartungshaltung, als relativ stabile gelernte Persönlichkeitseigenschaft (Rotter, 1966; vgl. auch Krampen 1987).

Auf die Kontingenzerwartung bzw. auf ihr Gegenteil, die Erwartung von zukünftiger Nichtkontingenz als Folge subjektiv wahrgenommener objektiver Nichtkontingenzen, bezieht sich auch Seligmans (1999) Theorie der Hilflosigkeit in ihrer revidierten Form: „Diese [Nichtkontingenz-] Erwartung sollte [...] verantwortlich sein für das Erzeugen eines motivationalen, kognitiven und emotionalen Zustandes der [als] Hilflosigkeit [bezeichnet wird]“ (Schwarzer, 1993b, S.147). Hinzu kommt hierbei als wesentlicher Faktor die Ursachenzuschreibung, denn gerade internale Attribution von Nichtkontingenz führt zu persönlicher Hilflosigkeit. Diese internale oder externale Ursachenzuschreibung als 2. Schritt nach der Kontingenzerwartung versteht Schwarzer (1993b) als Kompetenzerwartung in Banduras (1977) Sinne. Für eine chronische globale Hilflosigkeit kommen außerdem eine *stabile* und *globale* Ursachenzuschreibung hinzu. Eine solche internale stabile und globale Interpretation negativer Ereignisse wird als pessimistischer Interpretationsstil bezeichnet (Seligman, 1999).

Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und *Kontrollüberzeugung* zusammengenommen entsprechen der ersten wichtigen Komponente der Vertrauenstrias: dem **Selbstvertrauen**. Hohes Selbstvertrauen beinhaltet somit sowohl die Erwartung eigener Kompetenzen im Umgang mit einer Situation und andererseits die, durch eine Handlung Ergebnisse und Ereignisse beeinflussen zu können.

Das *Konzeptualisierungsniveau oder subjektive Wissen* stellt die generalisierte Variante der spezifischen Instrumentalitätserwartungen, also Ereignis-Folge-Erwartungen dar.

Die zweite Komponente der Vertrauenstrias – **Vertrauen in andere(s)** – findet als Persönlichkeitsgesichtspunkt sein spezifisches Pendant als *Situations-Ereignis-Erwartung*, d. h. der Erwartung, dass ein bestimmtes Ereignis ohne Handeln eintritt (Schwarzer, 1996; Krampen, 1997a). Aus handlungstheoretischer Sicht stellt Krampen (1997a; 1997b) für interpersonales Vertrauen die Parameter „Handlungstendenz“ (Handeln vs. Nicht-Handeln) und „Wertigkeit“ (Erwartung positiver oder negativer Ereignisse/Folgen) als zentrale Definitionsmerkmale einander gegenüber, was in Abbildung 3.4 verdeutlicht wird: Interpersonales Vertrauen ist hier nach durch *eine* Kombination der Parameter (Nicht-Handeln bei Erwartung positiver Ereignisse/Folgen) bestimmt, Misstrauen hingegen durch *drei* verschiedene Kombinationen (Handeln, um a) positive Ereignisse/Folgen zu erreichen bzw. b) negative zu verhindern oder c) Nicht-Handeln bei der Erwartung negativer Ereignisse/Folgen) determiniert sein kann.

Handlungstendenz	Valenz/Wertigkeit antizipierter Ereignisse und/oder Folgen	
	positiv	negativ
Nicht-Handeln	(interpersonales) Vertrauen	(interpersonales) Misstrauen
Handeln	(interpersonales) Misstrauen	(interpersonales) Misstrauen

ABBILDUNG 3.4: KLASSIFIKATIONSSCHEMA FÜR VERTRAUEN/MISSTRAUEN ANHAND DER HANDLUNGSTHEORETISCHEN BASISPARAMETER (NACH KRAMPEN 1987, S.99; 1997A, S. 8)

Eine weitere Rolle spielt die Wichtigkeit von Handlungsergebnis und Folgen (Stiensmeier-Pelster & Heckhausen, 2006): Die *erwarteten Valenzen* haben einen Einfluss darauf, ob Vertrauen oder Misstrauen in die Zukunft entwickelt wird: Besteht z. B. keinerlei subjektive Bedeutsamkeit in Bezug auf Handlungsergebnis oder die Folgen, so hat dies auch keine Auswirkung auf das Zukunftsvertrauen. Den handlungs- oder situationsspezifischen subjektiven Ziel-, Ereignis-, Ergebnis- oder Folgebewertungen (Valenzen) steht als Persönlichkeitsvariable der Komplex *Wertorientierung und Interessen* gegenüber.

Hoffnung/Hoffnungslosigkeit bzw. *Vertrauen oder Misstrauen in die Zukunft* – die dritte Komponente der Vertrauenstrias – kann durch die bislang beschriebenen zentralen handlungstheoretischen Variablen bestimmt werden. „Hoffnungslosigkeit ist ein relativ summarisches handlungstheoretisches Persönlichkeitskonstrukt, das alle genannten handlungstheoretischen Variablen umfaßt“ (Krampen, 1997a, S. 16). Hierbei sind sowohl die spezifischen als auch die generalisierten Valenzen und Erwartungen von negativen Veränderungen betroffen, wobei der Grad der Ausprägung unterschiedlich stark sein kann. Das Optimismuskonzept von Scheier und Carver (1985; 1987; 1992) beinhaltet *generalisierte Ergebniserwartungen*, die nicht dahingehend spezifiziert werden, ob sich die Zukunft mit oder ohne eigenes Zutun positiv entwickeln wird. Schwarzer (1993a) und Schwarzer und Renner (1997) kritisieren, dass es sich hierbei um „eine diffuse Mischung aus Situations- und Konsequenzerwartungen auf der Ebene eines Persönlichkeitsmerkmals“ handelt, wobei sie einräumen, dass es sich dennoch empirisch bewährt hat. Dieses *generalisiertes Optimismuskonzept*, welches jedoch – wie bereits beschrieben – auch die spezifischen Komponenten umfasst, findet sich auch im HPP von Krampen (1987; 1997a; 2004; 2005) in der Komponente *Vertrauen in die Zukunft*, wobei hier auch die Bereiche *Selbstvertrauen* (im Sinne einer generalisierten Kompetenzerwartung), *Kontrollüberzeugung* (im Sinne einer generalisierten Kontingenzerwartung), *Vertrauen in andere* (im Sinne einer generalisierten Situations-Ereignis-Erwartung) sowie auch das *Konzeptualisierungsniveau* und *Wertorientierung/Lebensziele* einen Einfluss darauf haben.

Das HPP lässt ebenfalls offen, ob eigenes Handeln eine Rolle spielt oder ob sich die Dinge von sich aus positiv oder negativ entwickeln. Optimismus erhält somit die Bedeutung einer übergeordneten Größe, die von den anderen, oben genannten Faktoren beeinflusst werden kann.

Neben den bislang beschriebenen Bestandteilen der Vertrauenstrias und ihrer Einordnung in das HPP finden sich auch Bezüge zwischen den einzelnen Komponenten des Vertrauens – zum Teil bereits empirisch belegt – die sich anhand des Modells erklären lassen: So beschreibt z. B. Plattner (1988) den Einfluss von Kontrollüberzeugung auf das Vertrauen in die Zukunft unter Bezugnahme auf die philosophischen Schriften von Bloch (1973) und Fromm (1971) als Einwirkung auf das aktive Streben, denn die Einschätzung, die Möglichkeit zu haben, die Zukunft zu einer etwas besseren zu gestalten oder an diese Möglichkeit nicht zu glauben, beeinflusst wiederum das Handeln oder Nicht-Handeln. Schwarzer (1993a; 1994a) modellkonform in Studien einen positiven Zusammenhang zwischen generalisierter Selbstwirksamkeitserwartung auf der einen Seite und dispositionalem Optimismus ($r = .54$) sowie auch internaler Kontrollüberzeugung auf der anderen Seite. Er knüpft allerdings daran die Kritik, dass Optimismus ein diffuses Konstrukt sei. Weiterhin sei der bereits belegte Zusammenhang von Optimismus und seelischer Gesundheit durch die Kompetenzerwartung verursacht, so Schwarzer (1992). Die Korrelationen sind dennoch mit dem HPP konform; jedoch ist auf Grundlage dieses Modells davon auszugehen, dass beide Komponenten ihren Beitrag zur seelischen Gesundheit leisten.

Den beschriebenen korrelativen Erkenntnissen gegenübergestellt wird an dieser Stelle die geringe Interkorrelation zwischen interpersonalem Vertrauen – gemessen mit einer deutschen Übersetzung von Rotters (1967) Skala „Interpersonal Trust“ – und Kontrollüberzeugung (Locus of Control) (Amelang et al., 1984), die dafür spricht, dass es sich um unterschiedliche Konstrukte handelt, die beide in mehrdeutigen Situationen von Bedeutung sind.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (HPP) von Krampen (1987; 1997a; 2004; 2005), welches eine Weiterentwicklung von Rotters Sozialer Lerntheorie (1967; 1980; 1981) darstellt, einen integrativen Rahmen für die bereits beschriebenen selbst- und umweltbezogenen Kognitionen Selbstvertrauen, Kontrollüberzeugung, Vertrauen in andere(s), Konzeptualisierungsniveau und Wertorientierungen bildet. Die Basis für diese generalisierten Kognitionen bilden jeweils spezifische Kompetenz-,

Kontingenz-, Situations-Ereignis-, Instrumentalitätserwartungen oder Valenzen (vgl. Abb. 3.3). Das HPP integriert persönlichkeits- und allgemeinspsychologische Herangehensweisen bzgl. menschlichen Erlebens und Verhaltens und bildet einen theoretischen Rahmen für weitere Forschung, der eine systematische Hypothesenbildung und -prüfung erlaubt (Krampen & Fischer, 1988). Bewähren konnten sich bereits verschiedene aus dem HPP abgeleitete Hypothesen (vgl. Krampen, 2004; Krampen & Hank, 2004b), weitere Studien erscheinen allerdings immer noch lohnend.

3.2.1 Vertrauenstrias und hierarchische Struktur des HPP

Das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (HPP) ist hierarchisch strukturiert: Es finden Generalisierungen von spezifischen Erwartungen und Zielen über vier Ebenen hin zu einem übergeordneten System handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen statt, was in Abbildung 3.5 verdeutlicht wird.

Beschränkt auf die Vertrauenstrias (Ebene I – III) bedeutet dies, dass ausgehend von spezifischen Situations-Handlungs- bzw. Handlungs-Ergebnis-Erwartungen (Kompetenz- und Kontingenzerwartung) und Situations-Ergebnis-Erwartungen auf Ebene I generalisiert wird zu einem jeweils bereichsspezifischen Selbstvertrauen (Selbstkonzept und Kontrollüberzeugungen), interpersonalem Vertrauen und Zukunftsvertrauen (Erwartungen bzgl. der eigenen Person, der Umwelt und des zukünftigen Lebens) auf der Ebene II. Von dort aus findet eine weitere Verallgemeinerung auf die Ebene III statt, die die handlungstheoretischen Persönlichkeitsmerkmale, hier das generalisierte Selbstvertrauen (Selbstkonzept und Kontrollüberzeugung), interpersonales Vertrauen und Zukunftsvertrauen bzw. Hoffnungslosigkeit umfasst. Ebene IV stellt dann das System handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen dar, welches alle handlungstheoretischen Konstrukte umfasst. Diese vier Ebenen beschreiben den Persönlichkeitsbereich generalisierter Erwartungshaltungen, das HPP (Partialmodell). In einem umfassenden Modell der Persönlichkeit wären auf Ebene IV auch andere Persönlichkeitsbereiche wie z. B. Temperament, Leistungsorientierung oder auch Extraversion/Introversion angesiedelt. Übergeordnet auf Ebene V stünde dann Persönlichkeit (Krampen, 1997a; 1987).

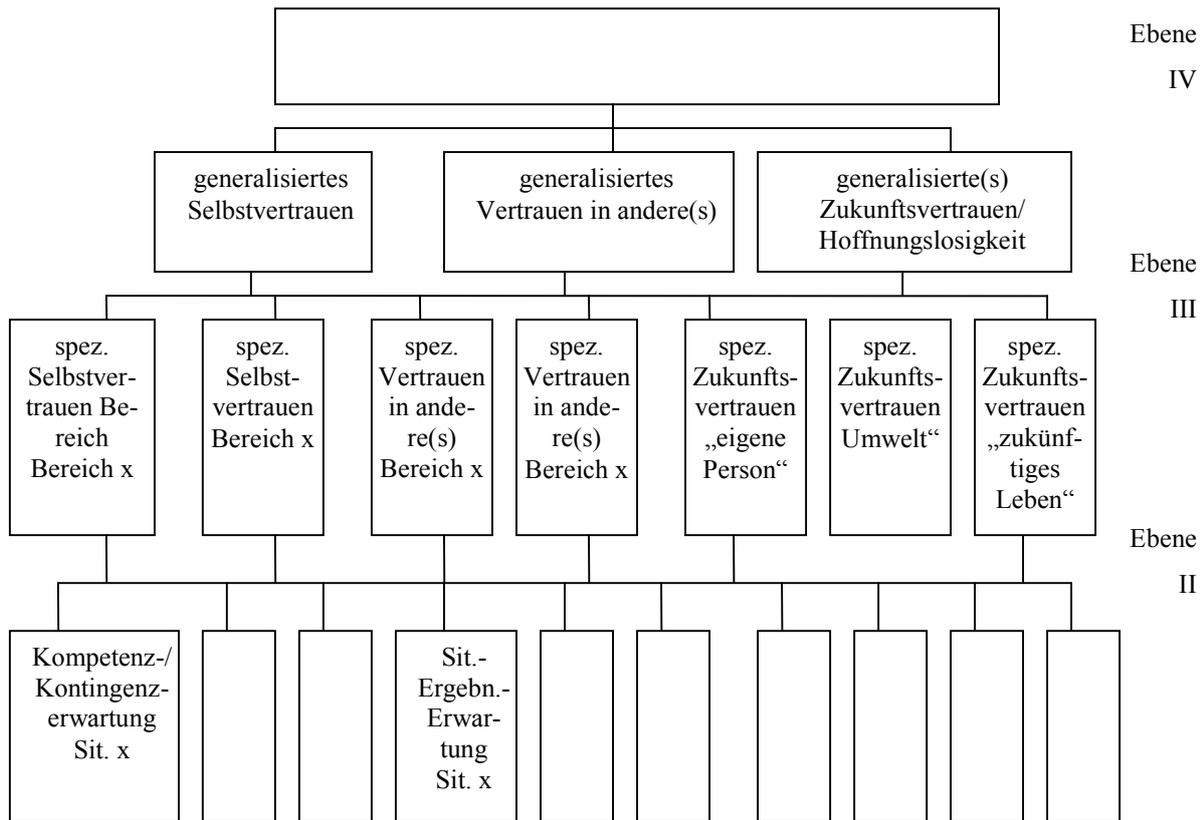


ABBILDUNG 3.5: HYPOTHETISCHE KONZEPTION DER HIERARCHISCHEN STRUKTUR HANDLUNGSTHEORETISCHER PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN MIT HERVORGEHOBENER VERTRAUNESTRIAS (MODIFIZIERT NACH KRAMPEN, 1997B, S. 33)

Durch das HPP lassen sich Aussagen über den relativen Vorhersagewert von verschiedenen Variablen treffen, da – in Anlehnung an Rotter (1967, 1981) – die subjektive Wahrnehmung einer Situation als Moderatorvariable angesehen wird, die den prognostischen Wert wie folgt beeinflusst: Ist eine Situation „*welldefined*“, d. h. sie wird von einer Person als bekannt, eindeutig und kognitiv strukturierbar eingestuft, so ist eine Handlung am besten durch spezifische oder bereichsspezifische Erwartung und Valenzen vorhersagbar (Ebene I bzw. Ebene II); der prognostische Wert von generalisierten Persönlichkeitsvariablen ist hier eher gering. Ist eine Situation hingegen „*illdefined*“, d. h. sie wird subjektiv als mehrdeutig, neuartig und kognitiv nicht gut strukturierbar wahrgenommen, so verhält es sich umgekehrt: Der Vorhersagewert generalisierter Persönlichkeitsvariablen (Ebene III) ist hier hoch, der spezifischer selbst- und umweltbezogener Kognitionen gering (Krampen & Fischer, 1988; Krampen, 1997a; 2005). Diese Rolle der Situationsbewertung bringt entsprechende Implikationen für empirische Untersuchungen und die Auswahl von Messinstrumenten mit sich (Krampen, 1987). Modellkonform führt Schwarzer (1996) an, es habe sich in einer Vielzahl von

Untersuchungen gezeigt, dass für die Vorhersage von Verhalten spezifische Erwartungen nur bei spezifischen Kriterien, nicht aber bei allgemeinen überlegen sind. Auch Untersuchungen von Buck und Bierhoff (1986), die Hinweise auf eine relative Unabhängigkeit von allgemeinem und spezifischem interpersonellen Vertrauen ergaben, sind durch dieses Modell der Ebenen erklärbar.

3.2.2 Das HPP und seine entwicklungspsychologische Anbindung

Für die vorliegende Arbeit ist insbesondere die Veränderung von Vertrauensaspekten in der Psychotherapie bzw. innerhalb der tagesklinischen Behandlung von Interesse. Smedslund (1988, zitiert nach Krampen 1997a) unterscheidet *Veränderungen erster Ordnung* (nur durch äußere Bedingungen beeinflusst, keine entwicklungspsychologische Veränderung auf dispositioneller Ebene, völlig reversibel) von *Veränderungen zweiter Ordnung* (dispositionelle Veränderung, relativ stabil, irreversibel, wenn ein Bewusstsein über die Zukunft aus der bewussten Reflexion von Vergangenheitstrends resultiert). Gerade diese Veränderungen zweiter Ordnung werden in der Psychotherapie angestrebt. Um längerfristige Erfolge, die das Denken, Fühlen und Handeln betreffen, geht es auch in der tagesklinischen Behandlung, weshalb in der vorliegenden Evaluationsstudie die Veränderung in Bezug auf Vertrauen als generalisierte Erwartungshaltung untersucht werden soll. Kurzfristige Erfolge, die z. B. durch das Setting erzielt werden, entsprechen Veränderungen erster Ordnung (vgl. Hewig, 2008).

Dieser Veränderungsaspekt der Vertrauenskomponenten lässt sich auch in der entwicklungspsychologischen Anbindung des Handlungstheoretischen Partialmodells darstellen (Krampen, 1987; 1997a; 2004; 2005; vgl. auch Krampen & Greve, 2008) – weshalb dies hier knapp vorgestellt:

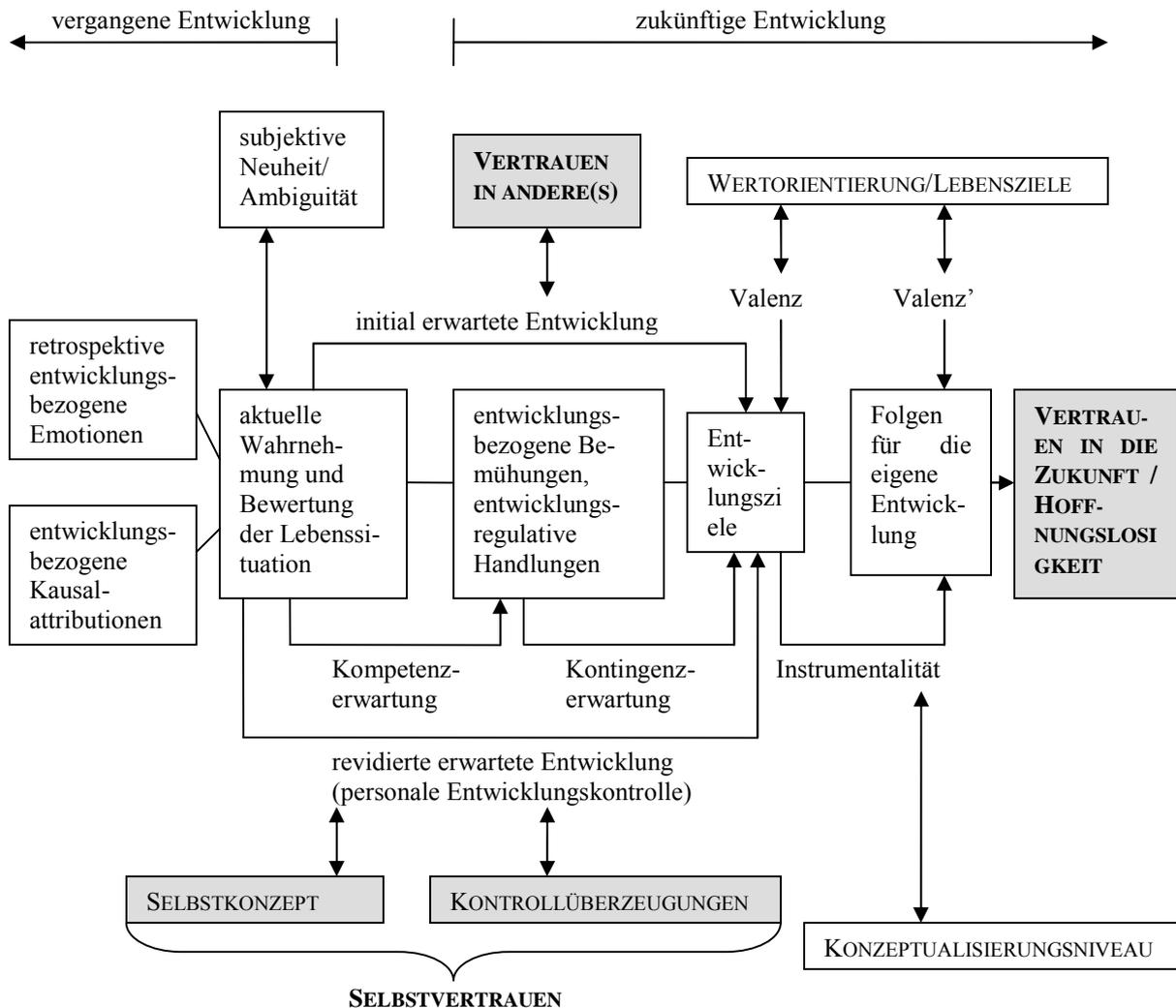


ABBILDUNG 3.6 HEURISTIK ENTWICKLUNGSBEZOGENER KOGNITIVER, EMOTIONALER UND AKTIONALER VARIABLEN MIT ZUGEORDNETEN HPP-PERSÖNLICHKEITSKONSTRUKTEN UND DER HPP-VERTRAUENSTRIAS (MODIFIZIERT NACH KRAMPEN, 1997A, S.21)

Abbildung 3.6 zeigt diese entwicklungstheoretische Anbindung des HPP unter besonderer Berücksichtigung der Vertrauenstrias: Hier wird die zeitliche Dimension (vergangene Entwicklung, aktuelle Lebenssituation und zukünftige Entwicklung) mit den Erwartungs- und Wertvariablen sowie den handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen in Beziehung gesetzt (vgl. Krampen, 1997a; Krampen & Greve, 2008).

3.3 Vertrauenstrias: Zusammenhänge zwischen den einzelnen Komponenten – Ontogenetische Gesichtspunkte: Das Sanduhrmodell

Die Individualentwicklung von Vertrauen ist im Rahmen dieser Untersuchung ebenfalls von Interesse, da Vertrauen als Ressource und Schutzfaktor bei der Entwicklung von psychischen Erkrankungen bzw. beim Erhalt von seelischer Gesundheit eine bedeutsame Rolle spielt (nähere Ausführungen dazu finden sich in Kapitel 4). Insbesondere für die Primärprävention kann dies Implikationen bieten.

Krampen (1997a; 2005) stellt hierzu ein ontogenetisches Sanduhrmodell der Vertrauenstrias¹⁰ (vgl. Abb. 3.7) vor, in dem die Entwicklung der einzelnen Komponenten von frühester Kindheit an bis hin zum Jugendalter spezifiziert wird. Dieses „outside-inside-outside“-Prozessmodell der Vertrauensentwicklung beginnt bei der Entwicklung von interpersonalem Vertrauen (outside) und führt über die von Selbstvertrauen (inside) zu der von Zukunftsvertrauen (outside). Eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Aufbau von Zukunftsvertrauen ist ein Minimum an Selbst- sowie interpersonalem Vertrauen; für die Entwicklung von Selbstvertrauen ist ein Minimum an interpersonalem Vertrauen erforderlich (Krampen, 1997a; Krampen & Hank, 2004a). Den verschiedenen Komponenten der Vertrauenstrias können im Zusammenhang mit der Ontogenese verschiedene primäre Entwicklungsphasen, -kontexte, -bereiche, -mechanismen und -inhalte zugeordnet werden. Wesentlich ist an dieser Stelle, „dass die [...] genannten primären Entwicklungskontexte lediglich die unteren Entwicklungsgrenzen und -bereiche bezeichnen. Es wird davon ausgegangen, dass entsprechende Prozesse des Gewinns von und des Verlusts an interpersonalem Vertrauen, Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen in der gesamten Lebensspanne auftreten können“ (Krampen & Hank, 2004a; S. 675). Gerade für die psychotherapeutische Behandlung stellt dies eine unabdingbare Voraussetzung dar, da ansonsten angestrebte Veränderungen im Bereich der Vertrauenstrias unmöglich wären (vgl. auch Abschnitt 3.2.2)

¹⁰ Für Aspekte der Phylogenese der Vertrauenstrias sei auf Krampen (1997a) verwiesen.

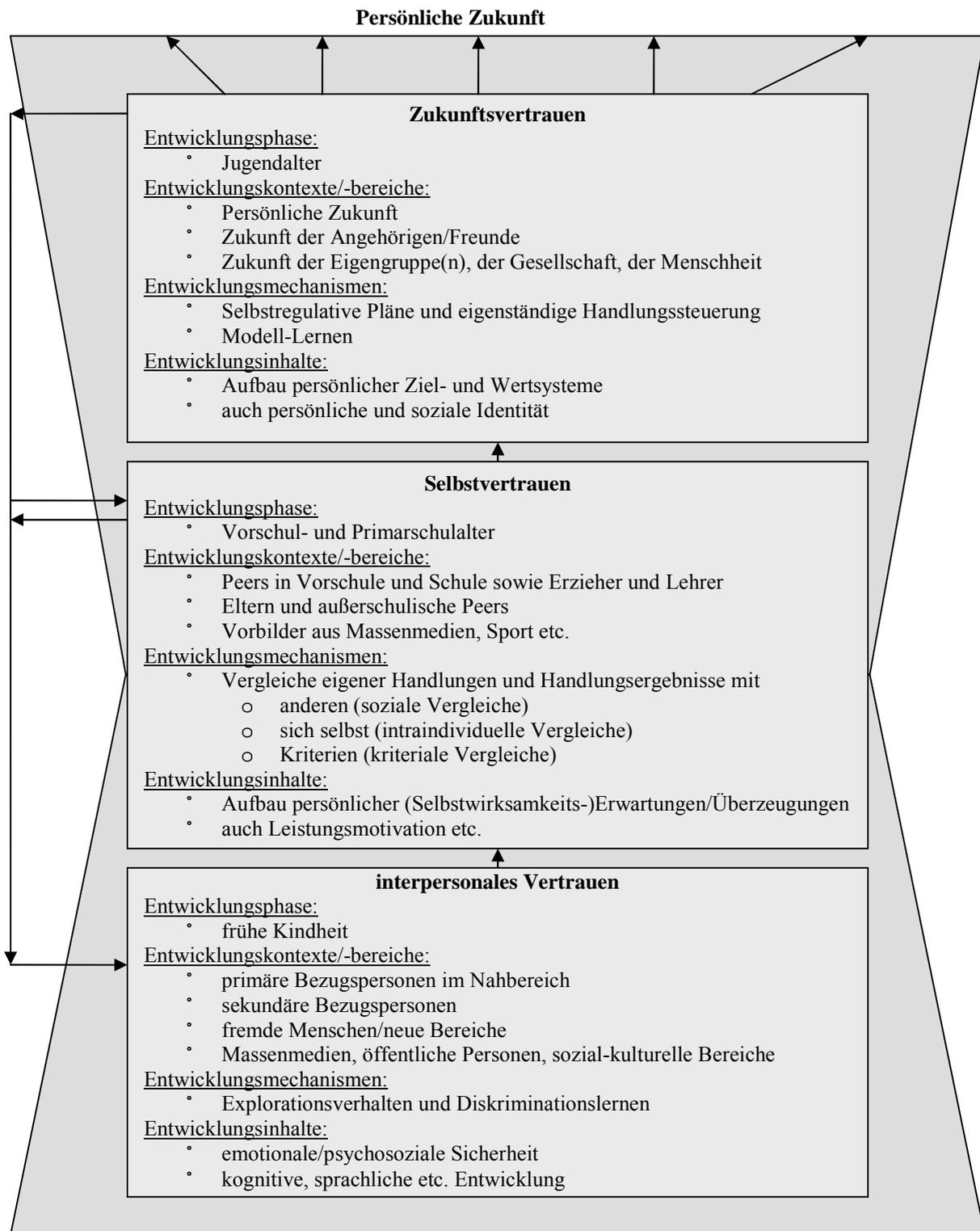


ABBILDUNG 3.7: SANDUHRMODELL: ONTOGENESE DER VERTRAUNESTRIAS (NACH KRAMPEN, 1997A, S. 27)

Insbesondere zu den beiden Komponenten interpersonales Vertrauen und Selbstvertrauen finden sich eine Vielzahl an Untersuchungen und Theorien, die sich mit deren Entwicklung, aber auch mit dem gegenseitigen Einfluss aufeinander beschäftigen. Im Folgenden werden

theoretische und empirisch belegte Zusammenhänge zwischen den einzelnen Komponenten der Vertrauenstrias und der Entwicklung der verschiedenen Aspekte aufgeführt und jeweils Bezüge zum ontogenetischen Sanduhrmodell hergestellt:

In Bezug auf die Entwicklung *interpersonellen Vertrauens* postuliert Erikson (1973) in seinem tiefenpsychologischen Entwicklungsmodell einen wesentlichen Einfluss des sich in der oralen Phase entwickelnden Urvertrauens/-misstrauens für die zukünftigen „Beziehungen zu relevanten Sozialisationspartnern“ (Schweer, 1998, S. 10). Weiterhin sieht er dieses Urvertrauen als Grundlage einer gesunden Persönlichkeit an, ohne Vertrauen könne sich keine stabile Ich-Identität entwickeln, die wiederum die Basis für das Selbstvertrauen bildet (Erikson, 1973; Schmitt, 2000). Diese Annahme ist mit dem ontogenetischen Modell konform. Die Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind wird hierbei als determinierender Faktor der Intensität des Vertrauens postuliert: Gefördert werden kann das Urvertrauen des Kindes durch Unterlassung unnötiger Versagungen und Drohungen und die Vermittlung von Zuverlässigkeit (Erikson, 1973). Rotter (1967), der die Verlässlichkeit in den Vordergrund stellt, ist an dieser Stelle anderer Auffassung: Auch eingehaltene negative Versprechen, was Drohungen bzw. dem Ausführung von angekündigten negativen Konsequenzen (also Strafen) entspricht, sollten neben den positiven Erfahrungen zum Aufbau interpersonalen Vertrauens führen. Insgesamt entwickelt sich nach seiner Auffassung aus diesen kumulierten Lernerfahrungen eine generalisierte Erwartungshaltung: das generalisierte Vertrauen als recht stabile Persönlichkeitsvariable, die jedoch nach wie vor durch neue Erfahrungen verändert werden kann. Außerdem geht Rotter (1981) von einem längeren Entwicklungszeitraum im Leben von Menschen aus, in dem sich durch gelernte Erfahrung eine eher vertrauensvolle oder eine eher misstrauische Grundhaltung herausbildet, die durch Generalisierung zu einer recht stabilen Persönlichkeitseigenschaft wird. Esser und Petermann (1985) erforschten vertrauensfördernde Variablen in der Kind-Erwachsenen-Interaktion und identifizierten das Zustandekommen eines Interaktionsmusters als bedeutsam, welches die Wechselseitigkeit von vertrauensvollem Verhaltens des Kindes und positiven Reaktionen des Erwachsenen beinhaltet.

Auch aus lerntheoretischer Sicht lässt sich ein Zusammenhang zwischen interpersonalem und Selbstvertrauen postulieren: Im geschützten Rahmen einer vertrauensvollen Eltern-Kind-Beziehung wird dem Kind ermöglicht, sich auszuprobieren und so durch positive Erfahrungen und Übung Selbstvertrauen zu entwickeln. Zusammenhänge zwischen der Fähigkeit zu

interpersonalem Vertrauen und der Ausprägung von Selbstvertrauen konnten von Amagai (1997) empirisch nachgewiesen werden.

Schweer (2004) nimmt eine wechselseitige Beeinflussung von Selbstvertrauen und interpersonalem Vertrauen an, da er davon ausgeht, dass Kinder und Jugendliche mit hohem Selbstvertrauen eher das Risiko einer Vertrauensbeziehung eingehen und umgekehrt vertrauensvolle Beziehungen durch das Erfahrungsfeld, welches diese bieten, die Entwicklung von Selbstvertrauen ermöglichen. Diese Hypothese ließe sich innerhalb der Rückkopplungsschleifen in das ontogenetische Modell einordnen.

Innerhalb der Bindungstheorie (Bowlby, 1984; 1988) wird davon ausgegangen, dass die Bereitschaft, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen, angeboren und elementar für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit ist. Interpersonales „Vertrauen [im Sinne der Bindungstheorie] ist als Erwartungshaltung zu betrachten, die als Folge von regelhaften verinnerlichten Beziehungserfahrungen vom Kind gebildet wird. [Es entwickelt sich] als Folge positiver Erfahrungen von Sicherheit, Schutz und feinfühligter Fürsorge im Rahmen von Bindungsbeziehungen“, wobei bei dessen Fehlen Misstrauen entstehen kann (Scheuerer-Englisch & Zimmermann, 1997, S. 28). Bierhoff (2006) bringt sichere Bindung mit Vertrauen und unsichere mit Misstrauen in Zusammenhang. Deutlich wird die Bedeutung der Bindung aus bindungstheoretischer Sicht vom Säuglings- und Kleinkindalter an bis hin zur Adoleszenz für die Entwicklung von Vertrauen sowohl in sich selbst als auch in andere Personen (z. B. Peers) oder die Zukunft. Auf die *Kontinuität* des Bindungsstils zwischen Kleinkind und Jugendlichem lassen sich jedoch nur wenige Hinweise finden: Die Mehrzahl der Korrelationen ist nicht signifikant (zusammenfassend: Scheuerer-Englisch & Zimmermann, 1997; Bierhoff, 2006). Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass Vertrauensbeziehungen veränderbar sind und auch mit der aktuell erlebten Unterstützung zusammenhängen (Scheuerer-Englisch & Zimmermann, 1997). Dies gibt einerseits Hinweise auf die Wichtigkeit von Vertrauensbeziehungen, zeigt andererseits aber auch deren Veränderbarkeit, was wiederum Implikationen für therapeutische Interventionen mit sich bringt.

Petermann (1996) versteht die Entwicklung von generalisierter Selbstwirksamkeitserwartung in Anlehnung an Banduras (1977) Self-Efficacy-Konzept: **Selbstvertrauen** entwickelt sich als Prozess durch die wiederholte erfolgreiche Bewältigung von schrittweise in ihrer Schwierigkeit gesteigerten Aufgaben in Kombination mit einer internalen Erfolgsattribution

(vgl. Abb. 3.8). Nach Oerter (2008) entsteht dies ca. im Alter von 3,5 Jahren, in welchem Kinder mit Stolz auf Erfolg und mit Enttäuschung auf Misserfolg reagieren, was bedeutet, dass das Ergebnis einer Handlung auf die eigene Anstrengung zurückgeführt wird. In der weiteren Entwicklung kommt die Differenzierung von eigener Anstrengung und Aufgabenschwierigkeit hinzu, was kriteriale (frühestens Ende des Vorschulalters) und später soziale Gütemaßstäbe in den Vordergrund treten lässt. Alle drei Maßstäbe (*intraindividuell, sozial, kriterial*) existieren dennoch – wenn auch in unterschiedlichen Gewichtungen – parallel nebeneinander bei der Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung. Wenngleich die Forschung sich in diesem Zusammenhang hauptsächlich mit der Entstehung der Leistungsmotivation beschäftigt, so ist die Entwicklung von Selbstvertrauen ferner „für das Handeln allgemein sowie für das Selbsterleben in sozialen Kontexten und Aufgaben-/Problemkontexten relevant“ (Krampen, 1997a, S. 30). Einen anderen Zugang hat Erikson (1988) in seinem neo-psychoanalytischen Stufenmodell zur Identitätsentwicklung (vierte Phase), wonach Selbstvertrauen als Vertrauen in die eigenen sozialen und intellektuellen Begabungen durch die Lösung des Konfliktes zwischen Beherrschung (*Kompetenzerleben*) und Unterlegenheit (*Insuffizienz-erleben*) entsteht. Bindungstheoretisch gesehen wird die Erfahrung von Akzeptanz generalisiert als Selbstkonzept von liebenswert und kompetent – das Erleben von Ablehnung als eines von nicht liebenswert und insuffizient bzw. auf sich gestellt (Bowlby, 1984; 1988). Dies spräche für die im ontogenetischen Modell postulierten Auswirkungen interpersonalen Vertrauens auf Selbstvertrauen.

Petermann (1996) stellt umgekehrt die Auswirkung der Entwicklung generalisierter Selbstwirksamkeit auf die Ausbildung vertrauensvoller interpersonalen Beziehungen dar (Abb. 3.8): Selbstvertrauen wirkt sich im Zusammenhang mit ausgeprägtem Einfühlungsvermögen, welches aufgrund der besseren Einschätzbarkeit der anderen Person das Risiko minimiert, ungerechtfertigterweise zu vertrauen, positiv auf die Entwicklung von interpersonalem Vertrauen aus. Einfühlungsvermögen (inkl. geringer Selbstbezogenheit und wenig Konkurrenzdenkens) nimmt Petermann (1996) als Voraussetzung zur Entwicklung interpersonalen Vertrauens hinzu, da Selbstwirksamkeitserleben alleine übersteigter Egozentrismus bedeuten könnte, was wiederum einem vertrauensvollen Umgang mit anderen entgegensteht, da die Bewusstheit eigener Schwächen Voraussetzung dafür ist, dass eine Person zu würdigen weiß, dass das Gegenüber diese nicht ausnutzt. Petermanns Modell wäre im Sanduhrmodell (Abb. 3.7) als eine der Rückkopplungsschleifen einordbar, wobei er dem Selbstvertrauen für die Entwicklung von interpersonalem Vertrauen eine deutlich größere Bedeutung zuweist. Diese

umgekehrte Wirkung, nämlich die mit einem ausgebildeten Selbstvertrauen eher in sozialen Situationen zu vertrauen, die in dem oben abgebildeten ontogenetischen Modell (Abb. 3.7) ebenfalls aufgeführt wird, postuliert auch von Luhmann (1989), der Selbstvertrauen als Schutz vor Dekompensation bei Enttäuschungen des in andere gesetzten Vertrauens sieht.

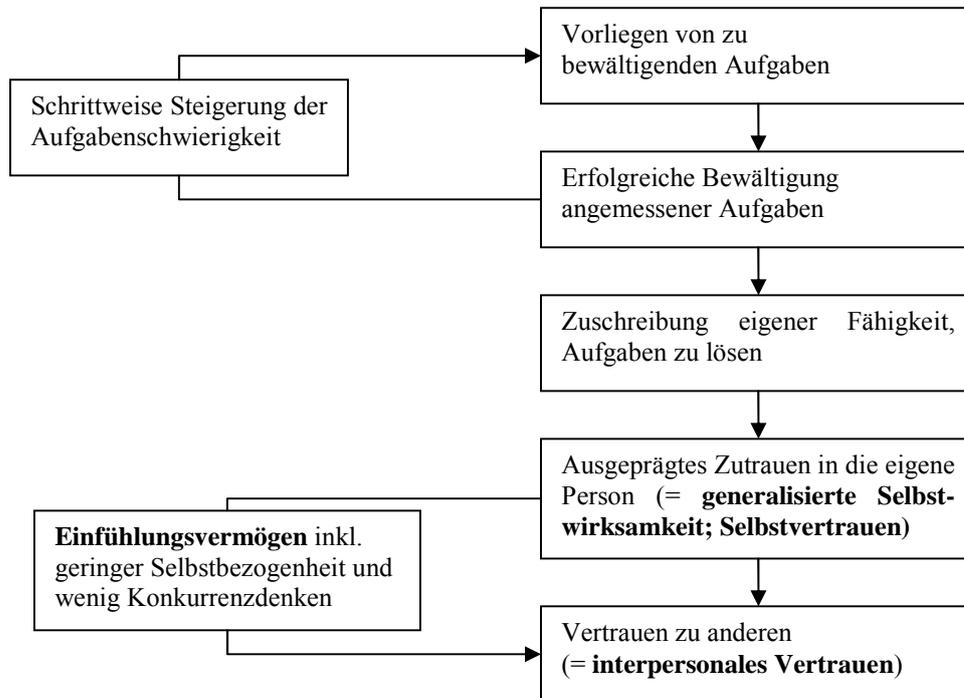


ABBILDUNG 3.8: VERKNÜPFUNG VON SELBSTVERTRAUEN UND INTERPERSONALEM VERTRAUEN (MODIFIZIERT NACH PETERMANN, 1996, S. 110 UND S. 112)

Im Rahmen der Entwicklung von **Zukunftsvertrauen** spielen der Aufbau einer allgemeinen Lebensorientierung und der von persönlichen Ziel- und Wertsystemen eine Rolle. Hierbei geht es nicht nur um die persönliche Zukunft, sondern auch um die von anderen bis hin zu der der Menschheit allgemein (Krampen & Hank, 2004a). Die Entwicklung von Zukunftsvertrauen wird auf das Jugend- oder frühe Erwachsenenalter datiert, was der Einordnung in Eriksons (1988) Stufenmodell der Lösung der psychosozialen Krise von Identität vs. Rollendiffusion bzw. -konfusion entspricht (vgl. auch Krampen, 1997a). Auch hier sind nach dem ontogenetischen Modell der Vertrauenstrias (Abb. 3.7) Zusammenhänge sowohl zu Selbstvertrauen (vgl. Schwarzer, 1993b, 1994a; 1994b; Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000; Bengel, 2002; Schumacher, 2002; Luszczynska & Schwarzer, 2005) als auch zu interpersonalem anzunehmen: Korrelationen von sozialem Vertrauen und Optimismus, d. h. Zukunftsvertrauen, werden so beispielsweise auch von Eisner (1995) gefunden.

4 Vertrauen und psychische Störung bzw. seelische Gesundheit

Die Vertrauentrias bietet Implikationen für die primäre, aber auch für die sekundäre und tertiäre Prävention. Sie ist das salutogenetische Gegenstück zu Becks (1970; et al. 1999) negativer depressiver Triade, und mit ihr können Ressourcen bei vorliegenden psychischen Erkrankungen identifiziert werden (vgl. Krampen & Hank, 2004a), was gerade auch im Rahmen einer tagesklinischen psychiatrischen Behandlung wesentlich ist.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Begriffe „psychische Störung/Erkrankung“ und „seelische/psychische Gesundheit“ definiert, dann wird auf Zusammenhänge zwischen Vertrauentrias als Ganzes und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit eingegangen. Die Beziehungen einzelner Störungsbilder zu den verschiedenen Vertrauensaspekten werden im Anschluss thematisiert, was auch für die Hypothesenbildung dieser Arbeit eine zentrale Rolle spielt.

4.1 Definitionen psychischer Gesundheit und Krankheit

Seelische oder psychische Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit einer psychischen Störung. Daraus resultiert die Frage: Was ist sie dann? In Antonovskys Konzept der Salutogenese werden Gesundheit und Krankheit als Extreme eines Kontinuums angesehen, bei denen beide Aspekte mehr oder weniger stark ausgeprägt sein können (Becker, 1997). Es überwiegen bei einer seelisch gesunden Person protektive, kompensatorische Anteile im Vergleich zu Vulnerabilitäten (Dorsch, 1996); Taylor (1989) benennt als Kriterien die Fähigkeit zum Glücklichein bzw. zum relativen Zufriedensein. Becker (1986) unterscheidet darüber hinaus seelische Gesundheit als momentanen Zustand (state) von einer relativ stabilen Eigenschaft (trait) mit den Komponenten „Regulationskompetenzen“, „Selbstaktualisierung“ und „Sinnfindung“.

In Bezug auf **Psychische Erkrankung bzw. Störung** wird häufig durch Symptome eine Abgrenzung von der Norm vorgenommen, wobei diese Eingrenzung eher unscharf ist (Dorsch, 1996). Komponenten wie persönliches Leid, Abweichung von der Norm, psychische

Funktionsbeeinträchtigung/Behinderung sowie Selbst- oder Fremdgefährdung und Unabhängigkeit von der Ätiologie der Störung finden häufig Berücksichtigung (Becker, 1997; Amelang & Zielinski, 2002). Die Bundespsychotherapeutenkammer (2009a) stellt außerdem als typische Eigenschaften von psychischen Erkrankungen, die verbindlich nach ICD-10 diagnostiziert werden müssen, eingeschränkte willentliche Steuerung, längere Dauer, Leidensdruck, Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens und zum Teil auch Suizidgefahr heraus. Die häufigsten Diagnosen sind Angststörungen (9 %), affektive Störungen, insbesondere Depression, (6,3 %) und somatoforme Störungen (7,5 %). Die weite Verbreitung dieser genannten psychischen Erkrankungen von insgesamt 17,3 % (Vier-Wochen-Querschnittsprävalenz) konnte im Rahmen des Bundesgesundheits surveys in einer epidemiologischen Untersuchung festgestellt werden. Frauen waren häufiger von diesen Erkrankungen betroffen, bzgl. der Altersgruppen fanden sich keine Unterschiede (Wittchen et al., 1999). In Bezug auf das gesamte Spektrum gesehen, erkrankt ca. jeder dritte Erwachsene (ca. 16.000.000 Menschen) in Deutschland innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung (Bundesgesundheits survey 2004, zitiert nach Bundespsychotherapeutenkammer 2009a).

4.2 Zusammenhänge zwischen Vertrauensriais und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit

Die Ausprägung der drei Komponenten der Vertrauensriais „Selbstvertrauen“, „Vertrauen in die Zukunft“ und „interpersonales Vertrauen“ stellt in Bezug auf psychische Störungen sowohl Resilienz- als auch Vulnerabilitätsfaktoren dar (Krampen, 1997a; Krampen & Hank, 2004a). Beck et al. (1999) postulieren im kognitiven Modell der Depression neben stabilen kognitiven Schemata und fehlerhafter Informationsverarbeitung die Annahme einer *negativen kognitiven Triade*: 1. Der depressive Patient beurteilt sich *selbst* als fehlerhaft, unzulänglich und neigt dazu, Unangenehmes internal zu attribuieren, sich für wertlos zu halten und sich zu unterschätzen. 2. In den Interaktionen mit seiner *belebten und unbelebten Umwelt* sieht der Depressive überhöhte Anforderungen, Enttäuschungen, Hindernisse und Versagungen, die ihm in den Weg gestellt werden. 3. In Bezug auf seine *Zukunft* erwartet der depressive Patient, dass seine Probleme fortbestehen und unlösbar bleiben; er geht von fortgesetzten Misserfolgen und Benachteiligungen aus. Diese negative kognitive Triade (Beck 1970; et al. 1999) im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung stellt die Vertrauensriais in ihrer negativen Form dar, nämlich dem *Fehlen von Vertrauen* in

sich selbst, die Umwelt und die Zukunft: Die negative Sicht der drei Bereiche mit Hoffnungslosigkeit, Pessimismus und mangelnder Selbstachtung stellt nach Beck et al. (1999) wesentliche Vulnerabilitätsfaktoren für eine Depression dar. „De facto ist die Vertrauens-Triade damit eine salutogenetische Ergänzung der von Beck et al. (1999) beschriebenen depressiven Triade“ (Krampen & Hank, 2004a, S. 675). Eine optimistische Grundhaltung mit Vertrauen in die Zukunft, die Erwartung, selbst Einfluss auf den Ausgang eines Geschehens nehmen zu können und soziales Vertrauen sind Ressourcen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit. Dies findet sich auch bei Becker (1991, S. 27) der das Konzept der „positiven Triade [als] positive Einstellung zur eigenen Person (Selbstachtung, hohes Selbstwertgefühl), zur Umwelt (Bejahung der Umwelt, Liebesfähigkeit) und zur Zukunft (Optimismus)“ beschreibt und einen gleichgerichteten Zusammenhang zwischen dieser positiven Triade und seelischer Gesundheit fand (Becker, 1991; 1994). Ebenso beschrieben wird diese Dreiteilung in Kognitionen über sich, die Welt und die Zukunft von Taylor (1989) bei ihrer systematischen Vorstellung der „positiven Illusionen“. Auch von Taylor und Brown (1988) wird postuliert, dass psychisch unbelastete Menschen ihre Umwelt, ihre Zukunft und eigene Kontrollmöglichkeiten etwas positiver wahrnehmen, als sie tatsächlich sind. Diese Realitätsverzerrungen, die psychisch Gesunde im Vergleich mit leicht Depressiven empirisch aufwiesen, erleichtern wiederum die Bewältigung von Schwierigkeiten im Alltag und sind mit anderen Aspekten psychischer Gesundheit – wie z. B. der Fähigkeit zu Prosozialität, der zu Glück und Zufriedenheit und der zu Beschäftigung mit produktiver, kreativer Arbeit – verknüpft. Seelische Gesundheit hängt nach Taylor (1989) mit der Begabung eines Menschen zusammen, bedrohliche Informationen aus dem Bewusstsein zu verdrängen und ein verzerrtes Bild von sich selbst, seiner Umwelt und der Zukunft zu entwickeln. Bestandteile psychischen Wohlbefindens sind hiernach positives Denken und die Gestaltung einer Wirklichkeit, in der es sich gut leben lässt. Schwarzer (1993b, S. 201) betont in diesem Zusammenhang jedoch nochmals die Grenzen, in denen sich solche positiven Illusionen bewegen: Ein zu großes Ausmaß „kann blind machen oder zu Mißerfolg führen, zu wenig davon bremst den Handlungsfortschritt und behindert persönliches Wachstum.“

In einer breit angelegten Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden u. a. entsprechende Schutz- und Risikofaktoren im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung untersucht (Ravens-Sieberer et al. 2002; 2007; Erhart et al., 2007). Dabei wird davon ausgegangen, „dass Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen eingesetzt werden und somit die Wirkung von Risikofaktoren moderieren oder abpuffern“ und somit zu

Schutzfaktoren werden. (Ravens-Sieberer et al., 2002). Hypothesenkonform gehörten zu den Resilienzfaktoren, die bei psychisch gesunden im Vergleich zu psychisch kranken Kindern gehäuft auftraten, u. a. allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, dispositioneller Optimismus und elterliche Unterstützung, was ebenfalls für den Zusammenhang zwischen Vertrauensrias und seelischer Gesundheit spricht. Auch Krampen (1997a) belegt in verschiedenen Studien den Stellenwert der Vertrauensrias für psychosoziale Belastung und Krankheit.

Scheuerer-Englisch und Zimmermann (1997, S. 28) fassen unter Bezugnahme auf Bowlby, (1988) zusammen: „Die Bindungstheorie legt weiter nahe, dass die Entwicklung von Vertrauen in andere, sich selbst und die Umwelt ein elementares Bedürfnis des Menschen und die Grundlage für die Entwicklung einer stabilen gesunden Persönlichkeit darstellen“. Weber (2002) zählt Optimismus und Selbstwirksamkeit ebenso zu den personalen Ressourcen, die insbesondere bei Gefährdung der Gesundheit durch Belastung und Krankheit gesundheitsförderlich wirken.

An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass die Vertrauensrias bereits in unterschiedlichen Kontexten mit psychischer bzw. seelischer Gesundheit in Verbindung gebracht wurde. Im folgenden Kapitel werden die einzelnen Komponenten und ihre Aus- und Wechselwirkungen auf spezifische Störungsbilder beleuchtet.

4.3 Zusammenhänge von Vertrauensaspekten mit einzelnen Störungsbildern

Schaut man sich die einzelnen Aspekte der Vertrauensrias an, so ist anzunehmen, dass ihr Fehlen bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Störungen eine unterschiedlich große Rolle spielt und ihr Vorhandensein wiederum als Resilienzfaktor dienen kann. Auch Kampen und Hank (2004a) vermuten Zusammenhänge von Beeinträchtigungen der Vertrauenskomponenten mit Entstehung und Aufrechterhaltung von spezifischen psychischen Störungen. „Diese Hypothesen bleiben vor allem deswegen zu prüfen, weil ihnen eine erhebliche Bedeutung für die differenzielle und adaptive Indikation spezifischer psychotherapeutischer Maßnahmen im Einzelfall zukommen kann“ (Krampen & Hank, 2004a, S. 676). Auch Becker (1994) geht davon aus, dass je nach Situation, in der sich eine Person befindet, unterschiedliche Aspekte von Vertrauen relevant für die seelische Gesundheit werden. So

unterscheidet er Situationen, in denen (a) Hilfe und Unterstützung durch andere notwendig sind (interpersonales Vertrauen ist hilfreich), (b) eigenes aktives Handeln erfordert wird (Selbstvertrauen ist günstig) und (c) weder eigenes Handeln noch das anderer zielführend ist (Vertrauen in die Zukunft ist hilfreich).

Im Weiteren werden in der Literatur zu findende Schutzfunktionen der Vertrauensaspekte und Zusammenhänge zu einzelnen Störungsbildern bei deren Mangel aufgezeigt.

4.3.1 Vertrauen in sich selbst und psychische Störung

In seinem Konzept der Salutogenese bringt Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl – als Vertrauen darauf, dass die Geschehnisse vorhersagbar, bewältigbar und bedeutsam sind – mit seelischer Gesundheit in Zusammenhang: „Das Kohärenzgefühl [ist] eine Hauptdeterminante sowohl dafür [...], welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, daß man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt.“ (Antonovsky, 1997, S. 33). Dieses Kohärenzgefühl ist eng verwandt mit generalisierter Selbstwirksamkeitserwartung: Es wird als dispositionelle personale Bewältigungsressource aufgefasst, die durch Lebenserfahrung gewonnene generalisierte Widerstandsfaktoren umfasst, zu denen z. B. auch Bewältigungsstrategien und Kontrollüberzeugungen gehören. Bezüge gibt es allerdings ferner zu Optimismus (vgl. Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000; Bengel, 2002; Schumacher, 2002). Auch Bender & Lösel (1998) ziehen in ihrer Abhandlung über protektive Faktoren bezüglich psychisch gesunder Entwicklung junger Menschen verschiedene Studien heran, die Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit sowie geringe Hilflosigkeit bei resilienten Jugendlichen finden. So wurde beispielsweise die Entwicklung von Jugendlichen aus einem besonders risikohaften „Multiproblem-Milieu“ untersucht und hier die resilienten mit den auffälligen verglichen. Selbstkonzept, Selbstvertrauen/Selbstwirksamkeit und sichere emotionale Bindung erwiesen sich (neben weiteren Faktoren) als Schutzfunktionen, wobei wichtig ist, dass die vorliegenden Korrelationsstudien keine Aussage über die Wirkrichtung zulassen (Lösel & Bliesener, 1990; Lösel & Bender, 1996; Bender & Lösel, 1998). Schwenkmezger (1994, S. 55) sieht Selbstvertrauen ebenfalls als Resilienzfaktor: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen „beschreiben die Tendenz, in Bedrohungssituationen planvoll kontrolliert und erfolgreich zu handeln und stellen deshalb eine personspezifische Bewältigungsressource dar.“ Auch Schwarzer (1996,

S. 23) schreibt: „Eine leichte Überschätzung der eigenen Kompetenz dürfte generell hilfreich bei der Lebensbewältigung sein, eine starke Überschätzung dagegen ist mit derart unrealistischen Situationseinschätzungen verbunden, daß es zu Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen kommen muß, was wiederum auf Dauer neue Probleme nach sich zieht.“ Ebenso bringt Bierhoff (2006) Allmachtsphantasien und Realitätsverlust als extreme Ausprägung mit psychopathologischen Problemen – also dem Gegenteil von psychischer Gesundheit – in Zusammenhang. Letzteres stellt ebenfalls einen interessanten Aspekt dar, soll aber in dieser Studie nicht weiter berücksichtigt werden.

Im Folgenden wird auf in der Literatur zu findende Zusammenhänge zwischen einzelnen Störungsbildern und Selbstvertrauen eingegangen, die *zusammenfassend* Korrelationen zwischen niedriger Ausprägung im Selbstvertrauen und Depressionen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, somatoformen/Schmerzstörungen, Essstörungen sowie Suchterkrankungen nahe legen.

4.3.1.1 Depression und Selbstvertrauen

Obwohl in den neueren Klassifikationssystemen die Unterscheidung zwischen reaktiver und endogener Depression nicht mehr getroffen wird, so ist gerade bei Depressionen, die konkrete Auslöser haben, ein Zusammenhang zu niedrigem Selbstvertrauen zu vermuten: Generalisiertes Selbstwirksamkeitserleben wird verstanden als Bewältigungsressource, die sich auf Stresssituationen und ihr Erleben positiv auswirken und somit der Entwicklung einer Depression vorbeugen kann (vgl. Schwarzer, 1994a; Weber, 2002). In verschiedenen Studien wird ein positiver Zusammenhang von Selbstvertrauen mit Selbstwertgefühl, Optimismus, Leistungsmotivation, internaler Kontrolle und auch Lebenszufriedenheit auf der einen Seite sowie eine negative Korrelation mit Depressivität, Einsamkeit, Hilflosigkeit, Angst, Schüchternheit, Neurotizismus und Pessimismus auf der anderen Seite empirisch festgestellt (Schwarzer, 1993b; 1994a; 1994b; Luszczynska & Schwarzer, 2005). Unterstützt werden diese Befunde durch Studien, die einen stark negativen Zusammenhang zwischen dem mit Selbstvertrauen verwandten Kohärenzgefühl und Depressivität sowie Ängstlichkeit belegen (Bengel, 2002). Da es sich um Korrelationsstudien handelt, bleibt hier jedoch die Richtung des Zusammenhangs unklar.

Ruholl (2007) ging der Fragestellung nach, ob Selbstwirksamkeitserwartungen und verschiedene Diagnosen bei psychisch erkrankten Patienten in einem Zusammenhang stehen und ob Selbstvertrauen durch Behandlung auf einer psychosomatischen Station gesteigert werden kann. In dieser Studie mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten konnte eine Korrelation zwischen Depression, Ängsten und Essstörungen auf der einen Seite und mangelnder genereller Selbstwirksamkeitserwartung auf der anderen Seite nachgewiesen werden, wobei sich letztere außerdem durch die Behandlung erhöhen ließ. Arnstein et al. (1999) stellen insbesondere den moderierenden Effekt von Selbstwirksamkeitserleben als Schutzfunktion für die Entwicklung einer Depression bei Schmerzpatienten heraus. Auch Kontrollüberzeugungen werden als Moderatorvariable bei der Auswirkung von kritischen Lebensereignissen auf Depression und Angsterkrankung genannt: So fanden Johnson und Sarason (1978) einen solchen Zusammenhang nur bei Personen mit externaler, nicht aber mit *internaler Kontrollüberzeugungstendenz*.

DeJong et al. (1985) untersuchten antidepressive Gedanken und deren subjektive Bewertung bei depressiven Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Die Gesunden hatten im Vergleich zu depressiv Erkrankten bei auftretenden depressiven Verstimmungen mehr Hoffnung auf wünschenswerte Veränderung in der Zukunft, Vertrauen auf sich und auf positive Aspekte der Umwelt, was der Vertrauenstrias nahe kommt. Kognitionen von Depressiven beinhalten dagegen insbesondere negative Beurteilungen der eigenen Person, die Konzentration auf Misserfolge, ein Sich-für-nicht-liebenswert-Halten und eine hoffnungslose Zukunft (Ehlers & Lühr, 1996). Dies entspricht der von Beck (1970; et al. 1999) aufgestellten Theorie einer negativen kognitiven Triade, nach der depressive Menschen wegen der durch Erfahrungen erworbenen dysfunktionalen kognitiven Schemata zu negativen Bewertungen und Erwartungen bezüglich der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft neigen. Diese dysfunktionalen Schemata tragen durch ihre Auswirkungen auf die Stimmungslage zur Aufrechterhaltung der Depression bei. Hauzinger (1988, S. 31) versteht Depression als „Resultat der Erfahrung der Nichtkontrolle über subjektiv bedeutsame Bedingungen“. Ein ungünstiger „depressiver Attributionsstil“ bzw. ein „pessimistischer Interpretationsstil“ mit internaler stabiler und globaler Interpretation negativer Vorkommnisse führt zu einer zukünftigen Misserfolgserwartung, was Hilflosigkeit, Verstärkung der Depression und Versagensangst nach sich zieht (vgl. auch Stiensmeier-Pelster & Heckhausen, 2006). Dies entspricht auch Seligmans (1999) überarbeiteter Version der Theorie der gelernten Hilflosigkeit. In verschiedenen Studien ließ sich hier ein deutlicher Zusammenhang zwischen dieser Art zu

attributionen und depressiven Symptomen nachweisen (Peterson, et al. 1985; vgl. auch Bierhoff, 2006).

Ferner wird davon ausgegangen, dass die Sicherung von Lebensqualität und präventives Handeln mit Selbstwirksamkeitserwartungen zusammenhängt: „Nur wenn jemand glaubt, eine adaptive Bewältigungshandlung zur Verfügung zu haben, wird er motiviert sein, ein Problem instrumentell anzugehen“ (Schwarzer, 1993a, S. 14). „Kompetenzerwartung erweist sich auch im gesundheitlichen Handeln als zentrale Motivationseinflußgröße, die darüber mitbestimmt, welche Handlung man auswählt, wie viel Anstrengung man investiert und wie lange man auf einer Strategie beharrt, bevor man aufgibt“ (Schwarzer & Renner 1997, S. 50). Überträgt man dies auf die übergeordnete generelle Ebene, so lässt sich auch hier bei dem Fehlen einer solchen Kompetenzerwartung ein Zusammenhang zur Depression vermuten: Eine Person, die davon ausgeht, in den meisten Bereichen durch Handeln nichts erreichen zu können, wird passiv verharren, was bei depressiven Patienten häufig zu beobachten ist. Schwierige Aufgaben, die Ausdauer und Anstrengung erfordern, werden nicht (mehr) angegangen – ein Selbstkonzept der Unfähigkeit, nämlich mangelndes Selbstvertrauen, baut sich auf: nach der ICD-10 ein Bestandteil der Depressionsdiagnose. Auch Bandura (1991) fand, dass geringe Selbstwirksamkeitserwartung mit Depressivität, geringem Selbstwertgefühl, pessimistischer Einschätzung eigener Leistung und Unterschätzung eigener Fähigkeiten – alles Bestandteile eines depressiven Syndroms – korreliert.

4.3.1.2 Angst-/Zwangsstörungen und Selbstvertrauen

Bei geringer Selbstwirksamkeitserwartung ist zu anzunehmen, dass angsterzeugende Situationen nicht aufgesucht werden, da diese nicht bewältigbar erscheinen (vgl. Ruholl, 2007). Vermeidung ist darüber hinaus eines der Diagnosekriterien der situationsgebundenen Angststörungen nach ICD-10, wie z. B. Agoraphobie, spezifische Phobien oder soziale Phobie. Bei diesen phobischen Störungen trägt nach verhaltenstherapeutischer Sichtweise gerade diese Vermeidung wiederum zur Aufrechterhaltung der jeweiligen Störung bei. Möglich wäre, dass gerade diese Kognitionen des Sich-nicht-Zutrauens (mangelndes Selbstvertrauen) in Verbindung mit dem sich daraus ergebenden Vermeidungsverhalten schrittweise zur Entstehung von phobischen Angststörungen führen: „Personen, die sich in einer Situation als inkompetent betrachten, richten ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst und überschätzen die Schwierigkeiten der

Situation. Ihr Erregungsniveau erhöht sich dadurch und ihre Leistung verschlechtert sich“ (Stadler, 1985, S. 256; vgl. auch Bandura, 1981). Hoffmann und Hofmann (2004) berichten weiterhin eine Wechselbeziehung zwischen Selbstvertrauen einerseits und Panik- und Zwangsstörungen andererseits; Krampen und Hank (2004a) nehmen sowohl einen Zusammenhang zur generalisierten Angststörung als auch zur Zwangsstörung an.

Nachgewiesen wurde, dass kognitive Verhaltenstherapie neben der Beseitigung von Panikattacken und der Reduktion von agoraphobischem Vermeidungsverhalten auch die Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Bewältigung künftiger Panikattacken steigern konnte (Ollendick, 1995). Hoffart (1995) wies die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartungen zur Vorhersage von situationaler Angst bei Agoraphobie nach: Sie stellen hier einen kognitiven Mediator dar, der auch für die Vorhersage von Therapieerfolg eine Rolle spielt.

Eine der kognitiven Auffälligkeiten bei Patienten mit Angststörungen ist die Überschätzung der Gefahr, die von Situationen oder Objekten ausgeht (Ehlers & Lühr, 1996). Nach Banduras (1977) self-efficacy-Modell müsste gerade die subjektiv wahrgenommene Gefahr bei Angststörungen ein Effekt geringer Selbstwirksamkeitserwartung sein (Casey et al., 2004). Mit dieser Hypothese konform ist der Befund, dass umgekehrt Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung weniger Angst in bedrohlichen Situationen empfinden (Weber, 1994). Bandura (1991) fand, dass Menschen mit höherer ängstlicher Besorgtheit über weniger Selbstwirksamkeitserwartungen verfügen als weniger ängstliche. Ferner konnten Zusammenhänge zwischen Angststörungen und Selbstvertrauen in verschiedenen empirischen Studien nachgewiesen werden (Jerusalem & Schwarzer, 1989; Schwarzer, 1993; 1994a; 1994b; Bengel, 2002; Luszczynska & Schwarzer, 2005; Ruholl, 2007).

4.3.1.3 Anpassungs- und Belastungsstörung und Selbstvertrauen

Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung stellt eine wichtige persönliche Ressource dar, die weniger verwundbar gegenüber Belastungen macht (Schwarzer, 1993a; 1996; 2002). Die Rolle von Selbstvertrauen als eine personale Ressource zur Vorhersage von seelischer Gesundheit wird in einer Studie von Holahan und Moos (1990) belegt, wobei der Zusammenhang bei starker Belastung über das Copingverhalten (Approach Coping) vermittelt wird. Jerusalem und Schwarzer (1989) untersuchten in einer Langzeitstudie den Einfluss des

Selbstkonzepts (operationalisiert über Selbstwert und Selbstwirksamkeit) als personale Variable auf Bewältigungstendenzen. Hierbei fanden sie einen positiven Effekt des Selbstkonzepts auf problemorientierte Bewältigungstendenzen und einen negativen – vermittelt über Stresserleben – auf emotionsorientierte. Weiterhin fanden sie einen negativen Einfluss auf Stresserleben und Ängstlichkeit. Ein positives Selbstkonzept wirkt somit als personale Ressource, ein negatives kann mit erhöhtem Stress- und Überforderungserleben sowie Angst in Verbindung gebracht werden.

Aufgrund dieser Studien ist ein Zusammenhang zwischen geringem Selbstvertrauen und der Anpassungsstörung anzunehmen, da deren Symptome laut Definition nach einem belastenden Lebensereignis auftreten, wobei die individuelle Disposition oder Vulnerabilität eine Rolle spielt (vgl. ICD-10). Ist Selbstvertrauen als protektiver Faktor nicht vorhanden, ist die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer solchen psychischen Störung bei Belastung höher, lautet somit die Annahme. Auch Bengel und Hubert (2009) nennen geringes Selbstvertrauen als Risikofaktor für die Entwicklung einer Anpassungsstörung.

4.3.1.4 Suchterkrankung und Selbstvertrauen

Bezüglich Suchterkrankungen ist zu vermuten, dass Patienten, die eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung haben, dies auch in Bezug auf ihr Durchhaltevermögen bei der Abstinenz den Suchtmitteln gegenüber aufweisen (vgl. auch Ruholl, 2007). Wenn „nach einer [...] Phase der Abstinenz eine Belastungssituation [auftritt], [...] in der Alkohol vorhanden [...] ist und in der keine Handlungsalternative (geringe Selbstwirksamkeitserwartung) außer Alkoholkonsum zur Bewältigung der Situation (alkoholspezifische Handlungs-Ergebnis-Erwartung) subjektiv verfügbar ist“, so kommt es zur Abstinenzverletzung (Krampen & Fischer, 1988, S. 106). Ein großer Einfluss von Selbstwirksamkeitserleben wird insbesondere im Zusammenhang mit Rückfällen in ein dauerhaftes Suchtverhalten, z. B. Alkoholismus in Hochrisikosituationen beschrieben (vgl. Krampen & Fischer, 1988; Keller, 2002; Rumpf et al., 2002; Johann et al., 2003). Somit spielt der Aufbau von Selbstvertrauen bei dem Erhalt dauerhafter Abstinenz als Zutrauen in die eigene Fähigkeit, dem Suchtmittel widerstehen zu können, eine wesentliche Rolle. Schindler und Körkel (1994) untersuchten die Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger und empfehlen dementsprechend als zentrales Therapieziel die Stärkung von Selbstvertrauen, da davon ausgegangen wird, dass damit die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls reduziert wird. Auch Schwarzer (2002) benennt die

Selbstwirksamkeitserwartung als eine wichtige Ressource (von mehreren) in Versuchungssituationen wie z. B. beim Widerstehen gegenüber Alkohol oder Drogen. Keller (2002) konnte dementsprechend eine höhere Rückfallquote bei Alkoholabhängigen mit geringerem Selbstvertrauen feststellen im Vergleich mit solchen, die eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen; auch Johann et al. (2003) bestätigten einen positiven Einfluss von Selbstvertrauen in Bezug auf die dauerhafte Abstinenz.

4.3.1.5 Somatoforme Schmerzstörung/chronischer Schmerz und Selbstvertrauen

Zwischen mangelndem Selbstvertrauen und einer Schmerzstörung ist ein Zusammenhang zu erwarten, denn Personen mit einem höheren Selbstvertrauen sind eher in der Lage, Schmerzen zu ertragen (Schwarzer, 2002). „Der kognitiv-behaviorale Ansatz geht davon aus, dass bei chronischem Schmerz geringe Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit dem Schmerz auftreten und zu Hilflosigkeit und Passivität führen. Dies trägt zur Aufrechterhaltung der Chronifizierung bei, da Patienten keine ausreichenden Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln und einsetzen.“ (Schneider & Rief, 2007, S. 47). Daher wäre die Entwicklung einer somatoformen (Schmerz-)Störung möglich. Die Förderung des Selbstvertrauens ergibt sich hieraus als wesentliches Therapieziel bei chronischen Schmerzen. Zu diesem Schluss kam auch Schneider (2006), die bei Patienten mit der Hauptdiagnose somatoforme Schmerzstörung einen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und sozialmedizinischem Status (Rentenbegehren, Rentenbedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Schmerzchronifizierungsstadium) feststellen konnte.

4.3.1.6 Essstörungen und Selbstvertrauen

Der Zusammenhang von niedrigem Selbstvertrauen und Essstörungen wurde ebenfalls untersucht, wobei Bardone-Cone (2006) sowie Herpertz und Senf (2003) ausschließlich über bulimische bzw. „psychogen“ adipöse (binge-eating-disorder) Patienten berichteten: Mangelndes Selbstwirksamkeitserleben ist mit der Erfahrung in Verbindung zu bringen, dass sich trotz (oder gerade wegen) Diäten und vermehrter Anstrengung kein dauerhafter Gewichtsverlust einstellt, sondern im Gegenteil es häufig zu Gewichtszunahmen kommt, die das

Ausgangsgewicht vor der Maßnahme noch übertreffen, was auch als „Jo-Jo-Effekt“ bezeichnet wird (Herpertz & Senf, 2003). Der Patient stellt fest, dass die ihm zur Verfügung stehenden Interventionen (z. B. Diäten, gewichtszügelnde Maßnahmen) nicht zum erwünschten Erfolg (dauerhafte Gewichtsreduktion) führen (Kontrollüberzeugung); dem unwiderstehlichen Verlangen nach Essen (Craving) kann nicht widerstanden werden (Selbstkonzept eigener Fähigkeiten: die Handlung (bzw. in diesem Falle eher die Nicht-Handlung) kann nicht ausgeführt werden). Das Erleben von Insuffizienz trägt weiter zur Aufrechterhaltung der Störung bei, die oft im engen Zusammenhang mit der Regulation unangenehmer Emotionen steht. Bardone-Cone et al. (2006) konnten in einer Langzeitstudie zeigen, dass geringes Selbstvertrauen (in Interaktion mit weiteren Faktoren wie hohem Perfektionismus und der Selbstwahrnehmung als übergewichtig) geeignet ist, um Binge-Eating vorherzusagen; auch Ruholl (2007) fand einen negativen Zusammenhang zwischen Selbstvertrauen und Essstörungen. Herpertz und Senf (2003, S. 1373) empfehlen zum Erreichen einer Langzeit-Gewichtsstabilisierung bei psychogener Adipositas/Binge-Eating-Disorder (ICD-10: F50.3 atypische Bulimia nervosa; F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen) u. a. die Steigerung von Selbstvertrauen: „Diätverhalten mag hier als Versuch angesehen werden, die Kontrolle über das Essverhalten zurückzugewinnen. [...] Gerade zu hohen Erwartungen im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion dieser Patienten ist frühzeitig zu begegnen, um die Kaskade von Essanfall, Erleben eigener Insuffizienz, depressiver Stimmung und schließlich Selbstaufgabe frühzeitig unterbrechen zu können.“ Auch Schwarzer (2002) beschrieb den positiven Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartung auf das Durchhaltevermögen bei sich selbst auferlegten Diäten und Fitnessprogrammen.

Bei der Anorexia nervosa müsste sich das zugrunde liegende Bedingungsmodell von dem beschriebenen unterscheiden, da gerade hier von den Betroffenen ein deutliches Ausmaß an Kontrolle über ihr Gewicht durch das Essverhalten erfahren wird: Hier wäre – zumindest bezogen auf Essen und Gewicht – bereichsspezifisch ein hohes Selbstvertrauen zu erwarten. Dennoch kann im Rahmen einer Körperschemastörung – die als überwertige Idee, zu dick zu sein (obwohl dies objektiv nicht der Fall ist) nach der ICD-10 häufig eine Rolle spielt – niedriges Selbstwirksamkeitserleben einen Einfluss ausüben, da subjektiv das Ziel, wirklich dünn genug zu sein, nie erreicht wird. Außerdem wird die Anorexie als Kompensationsversuch für Probleme in anderen Bereichen gesehen, die weniger leicht für die Patienten kontrollierbar sind (vgl. Jacobi et al., 2004). Anzunehmen wäre hier, dass die generelle Selbstwirksamkeitserwartung niedrig ist, die bereichsspezifische, auf das Essen bezogene, jedoch hoch sein kann.

4.3.1.7 Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Selbstvertrauen

Lasar (1997) untersuchte in einer Studie mit akut schizophrenen Patienten ($n = 50$) deren kognitive Handlungsbewertungen: Es zeigte sich eine generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung, die im Vergleich mit der Eichstichprobe des eingesetzten Verfahrens noch im Normbereich liegt (FKK-SKI: PR = 40; vgl. Krampen, 1991). Daher ist davon auszugehen, dass sich in Bezug auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis *kein* Zusammenhang zu niedrigem Selbstvertrauen herstellen lässt.

4.3.2 Vertrauen in die Zukunft und psychische Störung

Vertrauen in die Zukunft bzw. Optimismus ist eine wesentliche personelle Ressource für die seelische Gesundheit (zusammenfassend: Schröder, 1997; Renner, 2002). Ebenso scheint Hoffnung einen Einfluss auf die Bewältigung kritischer Lebensereignisse zu haben, was wiederum für eine Vergesellschaftung mit psychischer Gesundheit spricht. Optimismus wird als Persönlichkeitsmerkmal verstanden, welches in Verbindung mit psychischem Wohlbefinden als Mediator fungiert. So konnten in verschiedenen Studien Unterschiede zwischen Optimisten und Pessimisten in Bezug auf Gesundheitsvariablen gefunden werden, die zum Teil auf Unterschiede in deren Copingstrategien zurückzuführen sind (vgl. Scheier & Carver, 1985; 1987; Scheier et al., 1986; Carver et al., 1989). Dieser Zusammenhang zwischen Hoffnungslosigkeit und Krankheit beschränkt sich allerdings nicht nur auf psychisch Erkrankte, sondern konnte auch bei somatischen Erkrankungen nachgewiesen werden (Krampen, 1986). Auch Eisner (1995) findet Korrelationen von Optimismus und psychischem sowie physischem Wohlbefinden.

Pessimisten und Optimisten unterscheiden sich in ihren Stressbewältigungsstrategien, was wiederum Auswirkungen mit sich bringt: Carver und Scheier (1987) zeigten, dass dispositioneller Optimismus negativ mit Berichten über körperliche Beschwerden korreliert, der objektive physische Gesundheitszustand jedoch nicht den Optimismusgrad vorhersagen kann. Bei der Genesung Herzkranker konnten in einer Langzeitstudie allerdings positive Resultate bei Optimisten festgestellt werden, die durch die Art ihrer Copingstrategie und damit einhergehend durch Verhaltensunterschiede mitbestimmt wurden: Im Gegensatz zu

Pessimisten machten Optimisten schon vor der Operation Pläne, setzten sich Ziele für danach und versuchten, im Anschluss Gedanken an Symptome zu unterdrücken und sich zu informieren. Einher gingen letztendlich nach fünf Jahren u. a. höhere Lebensqualität, mehr Aktivität sowie weniger Schmerzen (Scheier & Carver, 1992). Abele (1991, S. 310) folgert aus einer Studie von Smith et al. (1989), die eine hoch negative Korrelation zwischen dispositionellem Optimismus und Neurotizismus fanden, dass „'Optimismus' zumindest eine Facette des habituellen Wohlbefindens ist.“ Andere Autoren (z. B. Schwarzer, 1996; Hoyer, 2000) zweifeln in diesem Zusammenhang an, dass Optimismus und Gesundheit unabhängige Konstrukte sind. Für Optimismus mit state-Charakter und psychischer Auffälligkeit finden Schmidt et al. (1998) allerdings eine relative Unabhängigkeit; außerdem erscheint eine theoretische Einordnung des Konstrukts wie es das HPP vornimmt, erforderlich.

Weber et al. (2008) konnten in ihren Experimenten nicht feststellen, dass Optimisten tatsächlich mehr soziale Unterstützung erfahren als Pessimisten. Die subjektive Wahrnehmung der sozialen Unterstützung unterliegt jedoch ebenfalls einem optimistischen Bias, was sich wiederum förderlich auf die seelische Gesundheit auswirken kann, denn in einer weiteren Studie konnte ein negativer Zusammenhang zwischen als ungenügend erlebter sozialer Unterstützung (im Vergleich zur erwünschten) und seelischer Gesundheit nachgewiesen werden (Weber et al., 2008).

In der Gerechte-Welt-Glaube-Forschung nach dem Konzept von Lerner (1980) geht es um die Untersuchung der interindividuell verschiedenen Neigung von Menschen zu glauben, dass jeder das bekommt, was er verdient und das verdient, was er bekommt. Durch einen solchen Glauben wird die eigene Zukunft vorhersehbar und kontrollierbar (Schneider, 1988). Dieses Konzept des Gerechte-Welt-Glaubens ist verwandt mit Vertrauen in die Zukunft sowie in die Umwelt (in dem Sinne, dass ohne Zutun auf Gerechtigkeit vertraut wird) und hat gesundheitspsychologische Auswirkungen: „Ebenso wie andere positive Illusionen sollte auch der Glaube an eine geordnete und gerechte Welt der Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit dienen“ (Dalbert, 1998, S. 21).

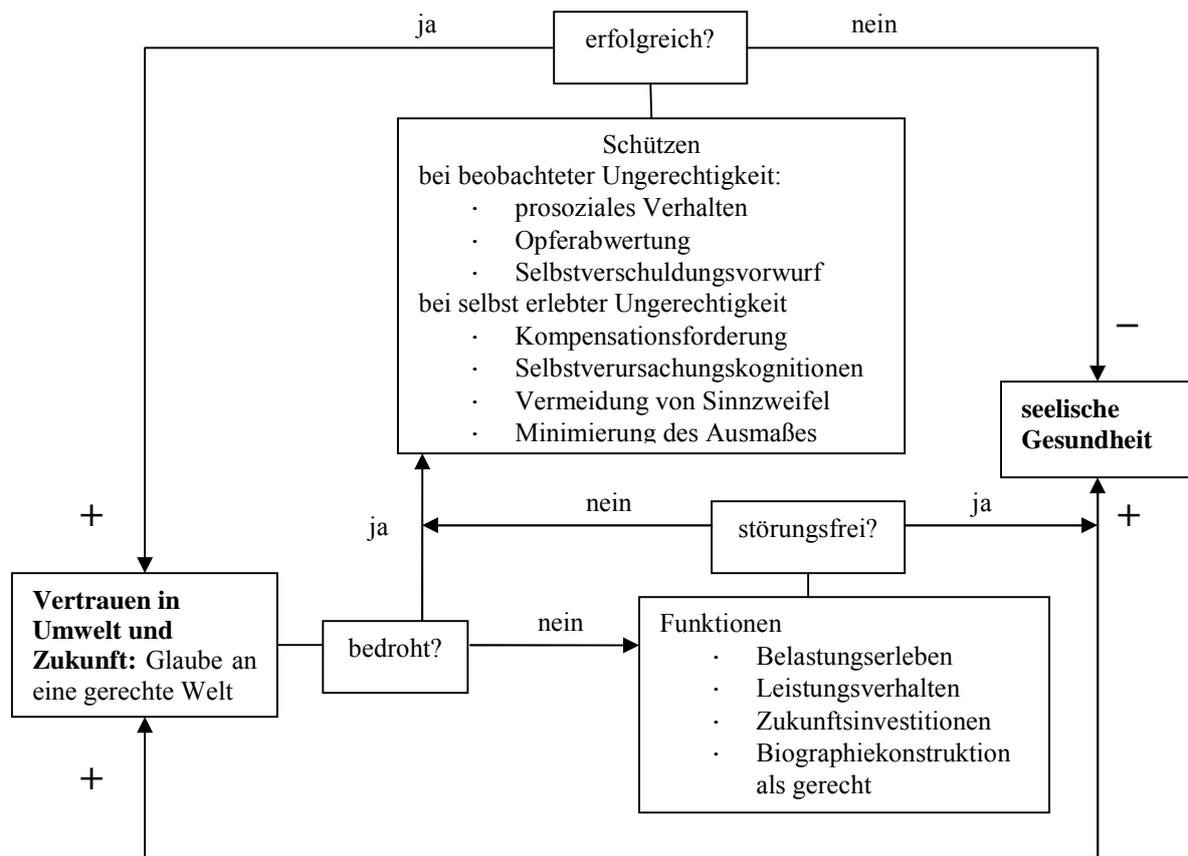


ABBILDUNG 4.1: DAS GERECHTIGKEITSMOTIV (MODIFIZIERT NACH DAHLBERG, 1998, S. 30; VERTRAUEN IN UMWELT UND ZUKUNFT HINZUGEFÜGT)

Solche Zusammenhänge zwischen dem Glauben an eine gerechte Welt und seelischer Gesundheit konnten auch empirisch nachgewiesen werden: Eine hohe Ausprägung des Gerechtigkeitsmotivs korreliert positiv mit allgemeiner Lebenszufriedenheit, Belastungen werden eher als Herausforderungen angesehen, indem die Auseinandersetzung damit als Investition in die eigene Zukunft gewertet wird. Umgekehrt ist der Zusammenhang jedoch nicht so deutlich: Gerade bei objektiv belasteten Personen findet sich keine direkte Beziehung zwischen Gerechte-Welt-Glaube und Depressionsindikatoren, was Dalbert (1998) zu Überlegungen bezüglich Vermittlervariablen bewogen hat, die in Abbildung 4.1 verdeutlicht werden: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Umwelt und Zukunft (im Sinnes des Glaubens an einen gerechte Welt) und seelischer Gesundheit, der auch in verschiedenen Studien nachgewiesen wurde (vgl. Dahlberg, 1998). Die Auswirkung des Gerechte-Welt-Glaubens auf den negativen Pol von seelischer Gesundheit, d. h. auf psychische Krankheit, wird jedoch vermittelt über das Scheitern des Versuchs, dieses Vertrauen durch verschiedene Mechanismen, wie z. B. Opferabwertung oder Vermeidung von Sinnzweifeln, zu schützen.

Auch Otto et al. (2006) wiesen nach, dass der Glaube an eine Gerechte-Welt die seelische Gesundheit fördert: So konnte in einer kontrollierten Studie zu psychischen Erkrankungen bei Flutopfern gezeigt werden, dass ein hoher persönlicher¹¹ Gerechte-Welt-Glaube negativ mit Angst, Depression und psychischer Belastung zusammenhängt, keine Korrelation gab es jedoch zur posttraumatischen Belastungsstörung.

Mit Hoffnungslosigkeit als Bestandteil einzelner Störungsbilder befassen sich die nächsten Abschnitte. Es findet sich *zusammenfassend* in der Literatur, dass eine Verbindung zu Depression und zu Angst-/Zwangsstörungen anzunehmen ist.

4.3.2.1 Depression und Zukunftsvertrauen

Eines der Bestimmungsstücke von Depression nach ICD-10 ist die negative Sicht der Zukunft, die Hoffnungslosigkeit (Dilling, 2000; vgl. auch Klauer, 2002); von daher liegt nahe, hier einen Zusammenhang zu vermuten (Hauzinger, 2003; vgl. auch Kampen & Hank, 2004a). So nimmt Plattner (1988) an, dass ausgeprägte Hoffnungslosigkeit den Schweregrad einer Krise und die Eintretenswahrscheinlichkeit einer solchen erhöhen kann. Im Vertrauen auf die Zukunft wird entsprechend ein Bewältigungsfaktor in Krisensituationen gesehen, in dem Sinne, dass das „psychische Gleichgewicht“ durch den Vergleich der belastenden gegenwärtigen Situation mit der besseren Zukunft wiederhergestellt werden kann. „Hoffnung kann durch ihre Antizipation eines Besseren und durch ihre Zukunftsgerichtetheit verhindern, daß im gegenwärtigen Belastungserleben die Ziel- und Handlungsbezogenheit verloren geht, wodurch gleichzeitig ein Übergang in Krise oder schwerer psychische Störung wie Depression erschwert und möglicherweise verhindert wird.“ (Plattner, 1988, S. 465). Optimismus kann einerseits aktives Coping fördern, andererseits Krisen leichter ertragen lassen. Pessimisten sind aufgrund der Tatsache, dass sie die Realisierung ihrer Ziele für unwahrscheinlich halten und dadurch weniger erfolgreiche Bewältigungsstrategien einsetzen, einem höheren Depressionsrisiko ausgesetzt (Klauer, 2002).

¹¹ Otto et al. (2006) unterscheiden hier generellen („die Welt ist ein gerechter Ort“) und persönlichen („die Ereignisse in meinem Leben sind gerecht“) Gerechte-Welt-Glauben

Im Zusammenhang mit dem HPP formuliert Krampen (1997a), indem er die Veränderungen zweiter Ordnung nach Smedslund (1988) einbezieht, dass Hoffnungslosigkeit durch die Aufgabe bestehender Ziele bei gleichzeitiger Unterlassung neuer Zielsetzungen entsteht. Diese Resignation bringt er mit depressiven Störungen in Verbindung, was auch die Passivität, die sich häufig im Rahmen von Depressionen zeigt, erklärt. Optimisten hingegen setzen ihr Bemühen auch dann fort, wenn es schwierig wird, und setzen adaptives Bewältigungsverhalten ein (Scheier & Carver, 1992). Ist eine Zielerreichung jedoch unwahrscheinlich, so können sich Optimisten wieder schneller von diesen Zielen lösen und sich neuen zuwenden (Renner, 2002).

Zusammenhänge zwischen depressiven Störungen und der Bewertung der Zukunft als hoffnungslos konnten verschiedentlich belegt werden (deJong et al., 1985; Schwarzer, 1994b; Ehlers & Lühr, 1996; Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000). Auch Krampen (1979) findet in einer Untersuchung deutliche Unterschiede in der Ausprägung von Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten im Vergleich zu Gesunden, wobei hier insbesondere Patienten mit einer Depressionsdiagnose niedrige Werte in der Skala hatten, was bedeutet, dass sie besonders hoffnungslos waren.

4.3.2.2 Angst-/Zwangsstörungen und Zukunftsvertrauen

Scheier et al. (1986) untersuchten, wie sich Optimisten und Pessimisten in ihren Bewältigungsstrategien unterscheiden und fanden dabei einen Zusammenhang zwischen dispositionalem Optimismus auf der einen und problemorientierter Bewältigungsstrategie, Ersuchen von Unterstützung und Fokussierung positiver Aspekte in Stresssituationen auf der anderen Seite. Dispositionaler Pessimismus hingegen war korreliert mit Vermeidung und Verleugnung als Copingmechanismus, Betonung stressbezogener Emotionen und Aufgabe von Zielen, die durch den Stressor behindert wurden. Diese Art von Pessimisten, mit schwierigen Situationen umzugehen, gleicht der von Patienten mit Angsterkrankungen. In unkontrollierbaren Situationen wurde ferner festgestellt, dass Optimismus und Akzeptanz der Situation positiv korreliert. Dispositionaler Optimismus kann nach Scheier et al. (1986) als Prädiktor für die erfolgreiche Anpassung an Stresssituationen herangezogen werden, wobei es sich auch hier um Korrelationsstudien handelt – die Richtung des Zusammenhangs also unklar bleibt. Wieland-Eckelmann und Carver (1990, S. 172) halten hierzu fest: „Für beide

Persönlichkeitsdispositionen [(Optimismus und Pessimismus)] wurde angenommen bzw. empirisch nachgewiesen, dass sie – vermittelt über generalisierte bzw. spezifische Ergebnis-Erwartungen – das emotionale Befinden, die Fokussierung der Aufmerksamkeit (problem- vs. emotionszentriert) und den Einsatz von Bewältigungsstrategien in charakteristischer Weise beeinflussen.“ Sie fanden darüber hinaus eine geringere soziale Ängstlichkeit, höheres Selbstwertgefühl, Durchhaltevermögen und Motivation in schwierigen Situationen bei Optimisten; Pessimisten richteten außerdem ihre Aufmerksamkeit eher internal auf die Veränderung ihrer emotionalen Verfassung, wohingegen Optimisten eher external problem-orientiert adaptiv auf die äußeren Anforderungen reagieren (vgl. auch Scheier et al., 1986). Insbesondere unterschieden sich Ängstliche (Sensitive) von Nicht-Ängstlichen in Bezug auf das Zukunftsvertrauen und die Bewältigungsreaktion: Nicht-Ängstliche wiesen einen ausgeprägten Optimismus und eine stabiles Anspruchsniveau auf, woraus die Autoren eine realistische Ergebnis-Erwartung folgerten, Ängstliche hingegen neigen zu Pessimismus, Senkung des Anspruchsniveaus und negativen Ergebniserwartungen. „Pessimistische Personen achten [...] mehr auf ihre emotionalen Zuständlichkeiten und nehmen Körpersymptome in stärkerem Ausmaß wahr als optimistische Personen; sie konzentrieren sich stärker auf internale, emotionsbezogene Stimuli. Folge dieser unterschiedlichen Wahrnehmungsgewohnheiten ist auch die Wahl spezifischer Bewältigungsstrategien, die wiederum die aktuelle Befindlichkeit beeinflussen“. (Wieland-Eckelmann & Carver, 1990; S. 180). Auch Schwarzer (1994b) fand negative Zusammenhänge zwischen Optimismus und Angst.

Zwangskranke befinden sich in permanenter Alarmbereitschaft – immer auf das Schlimmste gefasst (Hoffmann & Hofman, 2004). Hieraus lässt sich die Vermutung einer Beziehung zu mangelndem Zukunftsvertrauen ableiten.

4.3.3 Vertrauen in andere und psychische Störung

Schweer (2004, S. 136) fasst in Bezug auf die Vergesellschaftung von sozialem Vertrauen und seelischer Gesundheit zusammen, dass „der Verzicht auf [interpersonales] Vertrauen [...] zwar vor Enttäuschungen schützen [mag], [...] aber mit hohen psychologischen Kosten verbunden [ist]: Die – wenn auch, rational betrachtet immer nur vermeintliche – mit dem [sozialen] Vertrauen verbundene Sicherheit führt zu Zufriedenheit und Wohlbefinden.“ Auch

Erikson (1973) postuliert einen Zusammenhang zwischen Urvertrauen und einer gesunden bzw. von Urmisstrauen und einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung. Rotter (1967) stellt an dieser Stelle die Verlässlichkeit in den Vordergrund: Eingehaltene Versprechen (positiv oder negativ) sollten zum Aufbau interpersonalen Vertrauens führen. Im Umkehrschluss kann ein Mangel an vertrauensvoller, verlässlicher Beziehung zu psychischen Problemen führen: „Inkonsistenz im Verhalten macht die Interaktionspartner unberechenbar und kann daher zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen. Das kennt man zum Beispiel bei Kindern, die von ihren Eltern für dieselbe Handlungsweise einmal belohnt und einmal bestraft werden“ (Schwarzer, 1993b). Insbesondere im Jugendalter (Zeit des Umbruchs und der Krisen) können „vertrauensvolle Beziehungen zu den relevanten Bezugspersonen [...] den Jugendlichen dabei helfen, die an sie gestellten Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen“ (Schweer, 2000, S. 285).

Rotter (1980; 1981) stellte Untersuchungen an, um Misstrauische von Vertrauensvollen zu unterscheiden. Hierbei fand er interessanterweise keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf Leichtgläubigkeit, sehr wohl aber in Bezug auf die Grundeinstellung, die sie ihren Mitmenschen entgegenbringen: Vertrauensvolle gewähren im Gegensatz zu Misstrauischen ihrem Gegenüber einen Vertrauensvorschuss, bis klar bewiesen ist, dass dieser ihn nicht verdient hat, geben anderen eher eine zweite Chance und respektieren deren Rechte; sie sind angepasster, haben weniger Konflikte mit anderen womit sie mehr Zuwendung erfahren und eher als Freund oder Partner gewählt werden (übrigens auch von Misstrauischen). Vertrauensvolle Menschen gehen positiv an Probleme heran, sind zufriedener und liebenswürdiger. Sie rufen zudem bei anderen Vertrauen hervor, gelten als zuverlässig und ehrlich, was sich wiederum auf die Gestaltung von sozialen Kontakten auswirkt. Misstrauische Menschen hingegen trauen anderen erst, wenn sie sich als würdig erwiesen haben, und ihnen selbst wird von ihrem Gegenüber – aufgrund der Reziprozität wiederum weniger Vertrauen entgegengebracht (Rotter, 1981). Dies kann zu einem Teufelskreis werden, da solche Personen weniger vertrauensvolle Erfahrungen mit ihren Sozialpartnern machen. Hinzu kommt, dass Misstrauische tatsächlich häufiger lügen und betrügen als Vertrauensvolle und damit auch weniger vertrauenswürdig sind. Die Untersuchungsergebnisse von Rotter (1980; 1981) implizieren Vulnerabilitätsfaktoren für psychische Erkrankung bei Misstrauischen beziehungsweise protektive Faktoren bei Vertrauensvollen. Beard (1982) konnte in einer Studie entsprechend zeigen, dass Personen mit höherem interpersonalem Vertrauen seelisch und körperlich gesünder waren als solche mit niedrigem.

Zusammenfassend wäre in Bezug auf einzelne Störungsbilder eine Verbindung von mangelndem interpersonalem Vertrauen und Anpassungsstörung, Angst, Suchterkrankungen sowie Schizophrenie anzunehmen. Dies wird in den nächsten Abschnitten ausgeführt.

4.3.3.1 Angst-/Zwangsstörungen und interpersonales Vertrauen

Untersuchungen der Bindungsforschung weisen auf einen Zusammenhang zwischen Angststörung und Bindungsqualität hin, da sie unsicher-ambivalente Bindung als einen von mehreren Risikofaktoren für die Entwicklung einer solchen Störung identifizieren: Unsicher-ambivalent gebundene Kinder, also solche, die ein geringer ausgeprägtes interpersonales Vertrauen in ihre Bezugsperson hatten, entwickeln in ihrer Kindheit und Adoleszenz mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Angststörung (Bernstein et al., 1996). Auch Krampen und Hank (2004a) nehmen eine Verbindung von mangelndem sozialen Vertrauen zu Angststörungen – hier insbesondere zur sozialen Phobie – an.

„Die Welt, in der Zwangskranke leben, hat jede Harmlosigkeit verloren“ (Hoffman & Hofmann, 2004, S.111). Da Zwangskranke ihrer Umwelt stets misstrauisch begegnen müssen, lässt sich weiterhin ein Zusammenhang zwischen Zwangsstörung und mangelndem interpersonalem Vertrauen vermuten, zumal Hoffmann und Hofmann (2004) darüber hinaus Zwangsgedanken als Angst vor Schuld – insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich – verstehen.

4.3.3.2 Anpassungsstörung und interpersonales Vertrauen

In der bereits in Abschnitt 4.3.1 beschriebenen Studie über Jugendliche aus einem besonders risikohaften „Multiproblem-Milieu“ wurde u. a. auch die sichere emotionale Bindung als protektiver Faktor für den Erhalt seelischer Gesundheit genannt (Lösel & Bliesener, 1990; Lösel & Bender, 1996; Bender & Lösel, 1998). Geyer (1996) weist ebenfalls auf die Bedeutung von sozialer Unterstützung im Sinne einer vertrauensvollen Beziehung hin, die insbesondere durch deren Förderung von Selbstvertrauen bei Belastungen abfedernd wirken kann. Bengel und Hubert (2009) benennen soziale Unterstützung als wichtigen Schutzfaktor in

Bezug auf die Entwicklung von Anpassungsstörungen, wobei dies sowohl vor, als auch während und nach der Belastung eine Rolle spielt. Rieckmann (2002) berichtet Studien, die eine positive Beziehung zur primären Bezugsperson als Schutzfunktion bei der Bewältigung stressreicher Ereignisse bei Kindern belegen. Angenommen wird im Umkehrschluss, dass bei Anpassungsstörungen ein eher niedriges interpersonales Vertrauen besteht.

4.3.3.3 Suchterkrankung und interpersonales Vertrauen

In Bezug auf interpersonales Vertrauen finden sich bei Abhängigen häufig erhebliche Defizite: „Mit Betrügereien, Diebstahl und Unehrlichkeit machen sie in ihrem sozialen Umfeld jegliches Vertrauen zunichte, hinterlassen getäuschte Partner, Verwandte, Freunde und Angehörige“ (Schmitt, 2000, S. 366). Somit ist ein negativer Zusammenhang zu Suchterkrankungen zu erwarten.

4.3.3.4 Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und interpersonales Vertrauen

In der ICD-10 findet sich Misstrauen als ein kennzeichnendes Merkmal für paranoide Schizophrenie. Die entsprechenden Reaktionen sind u. a. mit bestehenden Ich-Störungen in Zusammenhang zu bringen – intimste Gedanken und Gefühle erscheinen andern bekannt und werden bei einem Teil der Patienten subjektiv gesehen beeinflusst. Psychotiker fühlen sich häufig verfolgt und/oder beobachtet; Situationen besitzen eine unheimliche Bedeutung, was die misstrauische Haltung verständlicher macht (vgl. Huber, 1999; Dilling, et al., 2000). Daraus lässt sich die Annahme einer Verbindung zu geringem interpersonalem Vertrauen ableiten.

4.4 Vertrauen und die Behandlung psychischer Erkrankungen

Vertrauen spielt nicht nur bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sondern auch bei der Behandlung psychisch Erkrankter eine Rolle. Es ist als therapiemethoden-unspezifischer Wirkfaktor zu verstehen (Krampen, 1997a), daher wird im folgenden

Abschnitt zunächst der Aspekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung, die den Rahmen für die Psychotherapie bildet, vorgestellt. Weiterhin wird auf Möglichkeiten, konkrete Veränderungen in der Vertrauensris und damit einhergehend Verbesserungen der Symptomatik zu erreichen, eingegangen. Allgemeine Implikationen und settingspezifische Möglichkeiten innerhalb einer tagesklinischen Behandlung schließen sich als Fazit an.

4.4.1 Vertrauen in den Behandler: Die therapeutische Arbeitsbeziehung.

Koller (1997) stellt die Bedeutung von Vertrauen als wichtige Beziehungskomponente in therapeutischen, pädagogischen und unternehmerischen Bereichen heraus. Auch bei der Behandlung von psychisch Erkrankten spielt Vertrauen im Rahmen von Gestaltung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung eine große Rolle: Vertrauen eines Patienten¹² bedeutet in diesem Zusammenhang, dass er sich sicher ist, dass er in der Person des Therapeuten einen Menschen vor sich hat, der kompetent, wohlwollend, verschwiegen sowie flexibel in seinem Beziehungsangebot (unabhängig von der Therapieschule) ist (Schwab, 1997; Lammers & Schneider, 2009). Eine therapeutische Arbeitsbeziehung unterscheidet sich jedoch grundlegend von einer freundschaftlichen Beziehung: So ist sie asymmetrisch und entgegen der Reziprozitätsregel, die bei Aufbau alltäglicher Beziehungen gilt, findet sich bei der Selbstöffnung von Psychotherapeuten ihren Patienten gegenüber eine Abnahme der Vertrauenswürdigkeit mit Zunahme der Selbstöffnung. Sie in diesem Fall wird nicht als Unterstützung, sondern als vom Eigentlichen ablenkend und verunsichernd erlebt, was die Glaubwürdigkeit des Therapeuten einschränkt: Patienten nehmen diesen dann als weniger empathisch, vertrauensvoll und kompetent wahr (Curtis, 1981; Schwab, 1997).

In den meisten Therapierichtungen wird Vertrauen als notwendige Voraussetzung gesehen und deren Wichtigkeit betont: Innerhalb der *tiefenpsychologischen/analytischen Psychotherapie* wird der Therapeuten-Patienten-Beziehung eine besondere Bedeutung zugeschrieben, die als konstruktive Abhängigkeitserfahrung die Voraussetzung neuen Wachstums des Patienten bildet (Franz, 1997); Boszormenyi-Nagy (1981) stellt die Wichtigkeit der Förderung interpersonellen Vertrauens in Familien für die *systemische Therapie* heraus, wobei

u. a. die Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten wesentlich ist. Ebenso wird in *kognitiv-verhaltenstherapeutischen* Kontexten stets die Bedeutung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung herausgestellt (z. B. Hauzinger, 2003). Bei Grawe et al (2001) erwies sich die Beziehungsperspektive im therapeutischen Geschehen als unspezifischer, allgemeiner Wirkfaktor innerhalb der *Allgemeinen Psychotherapie*; auch Faller und Rudolf (1998) untersuchten die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für Diagnostik und Indikationsstellung bei Psychotherapiepatienten und zeigten, dass diese schon im diagnostischen Prozess eine Relevanz hat. Insgesamt stellten sie die Wichtigkeit der therapeutischen Allianz heraus, die sich als zentraler Wirkfaktor – unabhängig von der einzelnen Therapieschule – erwiesen hat. In der *Gesprächspsychotherapie* wird Vertrauen als notwendige und sogar hinreichende Voraussetzung für die therapeutische Beziehung ein wesentlicher Einfluss auf den Therapieerfolg zugeschrieben. Rogers (vgl. 1975; 1976) konnte nachweisen, dass in einer Hilfebeziehung vertrauensvolles Verhalten des einen Vertrauensschöpfen des anderen mit sich brachte.

Die Beziehungsqualität zwischen Psychotherapeuten und Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg, was für verschiedene Therapierichtungen nachgewiesen wurde (Horvath & Luborsky, 1993). Innerhalb stationärer Psychotherapie konnte gezeigt werden, dass die einzeltherapeutische Allianz und das Stationsgruppenklima moderate Indikatoren für das spätere Therapieergebnis waren (Sammet et al., 2004). Weiterhin ergaben sich Zusammenhänge zwischen generellem interpersonalem Vertrauen und Zufriedenheit mit der Behandlung: Distefano et al. (1981) stellten eine positive Korrelation bei Psychiatriepatienten fest.

Bochmann und Petermann (1989) fanden im Einzelnen, dass der Behandler auf den Patienten vertrauensvoller wirkt, wenn er häufig Blickkontakt aufnimmt, konsistentes verbales und nonverbales Verhalten aufweist sowie zuversichtlich und aufmerksam ist. Außerdem zeigte sich eine positive Korrelation zwischen „Vertrauen in den Arzt“ und „Compliance bzgl. der medikamentösen Therapie“. Hieraus wurde die Hypothese formuliert, dass eine Steigerung der Compliance durch Vertrauensaufbau erreicht werden könne, was gerade auch im psychiatrischen Setting eine wichtige Rolle spielt. Dieser Zusammenhang zwischen medikamentöser

¹² Die andere Seite des Vertrauens nämlich die des Therapeuten in sich und seine Kompetenz sowie in den Patienten, z. B. dass dieser ernsthaft um Veränderung bemüht und offen ist, soll an dieser Stelle jedoch vernachlässigt werden.

Compliance und Vertrauen zum Arzt bzw. umgekehrt Noncompliance und Misstrauen dem Arzt gegenüber konnte bei psychiatrischen Patienten auch von Rudolph et al. (2002) nachgewiesen werden. Aufgrund der Korrelationsstudien kann jedoch noch keine Aussage über die Wirkrichtung gemacht werden. Auch Petermann (1997, S. 163) stellt die Wichtigkeit von interpersonalem Vertrauen heraus: „Compliance und Behandlungserfolg sind abhängig davon, wie diese [Arzt-Patient]-Beziehung verläuft, ob es gelingt Vertrauen auf- und Unsicherheit und Ängste abzubauen.“, wobei Bochmann und Petermann (1989) vermuten, dass die Compliance nur dann durch Vertrauen erhöht werden kann, wenn sie durch „harte Faktoren“ (Nebenwirkungen, Wirkung des Medikaments etc.) vermindert wird.

Petermann (1997) stellt ein Modell vor, in welchem sich Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung durch wechselseitige Annahmen schrittweise aufbaut. So sollte sich insbesondere im Erstkontakt die vermutete Kompetenz und Vertrauenswürdigkeit des Arztes auf die Vertrauensbereitschaft des Patienten und die vermutete Belastbarkeit, Compliance und Vertrauenswürdigkeit des Patienten auf den Vertrauensaufbau auf Seiten des Arztes auswirken (vgl. Abb. 4.2).

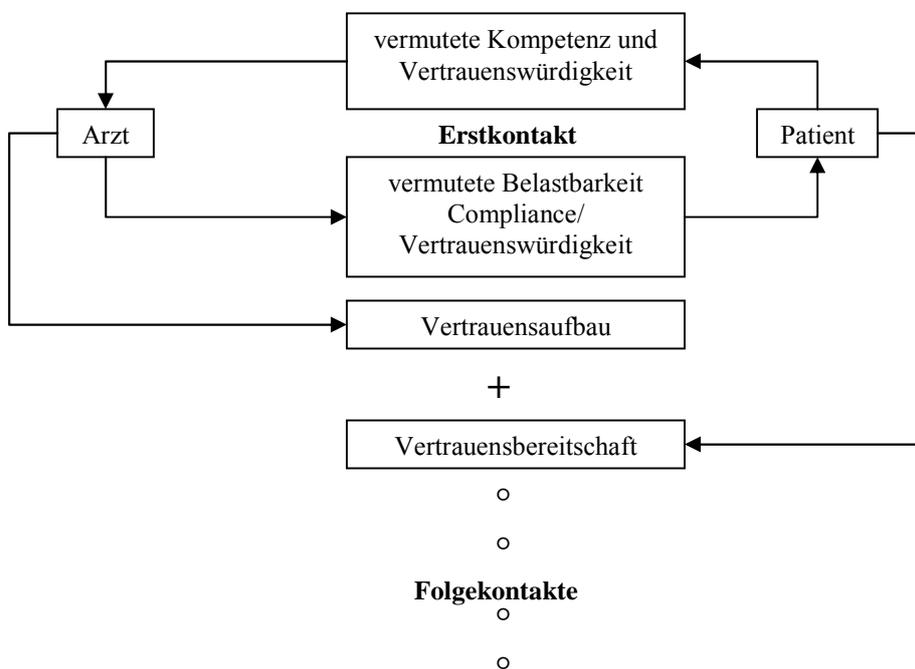


ABBILDUNG 4.2: VERTRAUEN IM ARZT-PATIENT-KONTAKT (PETERMANN, 1997, S. 156)

Innerhalb einer teilstationären Einrichtung, wie in der untersuchten Tagesklinik, spielt selbstverständlich auch der Vertrauensaufbau zwischen Arzt und Patient, z. B. zur medikamentösen

Compliance eine Rolle. Darüber hinaus lässt sich Petermanns (1997) Modell auch auf den Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung übertragen: Compliance hier verstanden als Bereitschaft des Patienten mitzuarbeiten, sich zu öffnen, Hausaufgaben zu erledigen, was die Grundlage eines psychotherapeutischen Prozesses bildet.

Eine besondere Schwierigkeit in der psychotherapeutischen Vertrauensbeziehung liegt in der Natur von psychischen Erkrankungen, die häufig mit mangelnden oder negativen Bindungserfahrungen einhergehen: „Aufgrund [einer] [...] strukturellen Vertrauensstörung stellt sich das Erlebnis der Angewiesenheit auf äußere Hilfe und der Umgang mit einem psychotherapeutischen Hilfsangebot für psychogen erkrankte Patienten häufig als hochkritische Situation dar“ (Franz, 1997, S. 177). Dies spielt nicht nur aus tiefenpsychologisch/analytischer Sicht eine Rolle: Vertrauen kann im psychotherapeutischen Kontext seitens des Patienten nicht grundsätzlich vorausgesetzt, sondern muss – sicher in unterschiedlichem Maße – aufgebaut werden und damit ein Therapieziel sein. Auch Mosheim et al. (2000) fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit des Patienten und Therapieerfolg. Strauß (2006) ist hierbei der Ansicht, dass die therapeutische Beziehung unter Umständen als Bindungsbeziehung angesehen werden kann. Schwab (1997) hingegen stellt heraus, dass Psychotherapiepatienten zwar meist weniger generelles Vertrauen haben, was jedoch nicht zwingend bedeutet, dass diesen damit auch das Vertrauen in eine konkrete Person – hier in den Psychotherapeuten – schwer fallen muss: Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass Therapeuten – möglicherweise auch wegen ihrer Schweigepflicht – ein beträchtliches Maß an Vertrauen entgegengebracht wird (vgl. auch Buck & Bierhoff, 1986). Dennoch betont auch Schwab (1997), dass dieses Vertrauen innerhalb der Therapie kontinuierlich vertieft werden muss, wobei er hier eine durchgängig wohlwollende und auf den Patienten konzentrierte Grundhaltung des Therapeuten empfiehlt.

4.4.2 Förderung der Komponenten der Vertrauenstrias als Therapieziel

Die drei Komponenten der Vertrauenstrias als generalisierte Erwartungshaltung stellen handlungstheoretische Persönlichkeitsmerkmale dar und sind damit relativ stabil aber dennoch veränderbar, was eine unabdingbare Voraussetzung für therapeutische Interventionen ist. Es handelt sich hier um dispositionelle Veränderung, d. h. um Veränderung zweiter Ordnung

nach Smedslund (1988) (vgl. Abschnitt 3.2.2). Krampen und Hank (2004a) betonen im Zusammenhang mit der Ontogenese der Vertrauensstadien, dass Entstehung und Verlust jeder der drei Komponenten in der gesamten Lebensspanne auftreten können. Auch Rotter (1967; 1980; 1981) versteht das generalisierte Vertrauen als Grundeinstellung zwar als relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft, die – wie bereits beschrieben – aus kumulierten Lernerfahrungen, die sich auf verschiedene Bereiche generalisiert haben, entstanden ist, wobei jedoch durch neue Lernerfahrungen trotz der Stabilität die Möglichkeit besteht, das Muster zu verändern. Belege hierfür finden sich beispielsweise bei Scheuerer-Englisch und Zimmermann (1997), die durch Längsschnittuntersuchungen zeigten, dass Vertrauensbeziehungen veränderbar sind und auch mit aktuell erlebter Unterstützung zusammenhängen.

4.4.2.1 Förderung von Selbstvertrauen

In seinen Ausführungen bezieht Rotter sich (1967; 1980; 1981) zwar auf interpersonales Vertrauen, dies kann aber auf den Bereich des Selbstvertrauens übertragen werden: Lernt ein Patient bei mangelndem Selbstvertrauen, dass es dennoch Bereiche und Situationen gibt, in denen er sich auf sich selbst verlassen kann (zunehmendes Selbstwirksamkeitserleben), dann ist davon auszugehen, dass sich dieses Selbstvertrauen generalisiert. Dadurch lernt eine Person erneut, sich sukzessive mehr zuzutrauen, und entwickelt eine generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung. Diese Steigerung von Selbstvertrauen durch Verhaltenstherapie konnte bereits nachgewiesen werden (Bandura, 1977; Hoffart, 1995; Ollendick, 1995): Patienten erlebten sich nach einer Behandlung als selbstwirksamer im Vergleich zu vorher. Auch Ruholl (2007) konnte in ihrer Untersuchung zeigen, dass sich die generelle Selbstwirksamkeit von Patienten durch Psychotherapie im stationären Setting steigern ließ. „Die Selbstwirksamkeit ist eine wichtige Kognition, die deutlich macht, dass ein Mensch ein Verhalten erst aus freiem Willen zeigt, wenn [...] seine Kompetenzerwartung positiv [...] [ist]. Ändert man die Selbstwirksamkeit, ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Verhalten ändert, groß“ (Ruholl, 2007, S. 6). Zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung als Kognition empfiehlt Ruholl (2007) kognitive Umstrukturierung innerhalb einer verhaltenstherapeutischen Behandlung: Irrationale Annahmen und dysfunktionale Kognitionen sollen hierdurch modifiziert und u. a. das Selbstvertrauen gestärkt werden (vgl. auch Ellis & Hoellen, 1997; Beck et al., 1999; Hautzinger, 2003).

Bandura (1977) stellt in seinem Konzept der self-efficacy die Wichtigkeit der subjektiven Erwartungen von Wirksamkeit für die Psychotherapie heraus, die gleichzeitig den verschiedensten therapeutischen Methoden gemeinsam ist: wesentlich ist, Selbstvertrauen zu erhöhen, so dass sich der Patient für kompetent genug hält, seine Probleme zu lösen. Im Zusammenhang mit seiner self-efficacy-Theorie zeigt Bandura (1977) vier Quellen auf, die dem Erwerb von Kompetenzerwartung dienen: (1.) die *direkte Erfahrung*, wobei hier im therapeutischen Kontext wesentlich ist, dass der Schwierigkeitsgrad optimal angepasst ist, um Erfolg zu ermöglichen, (2.) die *indirekte Erfahrung* im Sinne von Modelllernen, (3.) die *symbolische Erfahrung* durch Überzeugung und (4.) das *Erregungsfeedback*. Die direkte Erfahrung ist jedoch die wirksamste, wobei hier auch die Attribution des Erfolges eine Rolle spielt: „Wenn man bei geringem Anstrengungsaufwand Erfolg hat, steigt die Tendenz zu einer Fähigkeitszuschreibung, die ihrerseits die Erwartung eigener Kompetenz begünstigt“ (Schwarzer, 1996, S. 22). Weiterhin betont Bandura (1977) in Bezug auf Verhaltensänderungen, dass mehr als die tatsächlichen Kontingenzen die Erwartungen darüber dazu motivieren. Ermutigung zu kleinen Schritten, die Erfolg versprechend sind, können also zum Aufbau einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung beitragen: Zukünftige Kompetenz wird damit eher erwartet. Nah- und Teilziele mit kontinuierlichem Feedback über Fortschritte und Förderung der internalen Erfolgsattribution sowie der variablen spezifischen Misserfolgsattribution und die Unterstützung von Bewältigungsmechanismen dienen der schrittweisen Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. auch Jerusalem, 2002; Schwarzer, 2002). Auch Kompetenztrainings können beim Aufbau von Selbstvertrauen hilfreich sein: Sie beinhalten z. B. Verhaltenübungen in Rollenspielen, Hausaufgaben als Verhaltensversuche im Alltag sowie Modelllernen durch zuschauen bei Anderen. Durch Zuspruch und Ermunterung sowie die Unterstützung positiver Selbstkommunikation wird Kompetenz weiter gefördert.

In Bezug auf die Steigerung von Selbstvertrauen bei einzelnen Störungsbildern finden sich folgende empirische Nachweise:

Bei *chronischem Schmerz* ist die Förderung von Selbstvertrauen ein wesentliches Therapieziel, um den Teufelskreis aus mangelnder Selbstwirksamkeitserwartung, erlebter Beeinträchtigung durch den Schmerz und ungenügendem Einsatz von Copingstrategien zu durchbrechen: Die Vermittlung effektiver Schmerzbewältigungsstrategien zieht eine Verminderung behavioraler und emotionaler Beeinträchtigungen nach sich, was durch das Erleben von Erfolg die Selbstwirksamkeit steigert, was wiederum förderlich für den Einsatz von

Bewältigungsstrategien ist und damit den Behinderungen entgegenwirkt (Basler, 1998a; Schneider, 2006; Schneider & Rief, 2007). Auch Pfingsten et al (1998) und Kröner-Herwig (1998) stellen die Bedeutung von Selbstwirksamkeit, Überwindung der Inaktivität und Vermittlung von Bewältigungskompetenzen als wesentliche Therapieziele heraus. Von passiven Behandlungsmaßnahmen (wie z. B. Massagen) raten Schneider und Rief (2007) vor diesem Hintergrund explizit ab, da diese aufgrund von externaler Besserungsattribution Hilflosigkeit und Passivität noch verstärken könnten: „Die Erwartungen bezüglich der eigenen Wirksamkeit [...] entscheiden darüber, ob eine Person in einer Anforderungssituation mit dem Coping beginnt, wie viel Anstrengung sie aufwendet und wie lange sie das Bewältigungsverhalten trotz Hindernissen und aversiven Erfahrungen aufrechterhält“ (Schneider & Rief, 2007, S. 47). Bezüglich chronischen Schmerzes wurde die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie mit dem Bestandteil „Vermittlung adaptiver Schmerzbewältigungsstrategien“ in verschiedenen Untersuchungen belegt: Schmerzbedingte Beeinträchtigungen konnten hierdurch vermindert werden (Basler, 1998b, S. 210): „Ein aus psychologischer Sicht wesentlicher Befund besteht darin, dass die Patienten trotz anhaltender Schmerzen offenbar gelernt haben, besser mit diesen umzugehen. [...] Kognitive und behaviorale Selbstkontrolle erhöhen die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, aktuelle oder zukünftig auftretende Schmerzen ertragen zu können.“ Kröner-Herwig (1988) geht davon aus, dass kognitive Verfahren anderen Therapieverfahren in der Vermittlung von Selbstwirksamkeitserwartungen überlegen sind. Arnstein et al. (1999) fanden, dass durch die Förderung von Selbstvertrauen das Risiko bei chronischen Schmerzpatienten, eine Depression zu entwickeln, gesenkt werden konnte.

Auch Taylors (1990) Untersuchungen zum gesundheitsbewussten Verhalten bieten Implikationen für die Therapie psychischer Störungen: Erscheint (1) eine Gesundheitsbedrohung schwerwiegend sowie (2) die eigene Vulnerabilität oder Auftretenswahrscheinlichkeit für die Erkrankung hoch, kommen dann noch ausgeprägte (3) Kompetenz- (Einschätzung, eine protektive Handlung zur Verfügung zu haben) und (4) Konsequenzerwartungen (Einschätzung, dass die Handlung eine wirksame Maßnahme ist) hinzu, dann wird sich eine Person eher gesundheitsbewusst verhalten. Überträgt man dies nun auf die Behandlung psychischer Störungen, z. B. auf Verhaltensaufbau oder Rückfallprophylaxe bei der Therapie **depressiver Störungen**, so wäre es sinnvoll, hier insbesondere auf die letzten beiden Punkte, die Kompetenz- und Konsequenzerwartungen (was Selbstvertrauen entspricht) Wert zu legen. Da der Patient bereits erkrankt ist, wird ihm die Gesundheitsbedrohung durch den bestehenden Leidensdruck schwerwiegend erscheinen und die eigene Vulnerabilität ist bereits bewiesen (vgl.

auch Weber, 1994). Durch kognitive Verhaltenstherapie ist es möglich, sowohl die Konsequenz- als auch die Kompetenzerwartung zu erhöhen: Konkret werden durch den Aufbau angenehmer Aktivitäten Stimmungsverbesserung und aktive Einflussnahmemöglichkeiten erfahren. Darüber hinaus haben Depressive oft die Tendenz, Aufgaben nicht zu vollenden und den daraus resultierenden Misserfolg einer Unfähigkeit zuzuschreiben. Hautzinger (2003) empfiehlt an dieser Stelle zur Stärkung des Selbstvertrauens im therapeutischen Setting klare Kriterien für Beendigung sowie Erfolg festzusetzen, eine realistische Zielplanung mit Unterzielen vorzunehmen und nicht beendete Aufgaben nicht als Misserfolg, sondern als Schritt in Richtung „Erhöhung des Aktivitätsniveaus“ zu interpretieren. Innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie der Depression sollen ferner unter therapeutischer Anleitung die „Realität“ überprüft und neue positive Erfahrungen gemacht werden (Ehlers & Lüer, 1996; Ellis & Hoellen, 1997; Beck et al, 1999).

Verschiedentlich wurden auch Belege für die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung von **Angst- und Zwangsstörungen** erbracht: Die Steigerung von Selbstvertrauen als Erwartung kontrollierend und steuernd Einfluss auf Situationen nehmen zu können, stellt ein wichtiges Therapieziel dar (Bandura, 1977; Ollendick, 1995; Hoffman & Hoffmann, 2004).

Ferner fand sich in Bezug auf **Abhängigkeitserkrankungen**, dass Selbstvertrauen einen deutlichen Vorhersagewert für die Abstinenz von Alkoholikern besitzt, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass ein Schwerpunkt der Therapie auf der Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung liegen sollte (Schindler & Körkel, 1994). Dies wurde in einer Studie von Keller (2002) bestätigt, der ebenfalls eine höhere Rückfallquote bei alkoholkranken Patienten mit geringem Selbstvertrauen im Vergleich mit solchen, die eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen, feststellte. Auch die Ausführungen von Krampen und Fischer (1988) gehen in diese Richtung, dass vor allem Erwartung und Kausalattribution für die Rückfallprophylaxe entscheidend sind: Handlungsalternativen sollen aufgebaut und im Alltag erprobt werden.

Für die Behandlung von „**psychogener Adipositas**“ (DSM-IV-R: Binge-Eating-Disorder, nach ICD-10: atypische Bulimia nervosa oder psychogene Essattacken bei anderen psychischen Störungen) wird ebenfalls die Erhöhung von Selbstwirksamkeitserleben durch kognitive Verhaltenstherapie als eine Maßnahme empfohlen (Herpertz & Senf, 2003).

4.4.2.2 Förderung von interpersonalem Vertrauen

Bezüglich des Aufbaus interpersonales Vertrauens bietet Petermann (1996) Implikationen für Therapeutenverhalten: So entwickelte er ein Drei-Phasen-Modell des Vertrauensaufbaus, welches 1. die *Herstellung einer verständnisvollen Kommunikation* durch Aufmerksamkeitszuwendung und empathisches Verhalten, 2. den *Abbau bedrohlicher Handlungen* durch berechenbare Handlungszüge und Feedback zur Orientierung und 3. den *gezielten Aufbau von Vertrauen* durch Übertragung von Kompetenz und der damit verbundenen Entwicklung von Selbstwirksamkeit beinhaltet. Verhält sich ein Therapeut entsprechend, kann einerseits Selbstwirksamkeit gefördert und andererseits der Grundstein für die Förderung des interpersonales Vertrauens gelegt werden, welches dann im Rotterschen Sinne weiter generalisiert werden kann. Wichtig ist hierbei nach Petermann (1996) die Unterscheidung zwischen Entstehen-Lassen von Vertrauen einerseits und Hervorrufen von Abhängigkeit andererseits, wobei ersteres im Gegensatz zu letzterem durch Hilfestellungen zur selbstständigen Bewältigung der Situation gekennzeichnet ist, was nochmals Petermanns (1996, S.122) Auffassung betont, dass interpersonales „Vertrauen [...] [ein] aktiver Prozeß [...] [ist], der entscheidend vom Ausmaß des empfundenen eigenen Kompetenzgefühls (= Selbstvertrauen) abhängt.“ Durch ein solches vertrauensvolles Verhalten bietet der Therapeut eine Orientierungshilfe und dient als Modell. Koller (1997) kritisiert an Petermanns Stufenmodell, die Willkürlichkeit der Stufensetzung, räumt jedoch ein, dass erste Untersuchungsergebnisse dessen Praktikabilität bestätigen.

In Bezug auf interpersonales Vertrauen bei einzelnen Störungsbildern findet sich in der Literatur Folgendes:

Bei **Suchtkranken** beschreibt Schmitt (2000) erhebliche Defizite im sozialen Vertrauen, welche sich im Wechselspiel mit wenig vertrauensvollem Verhalten von den Betroffenen mit entsprechenden Reaktionen aus dem Umfeld aufbauen (vgl. 4.3.3.3). Aber auch die Patienten selbst (hier Drogenabhängige) sind häufig misstrauisch anderen gegenüber und testen die Beziehung zum Therapeuten. Schmitt (2000) weist auf die Wichtigkeit von sozialem Vertrauen für das Sich-auf-Therapie-Einlassen hin.

Für unterschiedliche **Persönlichkeitsstörungen** bietet Fiedler (2000) konkrete Ansatzpunkte, bei denen je nach Persönlichkeitsstruktur entweder schwerpunktmäßig Selbstvertrauen (als

Teil der strukturierten und zielorientierten Therapieangebote) aufgebaut werden soll oder Vertrauen in soziale Beziehungen (interpersonellorientierte Therapieangebote) im Vordergrund steht.

4.4.2.3 Förderung von Zukunftsvertrauen

Obwohl bei vielen Patienten mit psychischen Erkrankungen das Zukunftsvertrauen gestört ist, ist es sinnvoll – je nach adaptiver und differentieller Indikationsstellung – über den Umweg der therapeutischen Veränderung von Selbstvertrauen und interpersonalem Vertrauen anzusetzen, da die direkte Arbeit an der Hoffnungslosigkeit häufig nicht zum Erfolg führt und die beiden anderen Komponenten die Basis für die Entstehung von mangelndem Zukunftsvertrauen bilden (vgl. ontogenetisches Modell, Abb. 3.7): „Beide Variablenbereiche [Selbstvertrauen und interpersonales Vertrauen] sind – etwa über die Methoden der klient-zentrierten Psychotherapie, die der kognitiven (Verhaltens-)Therapie und auch die der tiefenpsychologisch fundierten Therapie – zugänglicher und änderungssensitiver als Hoffnungslosigkeit von Patienten“ (Krampen, 1997a; S.35f; vgl. auch Krampen & Hank, 2004a). Sind auf diesen Ebenen therapeutische Erfolge erreicht, so können auf der des Zukunftsvertrauens auch Fortschritte erzielt werden.

Dennoch erscheint die Diagnostik von Hoffnungslosigkeit bei Therapiebeginn sehr wichtig, damit der beim Therapeuten entstehenden Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit durch die Symptomatik des Patienten, der seinen Pessimismus auch auf die Therapie und deren Erfolgsaussichten überträgt, vorgebeugt werden kann (vgl. Krampen, 1979). Dies ist erforderlich, denn auch auf der Seite des Therapeuten scheint Optimismus eine große Rolle zu spielen. So schreibt Fiedler (2007, S.299) im Zusammenhang mit der Therapie von **Persönlichkeitsstörungen**: „Wenn die Therapeuten am Erfolg der Behandlung zu zweifeln beginnen, tun dies auch die Patienten“. Therapieoptimismus ist nachgewiesen wesentlich für den Therapieerfolg (Fiedler, 2007).

Dies gilt nicht nur für diesen Störungsbereich, sondern insbesondere auch für schwere **Depressionen** und all die Störungsbilder, bei denen der Erfolg weniger rasch eintritt. Um Hoffnungslosigkeit bei Suizidalität depressiver Patienten zumindest von Sitzung zu Sitzung zu durchbrechen, empfiehlt Hauzinger (2003) die kurzfristige Ansteuerung von Zielen.

Ebenso spielt bei *Alkoholabhängigen* Optimismus eine wesentliche Rolle bei der Erhaltung der dauerhaften Abstinenz (Johann et al., 2003). Von daher ist auch hier eine Steigerung des Zukunftsvertrauens erforderlich.

4.4.3 Fazit: Implikationen für die Psychotherapie

In den vorangegangenen Abschnitten ergaben sich einige Implikationen für die Psychotherapie und vieles von dem, was dort beschrieben wurde, sei es in Bezug auf die therapeutische Arbeitsbeziehung, sei es in Bezug auf die explizite Förderung der Komponenten der Vertrauenstrias, ist in den verschiedenen Therapieschulen bereits etabliert. Dennoch ist die theoretische Einbettung in das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit sinnvoll; es zeigt sich der Wert der Vertrauenstrias im HPP als therapieschulenübergreifender, integrativer Behandlungsansatz im Sinne von Grawe (1995; 1996; Grawe et al, 2001): Je nach Indikation, die zuvor entsprechend zu diagnostizieren ist (wobei auch die verschiedenen Störungsbilder eine Rolle spielen), wird angesetzt: Hierbei entsprechend die Beziehungsperspektive Störungen im interpersonalen Vertrauen, die Problembewältigungsperspektive Störungen im Selbstvertrauen und die Klärungsperspektive Störungen im Zukunftsvertrauen (vgl. Krampen und Hank, 2004a; Krampen 1997a). Eine spezielle Schwerpunktsetzung innerhalb der Therapie ist demnach sinnvoll; unter Bezugnahme auf die hierarchische Struktur des HPP ist Generalisierungslernen jeweils möglich (vgl. Abschnitt 3.2.1). Darüber hinaus können vorhandene „Vertrauensfähigkeiten“ im Sinne von personalen Ressourcen zur psychotherapeutischen Behandlung genutzt werden (Ressourcenperspektive nach Grawe, 1995). Krampen (1997a, S. 36) geht an dieser Stelle noch über den Ansatz der Allgemeinen Psychotherapie hinaus und spricht von einem „Ansatz einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie“ mit einem methodenübergreifenden, integrativen Behandlungszugang.

Gerade im Rahmen einer psychiatrischen Tagesklinik finden sich neben den bereits beschriebenen psychotherapeutischen weitere settingspezifische Möglichkeiten, die beiden Aspekte der Vertrauenstrias zu verändern: So kann z. B. durch ein aktives Einbezogen sein in die Therapieplan- und Milieugestaltung die Selbstwirksamkeitserwartung erhöht werden, ebenso durch Transparenz und Einflussnahmemöglichkeiten in Bezug auf die Behandlung. Erlebte Unterstützung kann sich in vertrauten interpersonalen Beziehungen (durch die

Alltagskontakte), aber auch durch die gegebene Gruppensituation wieder finden. Ein Bezugstherapeuten- und Bezugspflegesystem, in dem jedem Patienten zu Beginn der Behandlung sowohl eine Person aus dem psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten- und eine aus dem Pflorgeteam zugeordnet werden, erleichtert den Aufbau von interpersonalem Vertrauen. Außerdem erhält in der untersuchten Einrichtung hierzu jeder Patient einen Paten aus dem Patientenkreis.

5 Methoden

Der folgende Abschnitt stellt zunächst die Fragestellungen dieser Studie vor und geht im Weiteren dann auf die Untersuchungsmaterialien ein. Daran schließt sich die Darstellung der Durchführung der Studie und die Beschreibung der Stichprobe an.

5.1 Fragestellungen

Aufgrund der theoretischen Ausführungen in den Kapiteln zwei bis vier lassen sich für die vorliegende Studie folgende Fragestellungen ableiten, die dann im Weiteren überprüft werden:

Tagesklinische psychiatrische Behandlung hat das Ziel, Symptome zu verbessern und den Leidensdruck von Patienten zu vermindern (vgl. Bosch & Steinhart, 1983; Veltin, 1986; Eikelmann, 1996; Küchenhoff, 1998; Kunze & Kaltenbach, 2005, Schulz et al., 2008; Garlipp, 2008). Innerhalb dieser Arbeit wird die tagesklinische Behandlung summativ evaluiert, um die Wirksamkeit der teilstationären Intervention als Gesamtes zu beurteilen (vgl. Bortz & Döring, 1995). Es wird entsprechend angenommen, dass sich die Symptomatik der Patienten nach der teilstationären Behandlung – im Vergleich zu der bei der Aufnahme – verringert hat.

Weiterhin wird vermutet, dass die Komponenten der Vertrauenstrias mit der psychischen Belastung einhergehen, da Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit/psychischer Erkrankung und Vertrauen in der Literatur zu finden sind (Beck, 1970; Taylor & Brown, 1988; Bowlby, 1988; Taylor, 1989; Becker, 1991; 1994; Scheuerer-Englisch & Zimmermann, 1997; Krampen, 1997a; Beck et al., 1999; Weber, 2002; Krampen & Hank, 2004a; Ravens-Sieberer et al., 2002; 2007; Erhart et al., 2007). Es werden entsprechend negative Korrelationen zwischen psychischer Belastung einerseits und Selbstvertrauen, interpersonalem Vertrauen sowie Zukunftsvertrauen andererseits angenommen.

Darüber hinaus wird erwartet, dass Vertrauen in seinen drei Aspekten durch die Behandlung gesteigert werden kann. Hierbei ist jedoch – insbesondere wegen der Nähe der generalisierten

Vertrauenserwartungen zu Persönlichkeitsmerkmalen – auch die Behandlungsdauer zu berücksichtigen, da es Zeit und eine Fülle neuer Erfahrungen braucht, Veränderungen auf einer solchen Ebene zu erreichen.

In der Literatur finden sich Hinweise, dass bei verschiedenen Störungsbildern unterschiedliche Komponenten der Vertrauensrias im Vordergrund stehen.

Im Einzelnen ist anzunehmen, dass **Depression** mit mangelndem Selbstvertrauen und Hoffnungslosigkeit korreliert (Johnson & Sarason, 1978; Krampen, 1979; deJong et al. 1985; Peterson et al., 1985; Plattner, 1988; Bandura, 1991; Seligman, 1991; Schwarzer, 1994a; 1994b; Ehlers & Lüer, 1996; Schwarzer & Renner, 1997; Hautzinger, 1998; 2003; Arnstein, 1999; Amelang & Schmidt-Rathjens, 2000; Klauer, 2002; Bengel, 2002; Kampen & Hank, 2004a; Luszczynska & Schwarzer, 2005; Ruholl, 2007) und sich negative Zusammenhänge zwischen **Angst/Zwang** und der gesamten Vertrauensrias finden (Johnson & Sarason, 1978; Jerusalem & Schwarzer, 1989; Wieland-Eckelmann & Carver, 1990; Hoffart, 1995; Ollendick, 1995; Ehlers & Lüer, 1996; Kampen & Hank, 2004a; Luszczynska & Schwarzer, 2005).

Bei Erkrankungen aus dem **schizophrenen Formenkreis** wird weiterhin mangelndes interpersonales Vertrauen aufgrund der diagnostischen Kriterien vermutet (Lasar, 1997; Dilling et al., 2000; 2006).

Sowohl niedriges Vertrauen in andere als auch in sich selbst werden bei **Anpassungs- und Belastungsreaktionen** (Jerusalem & Schwarzer, 1989; Holahan & Moos, 1990; Schwarzer, 1993b; 1994a; Weber, 2002; Bengel & Hubert, 2009) sowie bei **Abhängigkeitserkrankung** berichtet (Krampen & Fischer, 1988; Schindler & Körkel, 1994; Schmitt, 2000; Schwarzer, 2002; Keller, 2002; Rumpf et al., 2002; Johann et al., 2003; Ruholl, 2007).

Mangelndes Selbstvertrauen wird außerdem mit **Essstörungen** (Schwarzer, 2002; Herpertz & Senf, 2003; Bardone-Cone, 2006) und **somatoformen Störungen/Schmerzstörungen** (Schwarzer, 2002; Schneider, 2006; Schneider & Rief, 2007) in Verbindung gebracht.

Zusammenfassend lassen sich die Annahmen wie folgt festhalten:

1. Es findet sich eine Verbesserung der Symptombelastung durch die tagesklinische Behandlung.
2. Psychische Belastung und Vertrauensrisikos korrelieren negativ miteinander.
3. Durch die tagesklinische Behandlung wird das Vertrauen in seinen drei Komponenten Selbstvertrauen, interpersonales Vertrauen und Zukunftsvertrauen gesteigert.
4. Es finden sich folgende negative Zusammenhänge zwischen Störungsbildern und Vertrauensaspekten:
 - × Depression – Selbstvertrauen; Zukunftsvertrauen
 - × Angst/Zwang – Selbstvertrauen; Zukunftsvertrauen; interpersonales Vertrauen
 - × Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis – interpersonales Vertrauen
 - × Abhängigkeitserkrankung – Selbstvertrauen; interpersonales Vertrauen
 - × Anpassungs- und Belastungsreaktion – Selbstvertrauen; interpersonales Vertrauen
 - × Essstörungen – Selbstvertrauen
 - × Somatoforme Störungen/Schmerzstörungen – Selbstvertrauen

5.2 Untersuchungsmaterialien

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Erhebungsinstrumente vorgestellt und deren Wahl begründet. Aus ökonomischen Gründen beschränkt sich diese Untersuchung auf eine Fragebogenstudie (Selbstbeurteilung) mit einer zusätzlichen Ein-Item-Fremdbeurteilung, wobei sich die Nützlichkeit letzterer aufgrund ihres geringen Umfangs noch zeigen muss. Dennoch findet sich somit eine weitere Datenmodalität nach Cattell (vgl. Amelang & Zilinski, 2002).

Die jeweiligen Gütekriterien und statistischen Kennwerte der Verfahren finden sich in Kapitel 6 „Skalen- und Itemanalysen“; näheres zum Untersuchungsdesign unter Abschnitt 5.3.

5.1.1 Symptom-Check-Liste nach Derogatis (SCL-90-R)

Die Symptom -Check-Liste nach Derogatis (SCL-90-R) ist ein etabliertes störungsübergreifendes Selbstbeurteilungsverfahren, das heißt, es ist für fast alle Störungsbilder brauchbar. Das Verfahren erfasst die subjektiv empfundene Belastung eines Patienten in Bezug auf die letzten sieben Tage. Die SCL-90-R ist ein Screening-Verfahren, welches 90 Items beinhaltet, die in den Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ zusammengefasst sind (vgl. Franke, 2002; Stieglitz, 2008)¹³.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist darauf zu achten, dass mit dem Verfahren keine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann, die Items innerhalb der Skalen von leichten bis schweren Symptomen variieren und auch einzelne Fragen je nach Kontext eingeordnet werden müssen (vgl. Franke, 2002).

Insbesondere von Interesse ist der globale Kennwert GSI, der die grundsätzliche Belastung misst – gerade auch deshalb, weil die verschiedenen Einzel-Skalen nicht unabhängig voneinander sind. „Der GSI [Gesamtwert \ 90] kann als bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der insgesamt vorhanden psychischen Belastung gelten, denn er setzt die Intensität der Belastung in Bezug zu allen 90 Items“ (Franke, 2002; S.19). Er stellt damit eine Zusammenfassung der Stärke der empfundenen Belastung dar. Weitere globale Kennwerte beziehen sich auf das Ausmaß der Antworten (PSDI) und die Anzahl der belastenden Symptome (PST), die für diese Untersuchung jedoch nicht relevant sind.

Die Symptomcheckliste ist ein Instrument, welches relativ schnell bearbeitet werden kann und daher für eine psychiatrische Stichprobe brauchbar ist. Die durchschnittliche Testdauer wird mit 10 bis 15 Minuten beziffert.

„Die SCI-90-R wird[...]erfolgreich im Bereich der Evaluation ambulanter oder stationärer Psychotherapie eingesetzt (Franke, 2002, S 13). Das Verfahren eignet sich nach Franke (2002) zur Messwiederholung und zur Prä-Post-Messung.

¹³ Die fünfstufige Antwortskala bewegt sich von 0 (= überhaupt nicht) über 1 (= ein wenig), 2 = (ziemlich) und 3 (=stark) bis 4 (= sehr stark).

Kritisch anzumerken an der SCL-90-R ist die Interkorrelation der Skalen (vgl. auch Becker, et al. 2002), wobei Franke (2002, S.55) dazu anmerkt: „Allerdings scheint die Forderung nach niedrigen Interkorrelationen m. E. am Konzept der Symptombelastung vorbeizugehen. Einige Symptombereiche treten oftmals gemeinsam auf,...“

Die SCL-90-R soll in dieser Untersuchung dazu dienen, den Erfolg der tagesklinischen Behandlung durch einen Vergleich der psychischen Belastung bei Aufnahme und bei Entlassung zu überprüfen.

5.1.2 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)

Die 32 Item¹⁴s des „Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung“ (Krampen, 1991) dienen der Erfassung generalisierter Kompetenz- und Kontingenzerwartungen auf dem theoretischen Hintergrund des Handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (Krampen, 1987).

Der Fragebogen unterteilt die Items in die vier Skalen „generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (SK), „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ (I), „sozial bedingte Externalität“ (P) und „fatalistische Externalität“ (C), deren Items jeweils gemischt vorgegeben werden.

Neben Primärskalen sind auch globalere Sekundär- (SKI = Selbstwirksamkeit und PC = Externalität) und Tertiärskalen (SKI-PC = Internalität vs. Externalität) auswertbar (Krampen, 1991).

Dieser Fragebogen erfasst mit der Sekundär-Skala „Selbstwirksamkeit“ (SKI), die die Primärskalen „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (SK) und „Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen“ (I) umfasst, die Komponente Selbstvertrauen der Vertrauenstrias. Die Skala SKI soll dazu beitragen, die Hypothesen zu prüfen, dass Zusammenhänge zwischen der Vertrauenstrias und psychischer Belastung bestehen, dass spezifische Korrelationen mit

¹⁴ Die sechsstufige Antwortskala bewegt sich von --- (= sehr falsch) über --, -, + und ++ bis +++ (= sehr richtig).

einzelnen Störungsbildern vorliegen und dass die Behandlung das (Selbst-)Vertrauen verbessert.

5.1.3 Fragebogen zum interpersonalen Vertrauen (IPV)

Diese Skala (Krampen, 2002, unveröffentlicht) bildet den zweiten Bereich der Vertrauenstrias – nämlich das interpersonale Vertrauen – auf dem Hintergrund des HPP (Krampen, 1987) ab. Es soll mit ihr gemessen werden, inwieweit die Patienten ihrer Umgebung – Personen in ihrem alltäglichen Umfeld – Vertrauen entgegenbringen.

Die Skala enthält zwölf Items¹⁵, die für diese Studie modifiziert und ergänzt wurden. Diese Selektion ist im Anhang zusammengestellt.

Die unterschiedliche Polung der Items sollte dazu dienen, Antworttendenzen (Ja- und Nein-Sage-Tendenz, Tendenz zur Mitte) zu reduzieren. Die Schlüsselrichtung wurde dazu vollständig ausbalanciert¹⁶. Solche Antworttendenzen lassen sich auch durch eine abgestufte Antwortskala (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 215f) und durch eine gerade Anzahl an Antwortmöglichkeiten (so dass keine Mitte vorhanden ist) verringern, was in der vorliegenden Studie bei den verschiedenen Skalen, die sich auf die Vertrauenstrias bezogen, realisiert wurde.

Diese Skala zur Messung interpersonalen Vertrauens soll dazu dienen, den Hypothesen nachzugehen, dass Zusammenhänge zwischen der Vertrauenstrias und psychischer Belastung bestehen, dass spezifische Korrelationen mit einzelnen Störungsbildern vorliegen und dass die teilstationäre Behandlung das (interpersonale) Vertrauen verbessert.

¹⁵ Die sechsstufige Antwortskala bewegt sich von --- (= sehr falsch) über --, -, + und ++ bis +++ (= sehr richtig).

¹⁶ Ausbalancierte Schlüsselrichtung: „Die Items sollen so formuliert werden, daß zu gleichen Teilen eine Itembejahung und eine Itemverneinung für das Vorhandensein des geprüften Merkmals sprechen“ (Bortz & Döring, 1995; S. 216).

5.1.4 Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-RB-Skalen)

Mit der in dieser Untersuchung verwendeten H-RB-Version der „Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit“ (Krampen, 1994) werden über zehn Items¹⁷ generalisierte optimistische oder pessimistische Erwartungen in Bezug auf die Zukunft auf dem theoretischen Hintergrund des Handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (Krampen, 1987) erfasst.

Dieser Fragebogen, der die Komponente „Vertrauen in die Zukunft“ der Vertrauensriasis erfasst, soll dazu beitragen, die Annahmen zu überprüfen, dass Zusammenhänge zwischen der Vertrauensriasis und psychischer Belastung bestehen, spezifische Korrelationen mit einzelnen Störungsbildern vorliegen und die Behandlung das (Zukunfts-)Vertrauen verbessert.

5.1.5 Fremdeinschätzung der Symptomverbesserung

Um neben den beschriebenen Fragebogendaten (Q-Daten nach Cattell), die sich auf Selbstauskünfte der Patienten beschränken, eine weitere Datenmodalität einzubeziehen, die den Behandlungserfolg bewerten kann, wurde die jeweilige Fremdbeurteilung des Bezugstherapeuten des Patienten als Diagnostiker und Behandler (L'-Daten) berücksichtigt (vgl. Amelang & Zielinski, 2002): Die globale Einschätzung der Symptomverbesserung erfolgte unter Zuhilfenahme der Angaben in den Entlassberichten; die Itemskalierung ist dichotom (Verbesserung vs. keine Verbesserung).

Hinzu kommt, dass somit neben der indirekten¹⁸ Veränderungsmessung eine direkte¹⁹ (wenn auch in sehr geringem Umfang und innerhalb einer anderen Datenmodalität) miteinbezogen wurde.

¹⁷ Die sechsstufige Antwortskala bewegt sich von --- (= sehr falsch) über --, -, + und ++ bis +++ (= sehr richtig).

¹⁸ Indirekte Veränderungsmessung liegt vor, „wenn ein- und dieselbe Messung zu wiederholten Zeitpunkten vorgenommen wird, um etwas das Ausmaß der zwischen den Messungen eingetretenen Veränderungen und deren Stabilität abschätzen zu können“ (Amelang & Zielinski, 2002, S. 411).

¹⁹ Direkte Veränderungsmessung erfolgt in Form einer Einmalerhebung durch eine retrospektive Einschätzung (Fydrich, 2002; S. 563f)

Aus ökonomischen Gründen, die insbesondere auch den möglichen Arbeitsaufwand betreffen, den ein Bezugstherapeut zu seiner alltäglichen Arbeit leisten kann, wurde hier eine Ein-Item-Erfassung verwendet, was natürlich – auch bei der statistischen Auswertung – Nachteile mit sich bringt: So kann beispielsweise keine Aussage über die Reliabilität gemacht werden.

Hinzu kommt die Schwierigkeit, dass der Behandler selbst hier nicht nur die Symptomatik des Patienten, sondern auch seinen eigenen Behandlungserfolg einschätzt, was vermutlich zu Lasten der Objektivität²⁰ geht und zu subjektiven Verzerrungen im Sinne einer zu positiven Einschätzung führen kann (vgl. auch Wottowa, 1996).

Die Auswertung der Entlassberichte soll dennoch dazu beitragen, die tagesklinische Behandlung zu evaluieren. Es wird weiterhin ein Zusammenhang zwischen der Symptomverbesserung in der Selbsteinschätzung [Veränderung der globalen psychischen Belastung (GSI) der SCL-90-R] angenommen, was Hinweise auf die Validität des Verfahrens geben kann.

5.1.6 Basisdokumentation

Mittels der Basisdokumentation werden in der vorliegenden Studie demographische Variablen registriert. Im Einzelnen umfasst diese Alter, Geschlecht, sozialen Status (operationalisiert über die berufliche Situation) und soziale Situation (operationalisiert durch Familienstand und familiäre Situation). Außerdem werden Diagnosen, Behandlungsdauer sowie Aufnahmesituation (Erstbehandlung oder wiederholte (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung) und die weitere Nachsorge nach Entlassung aus der tagesklinischen Behandlung einbezogen.

²⁰ Objektivität im Sinne der Gütekriterien als Unabhängigkeit des Testergebnisses vom Testanwender (vgl. Bortz & Döring, 1995)

5.1.7 Diagnose nach ICD-10

Bei der klinischen Diagnostik geht es um die „Messung und Beschreibung intra- wie inter-individueller psychischer/psychologischer Unterschiede, wobei vor allem der intraindividuelle Aspekt (Veränderung) von besonderer Bedeutung ist.“ (Stieglitz, 2008, S. 14).

In Abbildung 5.1. finden sich die Beschreibungsebenen psychischer Phänomene, wobei Symptome die elementarste Ebene darstellen, die bei personenübergreifender überzufälliger gemeinsamer Auftretenshäufigkeit als Syndrome zusammengefasst werden. Ist die Konstellation von Symptomen als nicht unabhängig voneinander anzusehen, so spricht man von Störungen oder Diagnosen (Stieglitz, 2008).

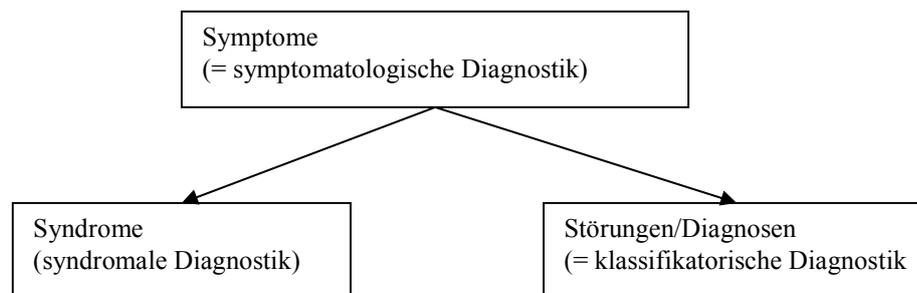


ABBILDUNG 5.1: BESCHREIBUNGSEBENEN PSYCHISCHER PHÄNOMENE (AUS STIEGLITZ, 2008, S. 13)

Zur Diagnosestellung in der Einrichtung, in der diese Untersuchung durchgeführt wird, wird bei Aufnahme eines Patienten der psychische Befund erfasst, wobei als störungsübergreifendes Fremdbeurteilungsverfahren das AMDP-System (1995) zu Hilfe genommen wird, welches neben den Beobachtungen des Untersuchers auch die Darstellungen des Untersuchten erfasst. Das AMDP-System kann den psychologischen Tests zugeordnet werden, da „vor allem bezüglich der Hauptkriterien Reliabilität und Validität gute bis sehr gute Kennwerte vorliegen; bezüglich der Objektivität sind [allerdings...] Einschränkungen vorhanden.“ (Baumann & Stieglitz, 1997, S. 40).

Im psychischen Befund werden nach Huber (1999, S. 1) die „mittels der psychiatrischen Exploration [...] erlangten Ergebnisse und [...] die] Beobachtungen über Verhalten und Ausdruck des Patienten“ eingeordnet, d. h. der Bericht über die subjektiven Symptome des Patienten werden mit der Fremdeinschätzung des Diagnostikers vereint. Er „berücksichtigt die für die Diagnostik wichtigsten seelischen Funktionen und Störungen“ (Huber, 1999, S. 20). Zum

psychischen Befund gehören nach der AMDP (1995) die Bereiche der Beeinträchtigung von Bewusstseinslage, Orientierung, Kognition, Mnestik und Sinnestäuschungen sowie die der inhaltlichen (inkl. Wahn und Ich-Störungen) und formalen Denkstörungen. Weiterhin umfasst er Störungen der Affektivität, von Antrieb und Psychomotorik sowie circadiane Besonderheiten und weitere Schwierigkeiten, wie sozialen Rückzug, Umtriebigkeit, Aggressivität, Suizidalität, Selbstverletzung, Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht oder Pflegebedürftigkeit. Huber (1999) zählt zusätzlich noch Intelligenz und Persönlichkeit hinzu.

Der psychische Befund stellt eine Art Raster dar, in welches die Ergebnisse der Exploration und Beobachtung des Patienten eingeordnet werden. Diese Einschätzungen des Untersuchers bilden gemeinsam mit den Angaben des Untersuchten und der Anamnese eine Grundlage für die Diagnosevergabe nach ICD-10.

Die ICD-10 ist das maßgebliche Klassifikationssystem für das Gesundheitswesen in Deutschland. In Kapitel V (F) werden psychische Störungen kategorial unterschieden; Anzahl, Schwere, Dauer etc. verschiedener Symptome für die Vergabe einzelner Diagnosen sind festgelegt. In der ICD-10 sind zehn Hauptgruppen enthalten (Tabelle 5.1), der jeweils Unterkategorien zugeordnet sind (Dilling et al., 2000; Amelang & Zielinski, 2002):

TABELLE 5.1: ÜBERSICHT ÜBER DIE DIAGNOSTISCHEN KATEGORIEN DER ICD-10, HAUPTGRUPPEN, KAPITEL V (F)

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

Die ICD-10 lässt nur einen geringen Interpretationsspielraum zu, wobei jedoch gerade die Version „klinisch-diagnostische Leitlinien“, die in der klinischen Praxis und auch für die

Diagnosestellung in der Tagesklinik eingesetzt wird, mehr Flexibilität und Entscheidungsspielraum zulässt als die Version „Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis“ (Stieglitz, 2008; Dilling et al., 2000; Fydrich, 2002). Die Möglichkeit, dem Kliniker Raum für sein klinisches Urteil zu geben, bringt jedoch auch Nachteile – gerade in Bezug auf die Interraterreliabilität – mit sich, was in Tabelle 5.2 aufgeführt ist. Die Forschungskriterien sind jedoch für den wissenschaftlichen Gebrauch gedacht und eignen sich mit ihren strengen Diagnosekriterien nicht für die individuelle Diagnostik (vgl. Krampen, 1998).

TABELLE 5.2: VERGLEICH DER INTERRATERRELIABILITÄT (KAPPA) DER ICD-10: LEITLINIEN VS. FORSCHUNGSKRITERIEN (STIEGLITZ, 2008, S. 127)

Diagnosegruppe	Kappa der Leitlinien	Kappa der Forschungskriterien
F0	.78	.83
F1	.80	.89
F2	.82	.88
F3	.77	.83
F4	.74	.83
F5	.91	.87
F6	.51	.65
F7	.77	.97

Der Vergleich der Leitlinien mit den Forschungskriterien der ICD-10 zeigt Vorteile der letzteren in Bezug auf die Präzision. Dennoch werden auch bei ersteren mit Einschränkung bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) durchweg gute Werte erzielt.²¹ Checklisten oder strukturierte Interviews (wie z. B. IDCL, SKID), die Fehlerquellen des diagnostischen Prozesses reduzieren könnten, werden in der tagesklinischen Einrichtung nicht eingesetzt.

Reliabilität²² und Validität²³ der Diagnosen konnten insgesamt durch die operationale Definition psychischer Störungen der Klassifikationssysteme deutlich erhöht werden (Fydrich, 2002).

²¹ Nach Bortz und Döring (1995) sprechen Kappa-Werte von über .70 für eine gute Übereinstimmung der Beobachtungen

²² Die Reliabilität ist das „Gütekriterium eines Tests ..., das angibt, wie stark die Meßwerte durch Störeinflüsse und Fehler belastet sind“ (Bortz & Döring, 1995, S. 625).

²³ „Ein Erhebungsinstrument ist valide, wenn es das mißt, was es zu messen vorgibt“ (Bortz & Döring, 1995, S. 628).

In dieser Untersuchung werden die Diagnosen der Patienten nach ICD-10 (Kaptitel V, F)²⁴ – vergeben vom jeweiligen Bezugstherapeuten – zur Überprüfung der Fragestellungen bezüglich der Unterschiede in den Vertrauensaspekten herangezogen.

5.3 Untersuchungsdurchführung und Stichprobenbeschreibung²⁵

In der vorliegenden Studie ist die summative Evaluation der tagesklinischen Behandlung von Interesse. Daher wurde eine Prä-Post-Untersuchung durchgeführt: Die Patienten erhielten vor und nach der Behandlung im Rahmen der testpsychologischen Diagnostik²⁶ die oben beschriebenen Fragebögen, die aufgrund der für die Behandlung wesentlichen diagnostischen Information nicht anonym²⁷ bei der Versuchsleitung abgegeben wurde.

In einem festgelegten Zeitraum wurden alle tagesklinisch aufgenommenen Patienten untersucht (Totalerhebung); daher handelt es sich – weil eine natürliche Gruppe verglichen wird – um eine vorexperimentelle Studie, was sich positiv auf die externe und nachteilig auf die interne Validität auswirkt: Die Forschung innerhalb der Gegebenheiten bringt eine geringere Möglichkeit der Kontrolle von Störvariablen mit sich, bildet jedoch andererseits die Realität besser ab (vgl. Bortz & Döring, 1995; Bierhoff & Rudinger, 1996). Eine experimentelle Studie mit Randomisierung und Wartekontrollgruppe wäre aus ethischen Gründen nicht möglich gewesen: Die Wartelisten der ambulanten Psychotherapeuten ist sehr lang, und häufig ist eine schnelle Weiterbehandlung (für Patienten im stationären Bereich) oder rasche Krisenintervention für Patienten, die bislang ohne Behandlung waren, erforderlich. Es wäre unethisch, diesen die Hilfe zu verwehren. Neben diesen Gründen kommt ein wirtschaftliches Interesse hinzu: Eine Wartekontrollgruppe könnte eine Unterbelegung der kleinen Einrichtung mit sich bringen, was von der Trägerseite nicht geduldet würde.

²⁴ Die Diagnosevergabe erfolgt im tagesklinischen Rahmen in der Regel auf drei der fünf Kodierungsebenen.

²⁵ Die Beschreibung der Einrichtung findet sich aus inhaltlichen Gründen in Kapitel 2.3.

²⁶ Die Fragebogenstudie erfolgte unter der Voraussetzung der freiwilligen aufgeklärten Teilnahme (informed consent) (vgl. Krampen & Hank, 2004b, S. 28).

²⁷ Da in der Anamnese deutlich intimere Sachverhalte erfragt werden und Behandlung jeweils freiwillig erfolgt, ist trotz des Verzichts auf Anonymität davon auszugehen, dass die Verfälschung zu vernachlässigen ist.

Die Stichprobe setzt sich aus 200 tagesklinischen Patienten zusammen, die im Zeitraum von Oktober 2002 bis Februar 2004 teilstationär aufgenommen worden waren²⁸, wobei 119 Patienten sowohl die Fragebögen der Prä- als auch die der Postmessung ausfüllten (näheres zur Drop-out-Rate s. Abbildung 5.4). Die Patienten unterscheiden sich sowohl in den soziodemographischen Variablen als auch in Diagnosen und Behandlungszeiträumen.

Im Folgenden findet sich die Beschreibung der Stichprobe, wobei die erhobenen Variablen eng an die in der Psychiatrie übliche Basisdokumentation (BADO) angelehnt sind. Zunächst werden die soziodemographischen Größen beschrieben, im weiteren Verlauf finden sich die behandlungs- und krankheitsbezogenen.

In Tabelle 5.3 sind die soziodemographischen Variablen aufgeführt: Bezüglich des Lebensalters der Patienten liegt der Mittelwert bei 43,62 Jahren (Standardabweichung: 15,91); die Altersspanne reicht von 16 bis 80 Jahren. Für die weitere Berechnung wurden – in Anlehnung an die Aufteilung in der SCL-90-R – Altersgruppen gebildet, die jedoch aufgrund der tagesklinischen Rahmenbedingungen im Alter stärker, in der Jugend weniger differenzieren. Ähnlich stark vertreten sind hier jeweils die Altersgruppen von 30 – 39 (20 %) und 40 – 49 (23,5 %) sowie die von 20 – 29 (16 %) und 50 – 59 (17,5 %). Seltener vertreten sind die bis zu 19jährigen (6 %), die 60 – 69jährigen (7,5 %) und die 70 – 79jährigen (8,5 %). Mit 2 Patienten (1 %) ist die Gruppe der 80 – 89jährigen die kleinste.

Frauen sind in der tagesklinischen Behandlung mit 55 % der Patienten etwas häufiger vertreten als Männer (45 %).

Ca. ein Drittel der Behandelten sind jeweils ledig (36 %) oder verheiratet (35 %); 20 % sind verwitwet und nur 9 % geschieden.

29 % der Patienten leben allein, ca. zwei Drittel (66 %) gemeinsam mit Angehörigen (nur mit Partner: 23,5 %; nur mit Kindern: 5,5 %; mit Partner und Kindern: 21 %; mit Eltern(teil): 12 %, mit sonstigen Verwandten: 4 %) und 4,5 % wohnen mit nicht verwandten Personen zusammen (meist im betreuten Wohnangebot, z. B. in einer beschützten Ausbildung oder einer Einrichtung für psychisch Kranke).

²⁸ Die Fragebogenstudie erfolgte unter der Voraussetzung der freiwilligen aufgeklärten Teilnahme (informed consent) (vgl. Krampen & Hank, 2004b, S. 28).

Die meisten der tagesklinischen Patienten, nämlich 53,5 %, sind erwerbstätig (vollzeiterwerbstätig: 30 %, teilzeiterwerbstätig: 8 %, geschützt beschäftigt: 5 %, in Ausbildung: 10,5 %). 22 % sind verrentet (davon 1 % mit Zuverdienst), 19,5 % arbeitslos und 4 % befinden sich in häuslicher Bindung (z. B. Hausfrau, Kindererziehung).

TABELLE 5.3: STICHPROBENBESCHREIBUNG: SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN

soziodemographische Variable		Häufigkeit	Prozent	gesamt
Alter in Jahren ^a	bis 19	12	6 %	200
	20 – 29	32	16 %	
	30 – 39	40	20 %	
	40 – 49	47	23,5 %	
	50 – 59	35	17,5 %	
	60 – 69	15	7,5 %	
	70 – 79	17	8,5 %	
	80 – 89	2	1 %	
Geschlecht	Weiblich	110	55 %	200
	Männlich	90	45 %	
Familienstand	Ledig	72	36 %	200
	Verheiratet	70	35 %	
	Verwitwet	40	20 %	
	Geschieden	18	9 %	
Familiensituation/Wohnsituation	ohne Partner, allein lebend	58	29 %	199
	ohne Partner, aber mit Kindern lebend	11	5,5 %	
	mit Partner, ohne Kinder lebend	47	23,5 %	
	mit Partner, mit Kindern lebend	42	21 %	
	mit Eltern(-teil) lebend	24	12 %	
	mit sonstigen Angehörigen lebend	8	4 %	
	mit nicht verwandten Personen lebend	9	4,5 %	
berufliche Situation/Erwerbstätigkeit	Vollzeiterwerbstätig	60	30 %	198
	Teilzeiterwerbstätig	16	8 %	
	geschützt beschäftigt	10	5 %	
	verrentet ohne Zuverdienst	42	21 %	
	verrentet mit Zuverdienst	2	1 %	
	Arbeitslos	39	19,5 %	
	in Ausbildung	21	10,5 %	
	in häuslicher Bindung	8	4 %	

Anmerkung:

^a Für diese Variablen wurden nachträglich Kategorien gebildet.

N = 200

In Tabelle 5.4 finden sich die krankheits- und behandlungsbezogenen Variablen: Kommen Patienten in die tagesklinische Einrichtung, so sind sie zu 63 % in der Vergangenheit jemals (teil-)stationär psychiatrisch vorbehandelt, zu mehr als einem Drittel (37 %) ist die gegenwärtige Behandlung die erste. Nicht berücksichtigt ist hierbei, wie lange die letzte (teil-)stationäre Behandlung zurückliegt, so dass in der Gruppe der jemals vorbehandelten auch akut Behandlungsbedürftige inbegriffen sind.

TABELLE 5.4: STICHPROBENBESCHREIBUNG: KRANKHEITS- UND BEHANDLUNGSBEZOGENE VARIABLEN

krankheits-/behandlungsbezogene Variable		Häufigkeit	Prozent	gesamt
Vorbehandlung	Erstbehandlung	74	37 %	200
	(teil-)stationär vorbehandelt	126	63 %	
Weiterbehandlung/Nachsorge	ambulant psychiatrisch/psychotherapeutisch	130	65 %	185
	stationär psychiatrisch	14	7 %	
	psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme	11	5,5 %	
	Internistisch	7	3,5 %	
	keine	23	11,5 %	

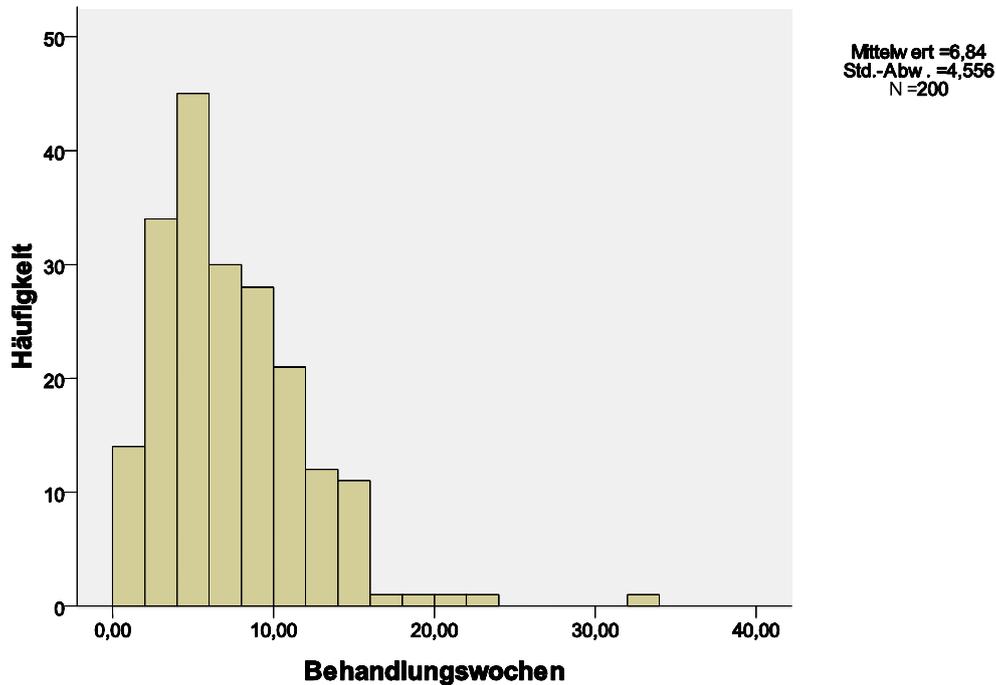
Anmerkung:

N = 200

In Tabelle 5.5 findet sich weiterhin die Nachsorge bzw. der Entlassmodus im Anschluss an den teilstationären Aufenthalt: Bei 65 % wurde eine ambulante psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung empfohlen, bei 5,5 % wurde eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in die Wege geleitet. 12,5 % mussten vollstationär verlegt werden, davon 7 % psychiatrisch, 3,5 % internistisch. Bei 11,5 % erschienen keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Die Behandlungsdauer erstreckt sich von einem Tag bis hin zu 219 Tagen. In Abbildung 5.2 findet sich die Häufigkeitsverteilung der Behandlungswochen, wobei der Mittelwert bei 6,84 Wochen liegt.

ABBILDUNG 5.2: BEHANDLUNGSZEIT IN WOCHEN



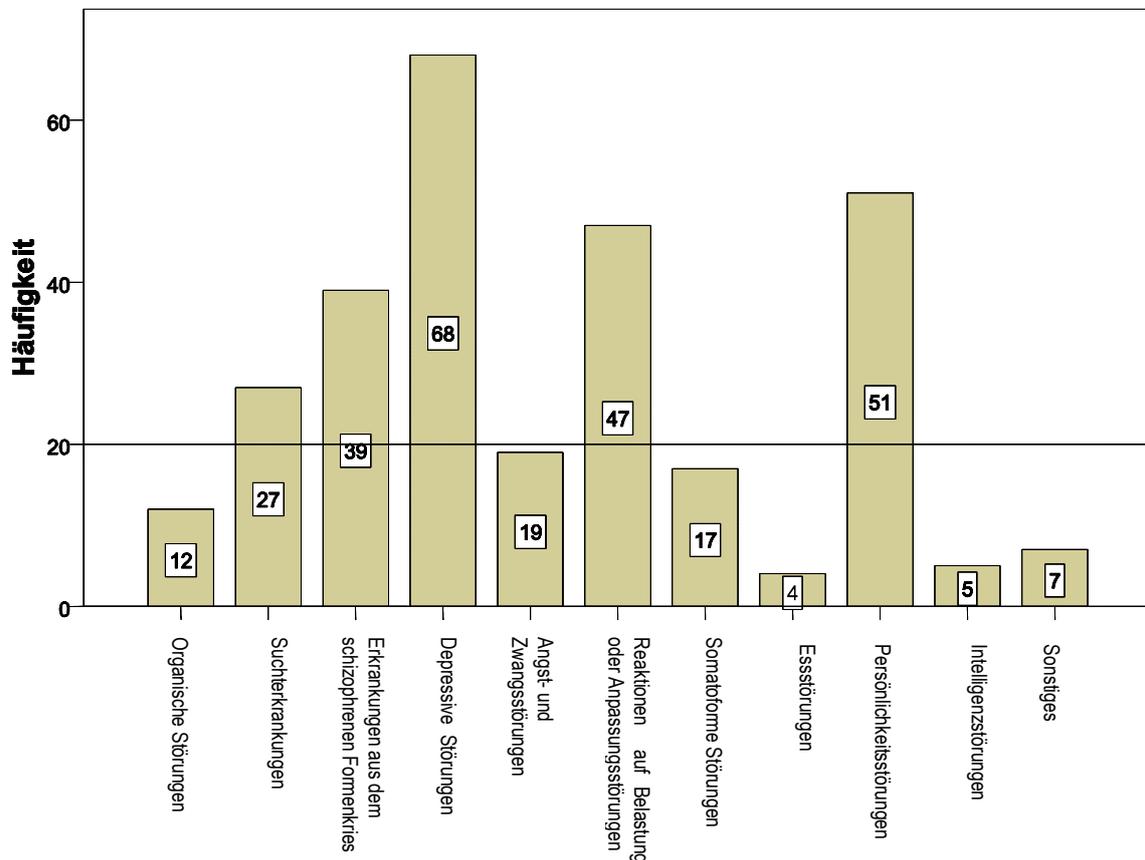
Bezüglich der Diagnosen wurden Erst- und Zweitdiagnosen erfasst, wobei dies keine Rangfolge darstellt, d. h. es lässt sich nicht von Haupt- und Nebendiagnose sprechen. Dies steht im Einklang zum Komorbiditätsprinzip der ICD-10, in der keine hierarchische Festlegung der Störungen erfolgt (Frydrich, 2002).

Die einzelnen psychischen Störungen wurden zur Auswertung in enger Anlehnung an die ICD-10 in Diagnosegruppen zusammengefasst. Eine Einteilung der Diagnosen in drei Gruppen (Neurose, Psychose – inkl. Borderlinestörung – und Sucht), wie Bock (1985) dies vorgenommen hat, erscheint etwas grob und mit Einführung der ICD-10 als nicht mehr zeitgemäß.

In der folgenden Abbildung 5.3 sind alle Diagnosegruppen – unabhängig von Erst- oder Zweitdiagnose – in ihrer Häufigkeit aufgeführt, in Tabelle 5.5 erscheinen diese getrennt. Schaut man sich die Verteilung der Diagnosen an, so fällt auf, dass am häufigsten eine depressive Störung (23 %), gefolgt von Persönlichkeits- (17,2 %), Anpassungs-/Belastungs- (15,9 %) und schizophrenen Störungen (13,2 %) diagnostiziert wurde. Seltener traten Suchterkrankungen (9,1 %), Ängste/Zwänge (6,4 %), somatoforme (5,7 %) oder organische (4,1 %) Störungen auf. Essstörungen (1,4 %) und Intelligenzstörungen (1,7 %) fanden sich eher in

Einzelfällen. Hier zeigt sich die Vielfalt der Störungsbilder, die innerhalb der Einrichtung behandelt werden.

ABBILDUNG 5.3: HÄUFIGKEIT DER DIAGNOSEN (ERST- UND ZWEITDIAGNOSE GEMEINSAM)



Anmerkungen:

N = 200; n1 = 200, n2 = 96

Tabelle 5.5 zeigt demgegenüber die diagnostischen Zuweisungen getrennt nach Diagnose und komorbider psychischer Erkrankung. Eine Komorbidität lag bei 48 % aller Patienten vor. Für diese Untersuchung wird sich in Bezug auf die Diagnosen auf solche beschränkt, die eine Fallzahl von mindestens 20 erreichen (grau unterlegt). Die Persönlichkeitsstörungen werden hier aufgrund der Inhomogenität der Gruppe nicht berücksichtigt.

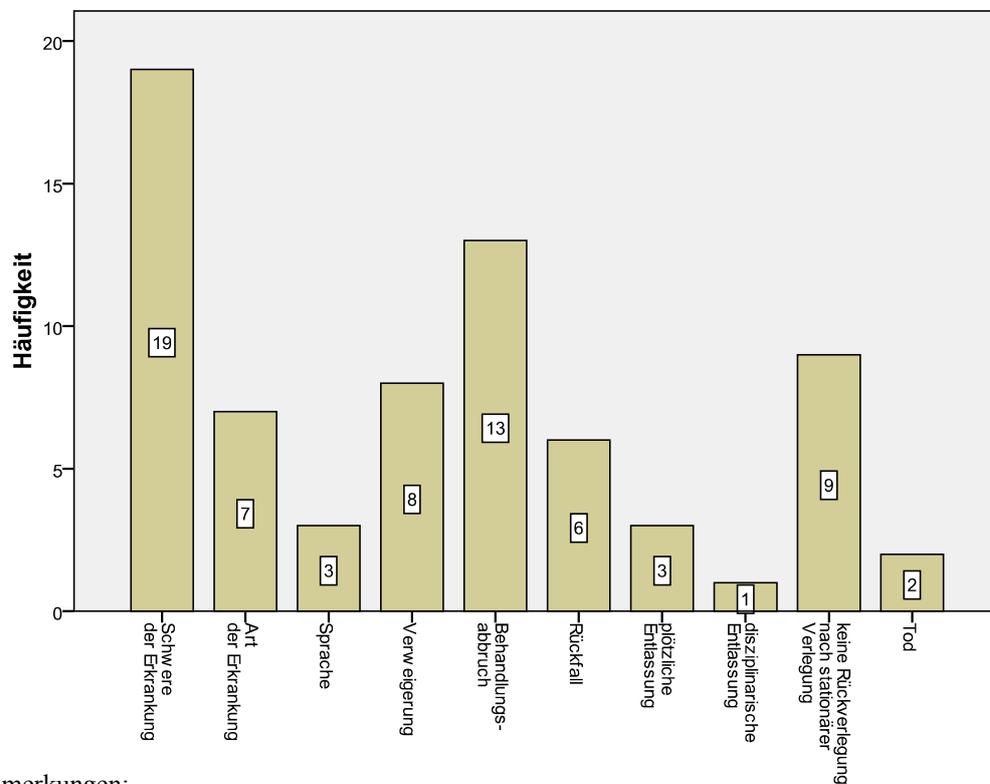
TABELLE 5.5: DIAGNOSE UND KOMORBIDITÄT

	Diagnose		Komorbidität	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Organische Störungen	6	3.0	6	3.0
Suchterkrankungen	22	11.0	5	2.5
Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	38	19.0	1	.5
Depressive Störungen	61	30.5	7	3.5
Angst- und Zwangsstörungen	15	7.5	4	2.0
Reaktion auf Belastung oder Anpassungsstörungen	35	17.5	12	6.0
Somatoforme Störungen	8	4.0	9	4.5
Essstörungen	2	1.0	2	1.0
Persönlichkeitsstörungen	6	3.0	45	22.5
Intelligenzstörungen	4	2.0	1	.5
Sonstiges	3	1.5	4	2.0
gesamt	200	100.0	96	48.0

Anmerkungen:

N = 200; n1 = 200, n2 = 96

ABBILDUNG 5.4: GRÜNDE FÜR DROP-OUT

Anmerkungen:

N = 200,

n1 (regulär ausgefüllt) = 119

n2 (Drop out) = 81, davon fehlend: 10

Die Rücklaufquote bzgl. Prä- und Post-Messung betrug 59,50 %: 119 der 200 Patienten haben die Fragebogen sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Behandlung ausgefüllt.

Die Drop-out-Rate stellt ein Problem dar, das bei psychiatrischen Patienten eine besondere Rolle spielt. Einerseits können Art und Schwere der Erkrankung mit ausgeprägten Konzentrations- und Antriebsproblemen das Ausfüllen von Fragebögen erschweren oder gar verhindern, bei Patienten mit paranoiden Störungen kommt möglicherweise ein Misstrauen, was mit den Daten geschieht, hinzu, welches sich je nach Ausprägung möglicherweise selbst durch ausführliche Erläuterungen nicht ausräumen lässt. Von daher finden sich in Abbildung 5.4 die Gründe für ein vollständiges oder teilweises Fehlen der Bögen, wobei hier die Schwere der Erkrankung mit 9,5 % die häufigste Ursache war. Weitere Gründe waren die Art der Erkrankung (3,5 %), sprachliche Schwierigkeiten (1,5 %) oder auch Verweigerung (4 %) Ein nicht reguläres Ende der Behandlung (Behandlungsabbruch, Rückfall, plötzliche Entlassung, keine Rückverlegung aus dem stationären Rahmen) betraf zusammengefasst 17 % der Fälle (vgl. Abb. 5.4), wobei dadurch auch zum Teil nur die Prä-Messung vorliegt.

6 Skalen- und Itemanalysen

Innerhalb dieses Kapitels finden sich die Analysen der einzelnen – im Methodenteil schon vorgestellten – Skalen. Auch deren Gütekriterien (sowohl aus der Literatur – soweit vorhanden – als auch bzgl. der Stichprobe) werden hier aufgeführt. Hinzu kommen Item- und Faktorenanalysen bzw. Deskriptivstatistiken sowie erste Überlegungen zur konvergenten²⁹ Validität für die beiden Forschungsinstrumente „Fragebogen zum interpersonalen Vertrauen“ und „Fremdeinschätzung des Behandlungserfolgs“. Eine zusammenfassende Beurteilung der eingesetzten Instrumente schließt das Kapitel ab.

6.1 Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL-90-R)

Die Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL-90-R) ist ein häufig angewandtes und vielfach überprüfetes Verfahren, bei dem bekannt ist, dass die Einzel-Skalen nicht unabhängig voneinander sind (vgl. Kapitel 5).

Bezüglich der Reliabilität lässt sich festhalten, dass die im Manual angegebenen internen Konsistenzen der neun Skalen passabel sind: Cronbachs Alpha lag in der Eichstichprobe zwischen $\alpha = .75$ (Phobische Angst) und $\alpha = .87$ (Depressivität); für den globalen Index psychischer Belastung (GSI) findet sich eine sehr gute interne Konsistenz von $\alpha = .96 - .98$ bei ebenfalls guten Retestreliabilitäten.

Neben der gegebenen Augenscheinvalidität der Items liegen Befunde zur konvergenten, diskriminanten³⁰ und differentiellen³¹ Validität vor. Auch die Objektivität genügt den Ansprüchen (Bortz & Döring, 1995; Franke, 2002).

²⁹ „Konvergente Validität liegt vor, wenn mehrere Methoden dasselbe Konstrukt übereinstimmend messen, d. h. wenn verschiedene Operationalisierungen desselben Konstrukts auch zu ähnlichen Ergebnissen führen“ (Bortz & Döring, 1995, S. 187).

³⁰ „Das Kriterium der diskriminanten Validität fordert, dass sich das Zielkonstrukt von anderen Konstrukten unterscheidet“ (Bortz & Döring, 1995, S. 187).

³¹ Differentielle Validität: „Korrelationen zwischen Testwert und Kriterium [...] [fallen] in unterschiedlichen Populationen verschieden aus“ (Bortz & Döring, 1995, S. 186).

In der vorliegenden Stichprobe sind die internen Konsistenzen für die Skalen zum Teil noch höher als in der Eichstichprobe. In Tabelle 6.1 werden die Reliabilitäten und die Deskriptivstatistik der Symptomcheckliste für die erhobene Stichprobe aufgeführt.

TABELLE 6.1: SKALENWERTE „SYMPTOMCHECKLISTE“

Skala	Deskriptivstatistik [#]					N*	Reliabilität		
	Trennschärfen-Spannweite	AD	SD	Schiefe			Cronbachs Alpha	Spearman-Brown Split-Half	Guttman Split-Half
				Statistik	Standardfehler				
Somatisierung ^a	.46 – 1.71	1.25	.91	.71	.19	139	.90	.77	.87
Zwanghaftigkeit ^a	.45 – .70	1.64	.90	.18	.19	128	.87	.79	.88
Unsicherheit im Sozialkontakt ^a	.34 – .70	1.44	.91	.50	.19	137	.81	.79	.78
Depressivität ^a	.39 – .81	1.70	.91	.17	.19	127	.91	.91	.90
Ängstlichkeit ^a	.41 – .74	1.40	.92	.70	.19	133	.89	.84	.84
Aggressivität/ Feindseligkeit ^b	.42 – .67	1.02	.91	1.08	.19	147	.82	.80	.80
Phobische Angst ^b	.40 – .72	1.00	.95	1.13	.19	142	.85	.82	.80
Paranoides Denken ^b	.42 – .63	1.27	.92	.49	.19	138	.78	.75	.75
Psychotizismus ^b	.28 – .58	.89	.72	.99	.19	138	.75	.78	.77
GSI ^a	.15 – .76	1.33	.74	.43	.19	88	.97	.94	.94

Anmerkungen:[#]164 < N > 165

Messzeitpunkt 1

AD: Mittelwert

SD: Standardabweichung

*listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur (N gesamt: 200)

^aSchiefe: Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest sind die Skalen normalverteilt.^bSchiefe: Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest sind die Skalen nicht normalverteilt.

Skalenniveau: Intervallskala

6.2 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)

Auch der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung stellt ein etabliertes, an einer repräsentativen Stichprobe normiertes Verfahren ($N = 2028$ Erwachsene) dar, weshalb keine Itemanalysen erforderlich sind. Zur Messung der ersten Komponente der Vertrauenstrias, dem Selbstvertrauen, dient die Sekundärskala FKK-SKI. Die Objektivität des Verfahrens ist ebenso gegeben wie seine Reliabilität (Cronbachs Alpha: $\alpha = .70 - .89$; Spearman-Brown: $r_{tt} = .64 - .73$). Außerdem liegen zahlreiche Befunde zur konvergenten, differentiellen und diskriminanten Validität vor (vgl. Krampen, 1991).

In der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung finden sich etwas niedrigere Reliabilitäten der Skala FKK-SKI als in der Eichstichprobe (interne Konsistenz: $\alpha = .68$); diese und weitere Skalenwerte (auch für die übrigen Skalen des FKK) finden sich in Tabelle 6.2.

TABELLE 6.2: SKALENWERTE „FRAGEBOGEN ZU KOMPETENZ- UND KONTROLLÜBERZEUGUNG“

Skala	Trennschärfe- Spannweite	Deskriptivstatistik [#]				N*	Reliabilität		
		AD	SD	Schiefe			Cron- bachs Alpha	Spearman- Brown Split-Half	Guttman Split- Half
				Statistik	Standard- fehler				
FKK-I	.09 – .51	3.57	.71	.00	.19	146	.57	.60	.60
FKK-SK	.12 – .53	3.22	.94	.81	.19	147	.59	.49	.46
FKK-P	.24 – .59	3.61	.86	-.14	.19	152	.76	.65	.64
FKK-C	.26 – .53	3.57	.85	-.41	.19	149	.72	.65	.64
FKK-SKI	.00 – .64	3.40	.68	.39	.19	139	.68	.55	.53
FKK-PC	.29 – .64	3.59	.75	-.47	.19	144	.83	.75	.75

Anmerkungen:

[#]161 < N > 162

Messzeitpunkt 1

AD: Mittelwert

SD: Standardabweichung

*listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur (N gesamt: 200)

Schiefe: Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest sind alle Skalen normalverteilt.

Skalenniveau: Intervallskala

6.3 Fragebogen zum interpersonalen Vertrauen (IPV)

Der Fragebogen zum interpersonalen Vertrauen (IPV), der die zweite Komponente der Vertrauenstrias messen soll, stellt ein Forschungsinstrument dar und wird daher auch auf seine Skalen- und Itemeigenschaften überprüft. In Tabelle 6.3 finden sich die item- und faktorenanalytischen Befunde, die Skalenwerte in Tabelle 6.4.

TABELLE 6.3: ITEM- UND FAKTORENANALYTISCHE BEFUNDE ZUR SKALA „INTERPERSONALES VERTRAUEN“

Item	Itemanalyse				Faktorenanalyse	
	AD	SD	r_{it}	p_i	a_{ij}	h^2
Den meisten Menschen aus meinem Ort/meiner Nachbarschaft vertraue ich. (IPV1)	3.30	1.43	.51	.55	.65	.42
Auch auf meine Freunde kann ich nicht immer zählen. (IPV2*)	3.42	1.43	.38	.57	.48	.23
Zeitweilig misstrauere ich auch meinem Lebenspartner. (IPV3*)	3.96	1.73	.49	.67	.61	.37
Gegenüber den meisten meiner Nachbarn gilt für mich der Grundsatz: „Vertrauen ist gut, Vorsicht ist besser“. (IPV4*)	2.86	1.36	.39	.47	.52	.27
Auch zurzeit kann ich mich auf meine Freunde grundsätzlich verlassen. (IPV5)	3.95	1.45	.45	.65	.57	.32
Fremden gegenüber bin ich misstrauisch. (IPV6*)	2.68	1.28	.30	.45	.42	.18
Den meisten Menschen, mit denen ich in meinem Alltag zu tun habe (bei der Arbeit, in der Ausbildung, bei Einkaufen oder ähnliches), vertraue ich. (IPV7)	3.48	1.38	.56	.58	.68	.46
Auf meine Familie kann ich bauen. (IPV8)	4.36	1.55	.45	.73	.58	.33
Ich setze völliges Vertrauen in meinen Partner. IPV9	4.21	1.60	.40	.71	.51	.26
Auch bei Alltagskontakten (bei der Arbeit, in der Ausbildung, beim Einkaufen oder Ähnlichem) muss ich häufig wachsam sein. (IPV10*)	3.06	1.21	.36	.50	.48	.23
Ich bin mir nicht immer sicher, ob ich meinen Angehörigen wirklich vertrauen kann. (IPV11*)	3.84	1.51	.49	.63	.61	.37
Ich gebe Leuten, die ich neu kennen lerne, einen Vertrauensvorschuss. (IPV12)	3.52	1.31	.25	.59	.35	.12

Anmerkungen:

218 < N < 277

* transformiert

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

AD = Mittelwert

SD = Streuung

r_{it} = Trennschärfe

p_i = Schwierigkeitsindex; wurde wie folgt berechnet: $p_i = \sum_{m=1}^n x_{im} / (k_i * n)$ (Bortz & Döring, 1995, S. 199)

a_{ij} = Faktorladung des Items i auf dem Faktor j

h^2 = Kommunalität

Die exploratorische Faktorenanalyse nach dem Eigenwertkriterium, welches vorschlägt, die Hauptkomponenten, deren Eigenwert größer als eins ist, zu extrahieren, weist vier

Eigenwerte, die über eins liegen, auf (Eigenwerte: (1) = 3.57, (2) = 2.04, (3) = 1.35, (4) = 1.05, (5) = .88); eine vierfaktorielle Lösung macht inhaltlich jedoch keinen Sinn. Da auch das Ergebnis des Scree-Tests an dieser Stelle nicht von Nutzen ist und die Entscheidung für oder gegen eine Lösung inhaltlich erfolgt, wird eine einfaktorielle Lösung (Varianzaufklärung: 29,78 %), die der theoretischen Konzeption entspricht, herangezogen.

Item 12 weist sowohl eine geringe Trennschärfe ($r_{it} \geq .30$)³² als auch eine geringe Faktorladung ($a_{ij} \geq .40$)³³ auf. Da sich die bereits gute interne Konsistenz ($\alpha = .78$) jedoch bei Entfernung des Items nicht weiter verbessern würde, verbleibt es in der Skala. Die Schwierigkeitsindices befinden sich für alle Items im mittleren Bereich (leichtestes Item: IPV8: $p_i = .73$; schwierigstes Item: IPV6: $p_i = .45$) und können damit alle verwendet werden.

TABELLE 6.4: SKALENWERTE „FRAGEBOGEN ZUM INTERPERSONALEN VERTRAUEN“

Skala	Trennschärfen-Spannweite	Deskriptivstatistik [#]					Reliabilität		
		AD	SD	Schiefe		N*	Cronbachs Alpha	Spearman-Brown Split-Half	Guttman Split-Half
				Statistik	Standardfehler				
IPV	.25 – .51	3.55	.80	.18	.19	130	.78	.76	.76

Anmerkungen:

[#]N = 160

Messzeitpunkt 1

AD = Mittelwert

SD = Streuung

*listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur (N gesamt: 200)

Schiefe: Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest ist die Skala normalverteilt.

Skalenniveau: Intervallskala

Korreliert man den „Fragebogen zum interpersonalen Vertrauen“ mit der Skala „Paranoides Denken“ der SCL-90-R, so findet sich erwartungsgemäß ein hochsignifikanter negativer Zusammenhang ($p < .01$); der Korrelationskoeffizient von $r = -.52$ (Messzeitpunkt 1) bzw. $-.53$

³² Nach Bortz und Döring (1995, S. 200) sind bei Trennschärfenkoeffizienten positive Werte von $r_{it} = .30$ bis $.50$ mittelmäßig und solche von über $r_{it} = .50$ hoch.

³³ Die Faktorladung eines Items sollten auf dem jeweiligen Faktor nicht kleiner als $a_{ij} = .40$ sein (vgl. Bühn, 2008, S. 529).

(Messzeitpunkt 2) ist als großer Effekt³⁴ zu werten, der über die Messzeitpunkte hinweg stabil bleibt. Dies stellt einen ersten Hinweis auf die konvergente Validität der Skala dar.

6.4 H-Skalen (H-BR)

Ebenso wie FKK und SCL-90-R stellen auch die H-Skalen, die der Messung der Hoffnungslosigkeit – der dritten Komponente der Vertrauenstrias – dienen, ein etabliertes, an einer repräsentativen Stichprobe (N = 2051) normiertes Verfahren dar. Objektivität und Reliabilität (interne Konsistenz: $\alpha = .84$; Splithalf: $r_{tt} = .80$) sind ebenso gegeben wie ausreichende Befunde zur konvergenten, differentiellen und diskriminanten Validität (Krampen, 1994). Auch hier kann daher auf die Itemanalyse verzichtet werden.

Die Skalenwerte für die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung finden sich in Tabelle 6.5. Die interne Konsistenz liegt mit $\alpha = .88$ sogar noch etwas über der der Eichstichprobe, wobei die Splithalf-Reliabilität darunter liegt.

TABELLE 6.5: SKALENWERTE „H-SKALEN (HRB)“

Skala	Trennschärfe- Spannweite	Deskriptivstatistik [#]				N*	Reliabilität		
		AD	SD	Schiefe			Cron- bachs Alpha	Spearman- Brown Split-Half	Guttman Split- Half
				Statistik	Standard- fehler				
H-RB	.31 – .74	3.42	1.02	-.02	.19	149	.88	.65	.64

Anmerkungen:

Messzeitpunkt 1

[#]N = 161

AD = Mittelwert

SD = Streuung

*listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur (N gesamt: 200)

Schiefe: Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest ist die Skala normalverteilt.

Skalenniveau: Intervallskala

³⁴ Nach Cohen (1988, zit. nach Rasch et al, 2006a, S. 132) werden Korrelationskoeffizienten wie folgt eingeordnet: kleiner Effekt: $r = .10$; mittlerer Effekt: $r = .30$; großer Effekt: $r = .50$.

6.5 Fremdeinschätzung des Behandlungserfolgs

Für die Besserungseinschätzung durch das klinische Urteil (Fremdbeurteilung) findet auf Grund des Skalenniveaus (Nominalskala) eine Beschränkung auf die Darstellung von Häufigkeiten statt; auf die Angabe von arithmetischem Mittel und Streuung muss verzichtet werden (vergleiche Tabelle 6.6).

TABELLE 6.6: DESKRIPTIVE STATISTIK DER FREMDEINSCHÄTZUNG DES BEHANDLUNGSERFOLGS

	Häufigkeit	Prozent
Einschätzung als gebessert	140	70
Einschätzung als nicht gebessert (gleich geblieben oder verschlechtert)	54	27
keine Angabe	6	3

Anmerkungen:

N = 200, fehlend: 6

Skalenniveau: Nominalskala

Im Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen der Besserungseinschätzung durch den Bezugstherapeuten (direkte Veränderungsmessung, L'-Daten) und der durch den Patienten über Differenz des GSI der SCL-90-R der beiden Messzeitpunkte (indirekte Veränderungsmessung, Q-Daten) überprüft (Tabellen 6.7).

Der Chi-Quadrat-Test zeigt eine signifikante Übereinstimmung der beiden Besserungseinschätzungen. Da eine der Zellen eine erwartete Häufigkeit von nur 3.3 aufweist und somit die Bedingung des Verfahrens (Häufigkeiten pro Zelle ≥ 5 in mindestens 80 % der Fälle; hier nur 75 %; vgl. Rasch et al., 2006b) nicht erfüllt ist, wird der exakte Test nach Fisher-Yates eingesetzt (Leonhart, 2009), der ebenfalls signifikant wird ($p < .05$).

TABELLE 6.7: CHI-QUADRAT-TEST: FREMDEINSCHÄTZUNG DURCH BEHANDLER * DIFFERENZ SCL-90-R (T1-T2)

		SCL-90-R (GSI) ^a			
		Besserung	keine Besserung ^b	gesamt	
Fremd- einschätzung durch den Behandler	Besserung	Anzahl	84	24	108
		erwartete Anzahl	80.3	27.7	108.0
	keine Besserung ^b	Anzahl	6	7	13
		erwartete Anzahl	9.7	3.3	13.0
gesamt	Anzahl	90	31	121	
	erwartete Anzahl	90.0	31.0	121.0	
Chi-Quadrat nach Pearson		$\chi^2_{(df=1)} = 6.089^{**}$			
exakter Test nach Fisher		p = .02*			
Nominal- bzgl. Nominalmaß Cramer-Index (Φ)		$\Phi = .22^{**}$			

Anmerkungen:

^a GSI wurde dichotomisiert: $t_1 - t_2 > 0$: Besserung; $t_1 - t_2 \leq 0$: keine Besserung

^b keine Besserung = gleich geblieben oder verschlechtert

Bei einer Zelle (25 %) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 3.33

** Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .01$

* Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .05$

Da die Überprüfung der Hypothesen mit Chi-Quadrat-Verfahren stets ungerichtet ist, ist eine Betrachtung der Häufigkeiten erforderlich. Hier zeigt sich, dass die Selbst- und Fremdeinschätzungen in die gleiche Richtung gehen; das Effektstärkenmaß³⁵ (Cramer-Index: $\Phi = .22$) lässt sich als klein bis mittelgroß bezeichnen.

Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests stellen einen Hinweis auf die konvergente Validität des Verfahrens der „Fremdeinschätzung des Behandlungserfolgs“ dar.

³⁵ Konventionen für das Effektstärkenmaß des Chi-Quadrat-Tests Cramer-Index (Φ): „Der Cramer Index darf direkt als Korrelationsmaß zweier nominalskaliert Variablen interpretiert werden“ (Rasch et al., 2006b, S. 193). Somit gilt analog nach Cohen (1988, zit. nach Rasch et al, 2006a, S. 132): kleiner Effekt: $\Phi = .10$; mittlerer Effekt: $\Phi = .30$; großer Effekt: $\Phi = .50$.

6.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Skalen- und Itemanalysen

Innerhalb dieser Studie wird mit einigen etablierten Verfahren gearbeitet, bei denen die Gütekriterien bereits vielfach belegt sind und deren Reliabilitäten sich auch in dieser Stichprobe bestätigen konnten.

Darüber hinaus lässt sich festhalten, dass die Qualität des für diese Studie veränderten Forschungsinstruments „Fragebogen zum interpersonalen Vertrauen“ mit seinen Reliabilitäten und Itemkennwerten recht gut ist. Bezüglich der Validität ist zum einen Augenscheinvalidität gegeben, zum anderen konnten erste Hinweise auf die konvergente Validität vorgewiesen werden. Weitere Untersuchungen sind allerdings noch erforderlich. Bezüglich der Objektivität ist davon auszugehen, dass diese – ebenso wie bei FKK und H-Skalen – gegeben ist (vgl. Krampen, 1991; 1994).

Anhaltspunkte in Bezug auf die konvergente Validität finden sich ebenfalls bei dem Verfahren „Fremdeinschätzung des Behandlungserfolgs“. Da es sich hier um ein klinisches Urteil handelt, ist auch hier die Augenscheinvalidität vorhanden. Auf die Schwierigkeit der Einschätzung des eigenen Behandlungserfolgs durch den Bezugstherapeuten und der möglichen negativen Auswirkung auf die Objektivität wurde bereits in Kapitel 5 hingewiesen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die eingesetzten Untersuchungsverfahren bewährt haben und damit für die Überprüfung der Fragestellungen geeignet sind.

7 Ergebnisse: Prüfung der Fragestellungen

Innerhalb dieses Abschnitts werden die im Methodenteil (Kapitel 5) vorgestellten Fragestellungen überprüft. Für die folgende Darstellung wurden die Annahmen zu vier Gruppen zusammengefasst, die sich (1.) auf die Veränderung der Symptomatik, (2.) auf den Zusammenhang zwischen Vertrauenstrias und Symptombelastung, (3.) auf die Veränderung der Vertrauenstrias und (4.) auf Zusammenhänge zwischen Vertrauenstrias und Diagnosen beziehen.

Die statistischen Auswertungen erfolgten – sofern nicht anderes angegeben – mit IBM SPSS Statistics, Version 17.0.2.

7.1 Besserung der Symptome durch die tagesklinische Behandlung

Zur Testung der Annahme, dass die tagesklinische Behandlung zur Besserung der Symptomatik der Patienten beiträgt, wurde eine MANOVA mit Messwiederholung für die Einzel-Skalen der SCL-90-R (exklusive GSI) als abhängige Variablen berechnet. Die multivariate Auswertung der Daten (vgl. Tabelle 7.1) wird hochsignifikant; die Effektstärke von $p\eta^2 = .38$ bedeutet, dass 38 % der Varianz durch den messwiederholten Faktor aufgeklärt wird (vgl. Bortz, 1999).

TABELLE 7.1: MANOVA: PRIMÄRSKALEN DER SCL-90-R GESAMT: TESTS DER INNERSUBJEKTEFFEKTE

Innersubjekteffekte		Wilks-Lambda	$p\eta^2$	λ^d	beobachtete Schärfe ^b
Veränderung SCL-90-R	$F^a_{(df_{treatment} = 9; df_{Fehler} = 113)} = 7.566^{**}$	.62	.38	68.09	1.00

Anmerkungen:

^a Exakte Statistik

$df_{treat} = p-1$; $p = 2$ Messzeitpunkte; * 9 abhängige Variablen

$df_{Fehler} = (n-1) * (p-1)$; $p = 2$ Messzeitpunkte; * 9 abhängige Variablen

** Signifikanzniveau: $p \leq .01$

^b Teststärke, unter Verwendung von $\alpha = .05$ berechnet

^c $p\eta^2 =$ partielles η^2 ; Effektstärkenmaß

^d $\lambda =$ Nonzentralitätsparameter

^e Die Tests basieren auf den gemittelten Variablen.

TABELLE 7.2: PRIMÄRSKALEN DER SCL-90-R: TESTS AUF UNIVARIATE

Quelle	Maß	QS vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	$p\eta^2$ ^a	λ ^b	beobachtete Schärfe ^c
Veränderung SCL-90-R	Somatisierung	6.42	1	6.42	21.63**	.15	21.63	1.00
	Zwanghaftigkeit	13.64	1	13.64	33.94**	.22	33.94	1.00
	Unsicherheit im Sozialkontakt	13.46	1	13.46	49.29**	.29	49.29	1.00
	Depressivität	21.93	1	21.93	61.72**	.34	61.72	1.00
	Ängstlichkeit	15.36	1	15.36	39.97**	.25	39.97	1.00
	Aggressivität/Feindseligkeit	4.55	1	4.55	13.65**	.10	13.65	.96
	Phobische Angst	7.51	1	7.51	24.69**	.17	24.69	1.00
	Paranoides Denken	7.79	1	7.79	25.78**	.18	25.78	1.00
	Psychotizismus	4.88	1	4.88	29.45**	.20	29.45	1.00
Fehler (Veränderung SCL-90-R)	Somatisierung	35.93	121	.30				
	Zwanghaftigkeit	48.63	121	.40				
	Unsicherheit im Sozialkontakt	33.03	121	.27				
	Depressivität	42.99	121	.36				
	Ängstlichkeit	46.49	121	.38				
	Aggressivität/Feindseligkeit	40.30	121	.33				
	Phobische Angst	36.81	121	.30				
	Paranoides Denken	36.55	121	.30				
	Psychotizismus	20.06	121	.17				

Anmerkungen:

Der Mauchly-Test auf Sphärizität wird hier nicht angegeben, da aufgrund des Untersuchungsdesigns mit lediglich zwei Messzeitpunkten die Varianzen der Differenzen zwischen zwei Faktorstufen nicht inhomogen sein können (vgl. Rasch et al., 2006b).

** Signifikanzniveau: $p \leq .01$

$df_{\text{treat}} = p-1$, $p = 2$ Messzeitpunkte

$df_{\text{Fehler}} = (n-1) * (p-1)$; $p = 2$ Messzeitpunkte

^a $p\eta^2$ = partielles Eta², Effektstärkenmaß

^b = Nonzentralitätsparameter

^c Teststärke; unter Verwendung von $\alpha = .05$ berechnet

Auch für die univariaten Tests der Primärskalen (s. Tabelle 7.2) werden die Unterschiede der Messungen bei sämtlichen Skalen hochsignifikant, d. h. dass sämtliche Skalen zur Signifikanz „over all“ der Veränderung innerhalb der SCL-90-R beitragen. Die aufgeklärten Varianzen belaufen sich zwischen $p\eta^2 = .10$ /Varianzaufklärung von 10 % (Aggressivität/Feindseligkeit) und $p\eta^2 = .34$ /Varianzaufklärung von 34 % (Depressivität). Nach Cohen (1988, zit. nach Rasch

et al., 2006b)³⁶ wären diese Effekte als recht groß zu bezeichnen, wobei die Vergleichbarkeit durch das Messwiederholungsdesign eingeschränkt ist. Es ist davon auszugehen, dass $\rho\eta^2$ den Effekt etwas überschätzt (vgl. Rasch et al., 2006a; 2006b). Da Alternativhypothesen von Varianzanalysen immer unspezifisch sind (Rasch et al., 2006b), lässt sich erst mit Blick auf die Deskriptivstatistik erkennen, ob eine Besserung oder Verschlechterung vorliegt. Schaut man sich die Mittelwerte an (Tabelle 7.3), so stellt man fest, dass diese in der SCL-90-R durchgängig zum zweiten Messzeitpunkt niedriger sind als zum ersten, was Symptomreduktion bedeutet.

TABELLE 7.3: SKALEN DER SCL-90-R: MITTELWERTSVERGLEICHE

Skala der SCL-90-R ^a	Mittelwerte	
	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2
Somatisierung	1.25	.99
Zwanghaftigkeit	1.64	1.21
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.44	.99
Depressivität	1.70	1.13
Ängstlichkeit	1.40	.93
Aggressivität/Feindseligkeit	1.02	.71
Phobische Angst	1.00	.67
Paranoides Denken	1.27	.91
Psychotizismus	.89	.61

Anmerkungen:

Messzeitpunkt 1: N = 165

Messzeitpunkt 2: N = 123

^a Je höher der Wert, desto höher die psychische Belastung.

Da der Index der globalen psychischen Belastung (GSI) der SCL-90-R direkt abhängig von den Primärskalen ist, wurde hierfür gesondert ein t-Test für abhängige Stichproben berechnet (s. Tabelle 7.4).

³⁶ Konventionen für Effektstärken (Ω^2) ($\eta^2 @ \omega^2$ auf Stichprobenebene): klein: $\Omega^2 = .01$; mittel: $\Omega^2 = .06$; groß: $\Omega^2 = .14$ (vgl. Rasch et al., 2006b, S. 38)

TABELLE 7.4: T-TEST FÜR ABHÄNGIGE STICHPROBEN: GSI DER SCL-90-R

	t	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz	
					untere	obere
GSI, Messzeitpunkt 1 – GSI, Messzeitpunkt 2	$t_{(df=122)} = 7.21^{**}$	.42	.64	.06	.30	.53

Anmerkungen:

N = 123

df = N-1

** Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .01$ Korrelation GSI, MZP1 – GSI, MZP2: $r = .59^{**}$ Da die Anzahl der Messwertpaare $N > 30$ ist, müssen die Differenzen in der Grundgesamtheit nicht auf Normalverteilung überprüft werden (vgl. Bortz, 1999).

Berechnet man die Effektstärken³⁷, so findet man große Effekte in Bezug auf die Verbesserung der globalen psychischen Belastung: $d' = 1.00$; $p\eta^2 = .30$ (Varianzaufklärung: 30 %). Die Effekte sind beim Heranziehen der Konventionen von Cohen (1988) sogar sehr groß³⁸, jedoch entsprechen sich die Effektstärkenmaße η^2 und $p\eta^2$ im Messwiederholungsdesign nicht ganz: Es ist davon auszugehen, dass $p\eta^2$ den Effekt etwas überschätzt, da die Größe der Effektstärke bei Messwiederholung von der Abhängigkeit der Stichproben beeinflusst ist (vgl. Rasch et al., 2006a).

Tabelle 7.5 zeigt die Fremdeinschätzung des Behandlungserfolgs. Hier werden 70 % der Patienten als bzgl. ihrer Symptomatik verbessert eingeschätzt, bei 27 % der Fälle blieb nach dem klinischen Urteil eine Symptomreduktion aus oder es trat gar eine Verschlechterung ein. Die Veränderungseinschätzung ist hochsignifikant, was als weiterer Beleg für die Annahme, dass die tagesklinische Behandlung psychiatrische Krankheitsbilder verbessert, zu werten ist.

Die aus den Daten geschätzte Effektgröße $\hat{\omega}^2 = .20$ ³⁹ ist nach Cohen (1988, zit. nach Rasch et al., 2006b)⁴⁰ ein recht großer Effekt.

³⁷ $p\eta^2 = f_s^2 / (1 + f_s^2)$; $f_s^2 = t^2 / df$ (Rasch et al., 2006a, S. 227); $d' = (\mu_1 - \mu_2) / \sigma \cdot \sqrt{1 - r}$ (Bortz & Döring, 1995, S. 569)

³⁸ $\eta^2 @ \omega^2$ auf Stichprobenebene; Konventionen für das Effektstärkenmaß ω^2 : klein: $\omega^2 = .01$; mittel: $\omega^2 = .06$; groß: $\omega^2 = .14$ (vgl. Rasch et al., 2006a, S. 226)

³⁹ $\hat{\omega}^2 = \chi^2 / N$ (Rasch et al., 2006b, S. 181)

⁴⁰ Konventionen für das Effektstärkenmaß des Chi-Quadrat-Tests $\hat{\omega}^2$: klein: $\hat{\omega}^2 = .01$; mittel: $\hat{\omega}^2 = .09$; groß: $\hat{\omega}^2 = .25$ (vgl. Rasch et al., 2006b S. 181)

TABELLE 7.5: CHI-QUADRAT-TEST: FREMDEINSCHÄTZUNG DES BEHANDLUNGSERFOLGS

	Fremdeinschätzung durch den Behandler	
	verbessert	nicht verbessert (gleich geblieben oder verschlechtert)
Häufigkeiten	140	54
Chi-Quadrat nach Pearson	$\chi^2_{(df=1)} = 38.12^{**}$	

Anmerkungen:

Bei 0 Zellen (0 %) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 97.0.

** Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .01$

N = 194

df = k-1; k= 2 Bedingungen

7.2 Zusammenhang zwischen psychischem Befinden und der Vertrauenstrias

In Tabelle 7.6 finden sich die korrelativen Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung (gemessen mit SCL-90- R) und den verschiedenen Aspekten der Vertrauenstrias.

TABELLE 7.6: KORRELATIONEN ZWISCHEN SCL-90-R UND VTT

		SCL-90-R ^a										
		Soma	Zwang	Unsich	Depr	Ängstl ^c	Aggr ^c	Phob ^c	Paran ^c	Psychot ^c	GSI	
VTT ^b	FKK SKI	r	-.30**	-.50**	-.51**	-.38**	-.40**	-.28**	-.40**	-.29**	-.40**	-.46**
	IPV	r	-.20**	-.22**	-.41**	-.30**	-.19*	-.35**	-.14	-.52**	-.35**	-.33**
	H-RB	r	-.31**	-.48**	-.49**	-.58**	-.38**	-.25**	-.36**	-.38**	-.48**	-.50**

Anmerkungen:

159 ≤ N ≤ 162

Messzeitpunkt 1

^a Je höher der Wert, desto größer die psychische Belastung.

^b Je höher der Wert, desto größer das Vertrauen.

^c In der Regel wurden die Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet. Da hierfür jedoch eine Voraussetzung die Normalverteilung ist (vgl. Bühner, 2006; Buhl, 2008), wurde bei den nicht normalverteilten Skalen (jeweils mit ^c markiert) die Spearman-Rangkorrelation berechnet.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Wie angenommen, sind in Bezug auf alle Unterskalen der SCL-90-R und alle Facetten der Vertrauenstrias – mit der Ausnahme „Phobische Angst“/„interpersonales Vertrauen“ – die Korrelationen signifikant negativ. Insbesondere von Interesse ist die globale psychische Belastung (GSI): Hier finden sich Korrelationskoeffizienten von IPV: $r = -.33$; FKK-SKI: $r = -.46$ und H-RB: $r = -.50$, was bedeutet, dass mittlere bis hohe Zusammenhänge⁴¹ zwischen psychischer Belastung und mangelndem Vertrauen in allen drei Bereichen bestehen, wobei jene in Bezug auf Hoffnungslosigkeit am stärksten ausgeprägt sind. Eine Aussage über die Richtung ist an dieser Stelle jedoch nicht möglich, da es sich um Korrelationen handelt.

7.3 Effekte der Behandlung auf die Vertrauenskomponenten

Zur Überprüfung der Annahme, dass durch die tagesklinische Behandlung Vertrauen in seinen drei Aspekten gefördert wird, wurde eine MANOVA mit Messwiederholung für die Skalen zur Messung der Komponenten der Vertrauenstrias (VTT) als abhängige Variablen berechnet. Die multivariate Auswertung der Daten (vgl. Tabelle 7.7) ist signifikant; 8 % der Varianz (Effektstärke: $p\eta^2 = .08$) wird durch den messwiederholten Faktor aufgeklärt.

TABELLE 7.7: MANOVA^E ALLER SKALEN DER VTT – GESAMT: TESTS DER INNERSUBJEKTEFFEKTE

Innersubjekteffekte		Wilks-Lambda	$p\eta^2$ ^b	λ ^c	beobachtete Schärfe ^d
Veränderung VTT	$F^a_{(df_{\text{treatment}} = 3; df_{\text{Fehler}} = 113)} = 3.447^*$	.92	.08	10.34	.76

Anmerkungen:

^a Exakte Statistik

$df_{\text{treat}} = p-1$; $p = 2$ Messzeitpunkte; * 3 abhängige Variablen

$df_{\text{Fehler}} = (n-1) * (p-1)$; $p = 2$ Messzeitpunkte; * 3 abhängige Variablen

* Signifikanzniveau: $p \leq .05$

^b Teststärke, unter Verwendung von $\alpha = .05$ berechnet

^c $p\eta^2 =$ partielles Eta²; Effektstärkenmaß

^d $\lambda =$ Nonzentralitätsparameter

^e Die Tests basieren auf den gemittelten Variablen.

⁴¹ Nach Cohen (1988, zit. nach Rasch et al., 2006a, S. 132) werden Korrelationskoeffizienten wie folgt eingeordnet: kleiner Effekt: $r = 0,10$; mittlerer Effekt: $r = 0,30$; großer Effekt: $r = 0,50$

Zur Überprüfung, welche Skalen zur Signifikanz „over all“ der Veränderung beitragen, wurden univariate Tests (s. Tabelle 7.8) berechnet. Hier werden lediglich die Skala zur Messung des Selbstvertrauens (FKK-SKI) und die zur Messung des Zukunftsvertrauens (H-RB) signifikant. Die Veränderungswerte der Skala zur Messung des interpersonalen Vertrauens (IPV) leisten keinen Beitrag zum Gesamtergebnis. Die aufgeklärten Varianzen betragen FKK-SKI: $p\eta^2 = .04$ (4 % Varianzaufklärung) und H-RB: $p\eta^2 = .05$ (5 % Varianzaufklärung), was mittlere Effekte nach Cohen wären. Auch hier ist die Vergleichbarkeit wegen des Messwiederholungsdesigns eingeschränkt (vgl. Rasch et al., 2006b).

TABELLE 7.8: KOMPONENTEN DER VTT: TESTS AUF UNIVARIATE

Quelle	Maß	QS vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	$p\eta^2$ ^a	λ ^b	beobachtete Schärfe ^c
Veränderung VTT	FKK-SKI	.91	1	.91	4.95*	.04	4.95	.60
	IPV	.13	1	.13	.79 (n. s.)	.001	.79	.14
	H-RB	2.90	1	2.90	6.01*	.05	6.01	.68
Fehler (Veränderung VTT)	FKK-SKI	21.22	115	.19				
	IPV	18.18	115	.16				
	H-RB	55.54	115	.48				

Anmerkungen:

Der Mauchly-Test auf Sphärizität wird hier nicht angegeben, da aufgrund des Untersuchungsdesigns mit lediglich zwei Messzeitpunkten die Varianzen der Differenzen zwischen zwei Faktorstufen nicht inhomogen sein können (vgl. Rasch et al., 2006b).

* Signifikanzniveau: $p \leq .05$

n. s. : nicht signifikant

$df_{\text{treat}} = p-1$, $p = 2$ Messzeitpunkte

$df_{\text{Fehler}} = (n-1) * (p-1)$; $p = 2$ Messzeitpunkte

^a $p\eta^2$ = partielles Eta², Effektstärkenmaß

^b = Nonzentralitätsparameter

^c Teststärke; unter Verwendung von $\alpha = .05$ berechnet

Tabelle 7.9 zeigt die Mittelwerte der beiden Messzeitpunkte, die Aufschluss darüber geben, ob es sich bei den signifikanten Ergebnissen und Effekten um Verbesserung oder Verschlechterung handelt, da Alternativhypothesen von Varianzanalysen immer unspezifisch sind (vgl. Rasch et al., 2006b). Hier zeigt sich, dass die beiden signifikanten Veränderungen – Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen – Vertrauenssteigerungen darstellen.

TABELLE 7.9: SKALEN DER VTT: MITTELWERTSVERGLEICHE

Skala der VTT ^a	Mittelwerte	
	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2
Selbstvertrauen (FKK-SKI)	3.40	3.51
Interpersonales Vertrauen (IPV)	3.55	3.45
Zukunftsvertrauen (H-RB)	3.42	3.65

Anmerkungen:

Messzeitpunkt 1: 160 < N > 162

Messzeitpunkt 2: 117 < N > 119

^a Je höher der Wert, desto höher das Vertrauen.

Bezüglich der nichtsignifikanten Veränderung des Fragebogens zum interpersonalen Vertrauen fand in einem folgenden Schritt die Behandlungsdauer Berücksichtigung. Hierzu wurde eine MANOVA für die Skalen der Vertrauenstrias ab einer Behandlungsdauer von sechs Wochen, was dem Median entspricht, berechnet. Dieser Behandlungszeitraum weist einen Mittelwert von $AD = 10.80$ bei einer Standardabweichung von $SD = 3.88$ auf. Hier zeigte sich in den univariaten Tests jedoch ebenfalls kein signifikantes Ergebnis (vgl. auch Anhang).

7.4 Unterschiede in der Ausprägung der Facetten der Vertrauenstrias in Bezug auf die Diagnosen

In Bezug auf Untersuchung der unterschiedlichen Ausprägung der einzelnen Komponenten der Vertrauenstrias bei verschiedenen psychischen Störungen wird sich auf die Diagnosen beschränkt, die eine Fallzahl von $n \geq 20$ aufweisen. Somit werden lediglich die Gruppe der Depressionen, der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, der Anpassungsstörungen/Belastungsreaktionen und der Suchterkrankungen herangezogen.

Zu den einzelnen Diagnosegruppen werden zunächst jeweils Chi-Quadrat-Tests⁴² berechnet, bei den signifikanten Ergebnissen zusätzlich der Cramer Index (Φ).

⁴² Bei der Berechnung mehrerer Signifikanztests besteht das Risiko der α -Fehler-Kummulation. Nach Feild und Armenakis (1974) liegt die Wahrscheinlichkeit bei fünf signifikanten von zwölf Tests ($p < .05$) zwischen .0001 und .0006, dass diese per Zufall zustande gekommen sind. Daher kann dies in der vorliegenden Studie vernachlässigt werden.

Obwohl mit der SCL-90-R keine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann, finden sich dennoch einzelne Skalen, die diagnosennah sind (vgl. Franke, 2002). Für die Skalen der SCL-90-R, die direkt mit Diagnosen assoziiert sind (Depression und Psychose), werden zusätzlich die Korrelationen mit der Vertrauenstrias aufgeführt.

7.4.1 Vertrauenstrias und Depression

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang zwischen den einzelnen Aspekten der Vertrauenstrias und der Depressionsdiagnose beleuchtet. Zur Diagnose „Depression“ wurden die ICD-D-10-Codierungen F31.4, F32.0; F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F34.1 herangezogen.

In Tabelle 7.10 werden die Korrelationen zwischen der Skala „Depressivität“ der SCL-90-R und Vertrauenstrias bei depressiven Patienten aufgeführt. Hier zeigen sich negative Zusammenhänge zu Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen, nicht aber zu interpersonalem Vertrauen. Die Effekte sind als groß zu bezeichnen.

TABELLE 7.10: KORRELATIONEN^A ZWISCHEN VTT UND SCL-90-R BEI DEPRESSIVEN PATIENTEN

		VTT ^c			
		Selbstvertrauen (FKK SKI)	Interpersonales Vertrauen (IPV)	Zukunftsvertrauen (H-RB)	
SCL-90-R	Depressivität ^b	r	-,47**	-,17 (n.s.)	-,55**

Anmerkungen:

^a Messzeitpunkt 1

^b Je höher der Wert, desto größer die psychische Belastung.

^c Je höher der Wert, desto größer das Vertrauen.

48 ≤ N ≤ 49

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

n.s. = nicht signifikant

Die Korrelationskoeffizienten wurden nach Pearson berechnet.

Entsprechende Ergebnisse finden sich auch in den Chi-Quadrat-Tests: Zunächst wird auf den Aspekt *interpersonales Vertrauen* eingegangen: Tabelle 7.11 zeigt die erwarteten und

beobachteten Häufigkeiten von hohem bzw. niedrigem interpersonalem Vertrauen bei Depression bzw. bei nicht depressiven Patienten.

TABELLE 7.11: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * DEPRESSION

			Depression		gesamt
			nein	ja	
IPV (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	55	24	79
		erwartete Anzahl	54.7	24.3	79.0
	hoch	Anzahl	51	23	74
		erwartete Anzahl	51.3	22.7	74.0
Gesamt	Anzahl		106	47	153
	erwartete Anzahl		106.0	47.0	153.0
Chi-Quadrat nach Pearson			$\chi^2_{(df=1)}: .009$ (n. s.)		

Anmerkungen:

^a IPV dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 22.73.

n. s. = nicht signifikant

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

Die Chi-Quadrat-Tests werden nicht signifikant, d. h. die Nullhypothese kann nicht verworfen werden: Es gibt keinen systematischen Zusammenhang zwischen interpersonalem Vertrauen und Depression.

Tabelle 7.12 zeigt die Häufigkeitsverteilung von Depression und **Selbstvertrauen**. Die zweiseitigen Chi-Quadrat-Tests werden auf dem 5 %-Niveau nicht signifikant. Da es sich aber um eine gerichtete Hypothese handelt und der Chi-Quadrat-Test nur ungerichtet testet, muss das Signifikanzniveau verdoppelt werden (Rasch et al., 2006b, S.180). Die einseitige Signifikanz nach Fisher-Yates wird auf dem 5 %-Niveau signifikant. Der Cramer Index⁴³ beträgt $\Phi = .15$, was bedeutet, dass eine kleine bis mittlere Korrelation zwischen Depression und Selbstvertrauen besteht. Sieht man sich die Häufigkeitsverteilung an, so wird deutlich, dass bei der

⁴³ Konventionen für das Effektstärkenmaß des Chi-Quadrat-Test Cramer-Index (Φ): „Der Cramer Index darf direkt als Korrelationsmaß zweier nominalskalierter Variablen interpretiert werden“ (Rasch et al., 2006b S. 193).

Bedingung Depression/hohes Selbstvertrauen die beobachteten Häufigkeiten unterhalb der erwarteten liegen und das Umgekehrte bei Depression/niedriges Selbstvertrauen gilt. Dies bedeutet, dass der gefundene Zusammenhang negativ ist.

TABELLE 7.12: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * DEPRESSION

		Depression		gesamt	
		nein	ja		
FKK-SKI (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	47	29	76
		erwartete Anzahl	52.3	23.7	76.0
	hoch	Anzahl	59	19	78
		erwartete Anzahl	53.7	24.3	78.0
Gesamt	Anzahl	106	48	154	
	erwartete Anzahl	106,0	48,0	154.0	
Chi-Quadrat nach Pearson		$\chi^2_{(df=1)} = 3.416^{\#}$			
Exakter Test nach Fisher		p = .047 (einseitig)			
Nominal- bzgl. Nominalmaß Cramer-Index (Φ)		$\Phi = .15^{\#}$			

Anmerkungen:

^a FKK-SKI dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 23.69.

[#] Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .1$

df = (k-1) (l-1); k, l= 2 Bedingungen

In Tabelle 7.13 wird der Zusammenhang zwischen **Zukunftsvertrauen** und Depression überprüft. Die folgenden Chi-Quadrat-Tests zeigen ein hochsignifikantes Ergebnis, welches sich bei Betrachtung der Häufigkeiten als negativer Zusammenhang zwischen Depression und Zukunftsvertrauen interpretieren lässt. Der Effekt ist mit $\Phi = .22$ als klein bis mittelgroß zu bewerten.

Somit gilt analog nach Cohen (1988, zit. nach Rasch et al, 2006a; S. 132): kleiner Effekt: $\Phi = 0,10$; mittlerer Effekt: $\Phi = 0,30$; großer Effekt: $\Phi = 0,50$.

TABELLE 7.13: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * DEPRESSION

			Depression		gesamt
			nein	ja	
H-RB (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	48	32	80
		erwartete Anzahl	56.0	24.0	80.0
	hoch	Anzahl	64	16	80
		erwartete Anzahl	56.0	24.0	80.0
Gesamt	Anzahl		112	48	160
	erwartete Anzahl		112.0	48.0	160.0
Chi-Quadrat nach Pearson			$\chi^2_{(df=1)} = 7.619^{**}$		
Nominal- bzgl. Nominalmaß Cramer-Index (Φ)			$\Phi = .22^{**}$		

Anmerkungen:

^a H-RB: dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 24.00.

** Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .01$

df = (k-1) (l-1); k, l= 2 Bedingungen

7.4.2 Vertrauenstrias und Anpassungs-/Belastungsstörungen

In einem zweiten Schritt werden die Zusammenhänge zwischen den Komponenten der Vertrauenstrias und Anpassungs- bzw. Belastungsstörungen überprüft. In diese Diagnosegruppe wurden die ICD-D-10-Codierungen F43.1, F43.2 einbezogen.

Bezüglich des Zusammenhangs zu *interpersonalem Vertrauen* finden sich in Tabelle 7.14 die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten; die Chi-Quadrat-Tests werden nicht signifikant, d.h. die Nullhypothese muss angenommen werden.

TABELLE 7.14: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * ANPASSUNGS-/BELASTUNGSSTÖRUNG

		Anpassungs- oder Belastungsreaktion		gesamt
		nein	ja	
IPV (dichotomisiert) ^a niedrig	Anzahl	65	14	79
	erwartete Anzahl	64.5	14.5	79.0
hoch	Anzahl	60	14	74
	erwartete Anzahl	60.5	13.5	74.0
Gesamt	Anzahl	125	28	153
	erwartete Anzahl	125.0	28.0	153.0

Chi-Quadrat nach Pearson $\chi^2_{(df=1)} = .037$ (n. s.)

Anmerkungen:

^a IPV dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13.54

n. s. = nicht signifikant

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

TABELLE 7.15: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * ANPASSUNGS-/BELASTUNGSSTÖRUNG

		Anpassungs- oder Belastungsreaktion		gesamt
		nein	ja	
FKK-SKI (dichotomisiert) ^a niedrig	Anzahl	66	10	76
	erwartete Anzahl	62.2	13.8	76.0
hoch	Anzahl	60	18	78
	erwartete Anzahl	63.8	14.2	78.0
Gesamt	Anzahl	126	28	154
	erwartete Anzahl	126.0	28.0	154.0

Chi-Quadrat nach Pearson $\chi^2_{(df=1)} = 2.546$ (n. s.)

Anmerkungen:

^a FKK-SKI dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13.82.

n. s. = nicht signifikant

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

In Tabelle 7.15 werden die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten von *Selbstvertrauen* und Anpassungs- bzw. Belastungsstörung gegenübergestellt. Auch hier werden die Chi-Quadrat-Tests nicht signifikant.

Bezüglich der Beziehung zwischen Anpassungs- bzw. Belastungsstörung und *Zukunftsvertrauen* zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang (vgl. Tabelle 7.16).

TABELLE 7.16: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * ANPASSUNGS-/BELASTUNGSSTÖRUNG

			Anpassungs- oder Belastungsreaktion		gesamt
			nein	ja	
HR-B (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	66	14	80
		erwartete Anzahl	65.0	15.0	80.0
	hoch	Anzahl	64	16	80
		erwartete Anzahl	65.0	15.0	80.0
Gesamt	Anzahl		130	30	160
	erwartete Anzahl		130,0	30.0	160.0
Chi-Quadrat nach Pearson			$\chi^2_{(df=1)} = 164$ (n. s.)		

Anmerkungen:

^a HR-B: dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 15.00.

n. s. = nicht signifikant

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

7.4.3 Vertrauenstrias und Suchterkrankung

Als dritte Diagnosegruppe wurde die Suchterkrankung und ihre Beziehung zu den verschiedenen Vertrauensaspekten untersucht. Hierzu wurden die ICD-10-Codierungen F10.1, F10.2, F12.1, F12.2, F19.1, F19.2, F63.0 zusammengefasst, wobei tatsächliche Abhängigkeiten gegenüber dem schädlichen Gebrauch von Substanzen erheblich häufiger auftraten.

Zunächst der Zusammenhang zu *interpersonalem Vertrauen* Gegenstand: Die Häufigkeiten finden sich in Tabelle 7.17. Da die Chi-Quadrat-Tests auf dem 5 %-Niveau signifikant sind,

wird weiterhin das Effektstärkenmaß berechnet: Der Effekt beläuft sich auf $\Phi = .18$, was als kleiner bis mittlerer Effekt zu bewerten ist. Betrachtet man die Häufigkeiten, so fällt auf, dass das interpersonale Misstrauen bei Suchterkrankung höher und das Vertrauen niedriger ist als erwartet: eine negative Korrelation.

TABELLE 7.17: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * SUCHTERKRANKUNG

		Suchterkrankung		gesamt	
		nein	ja		
IPV (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	64	15	79
		erwartete Anzahl	68.7	10.3	79.0
	hoch	Anzahl	69	5	74
		erwartete Anzahl	64.3	9.7	74.0
Gesamt		Anzahl	133	20	153
		erwartete Anzahl	133.0	20.0	153.0
Chi-Quadrat nach Pearson		$\chi^2_{(df=1)} = 5.030^*$			
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-Index (Φ)	$\Phi = .18^*$			

Anmerkungen:

^a IPV: dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9.67.

* Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .05$

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

Tabelle 7.18 stellt die Häufigkeitsverteilung von Suchterkrankung und *Selbstvertrauen* dar. Die zugehörigen Chi-Quadrat-Tests werden nicht signifikant, d.h. es besteht kein systematischer Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen.

Das gleiche gilt für den Zusammenhang zu *Zukunftsvertrauen*, hierfür finden sich die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten in Tabelle 7.19: Die Chi-Quadrat-Tests werden nicht signifikant, was bedeutet, dass die Nullhypothese angenommen werden muss.

TABELLE 7.18: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * SUCHTERKRANKUNG

			Suchterkrankung		gesamt
			nein	ja	
FKK-SKI (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	68	8	76
		erwartete Anzahl	66.1	9.9	76.0
	hoch	Anzahl	66	12	78
		erwartete Anzahl	67.9	10.1	78.0
Gesamt	Anzahl	134	20	154	
	erwartete Anzahl	134.0	20.0	154.0	
Chi-Quadrat nach Pearson			$\chi^2_{(df=1)} = .804$ (n. s.)		

Anmerkungen:^a FKK-SKI dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9.87.

n. s. = nicht signifikant

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

TABELLE 7.19: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * SUCHTERKRANKUNG

			Suchterkrankung		gesamt
			nein	ja	
H-RB (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	70	10	80
		erwartete Anzahl	69.5	10.5	80.0
	hoch	Anzahl	69	11	80
		erwartete Anzahl	69.5	10.5	80.0
Gesamt	Anzahl	139	21	160	
	erwartete Anzahl	139.0	21.0	160.0	
Chi-Quadrat nach Pearson			$\chi^2_{(df=1)} = .055$ (n. s.)		

Anmerkungen:^a H-RB: dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10.50.

n. s. = nicht signifikant

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

7.4.4 Vertrauensstias und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang zwischen den einzelnen Vertrauensaspekten und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht. In die Diagnosegruppe wurden folgende ICD-10-Codierungen eingeschlossen: F20.0, F20.3, F20.5, F25.0, F25.1.

Tabelle 7.20 zeigt die Korrelationen zwischen den Skalen „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ der SCL-90-R und der Vertrauensstias bei Patienten mit einer Psychoseerkrankung. Hier ergeben sich durchweg negative Zusammenhänge zu allen drei Aspekten der Vertrauensstias, die Effekte sind mittel bis groß.

TABELLE 7.20: KORRELATIONEN A ZWISCHEN VTT UND SCL-90-R BEI PSYCHOSEPATIENTEN

		VTT ^c		
		Selbstvertrauen (FKK SKI)	Interpersonales Vertrauen (IPV)	Zukunftsvertrauen (H-RB)
SCL-90-R	Paranoides Denken ^b r	-.40**	-.49**	-.49**
	Psychotizismus ^b r	-.47**	-.40**	-.52**

Anmerkungen:

^a Messzeitpunkt 1

^b Je höher der Wert, desto größer die psychische Belastung.

^c Je höher der Wert, desto größer das Vertrauen.

44 ≤ N ≤ 45

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

Da die Skalen nicht normalverteilt sind und dies eine Voraussetzung für den Korrelationskoeffizienten nach Pearson ist (vgl. Bühner 2006; Bühl 2008), wurden hier die Spearman-Rangkorrelation berechnet.

Dieses Ergebnis ließ sich durch die Chi-Quadrat-Tests nicht replizieren: Zunächst wurden die Häufigkeiten in Bezug auf das *interpersonale Vertrauen* betrachtet (Tabelle 7.21). Da es sich um eine zweiseitige Signifikanztestung handelt, erfolgte bei $p = .07$ zusätzlich die einseitige Signifikanzprüfung nach Fisher-Yates, die jedoch ebenfalls nicht signifikant wird.

TABELLE 7.21: CHI-QUADRAT-TEST: INTERPERSONALES VERTRAUEN * PSYCHOSE

		Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis		gesamt
		nein	ja	
IPV (dichotomisiert) ^a niedrig	Anzahl	72	7	79
	erwartete Anzahl	68.2	10.8	79.0
hoch	Anzahl	60	14	74
	erwartete Anzahl	63.8	10.2	74.0
Gesamt	Anzahl	132	21	153
	erwartete Anzahl	132.0	21.0	153.0
Chi-Quadrat nach Pearson		$\chi^2_{(df=1)} = 3.264$ (n. s.)		
exakter Test nach Fisher (einseitig)		p = .058 (n.s.)		

Anmerkungen:^a IPV: dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10.16.

n. s. = nicht signifikant

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

Tabelle 7.22 zeigt beobachtete und erwartete Häufigkeiten von *Selbstvertrauen* und Psychoseerkrankungen. Das auf dem 5-%-Niveau signifikante Ergebnis geht mit einer Effektstärke von $\Phi = .18$ einher, was als kleine bis mittlere Korrelation zu bewerten ist. Ein Blick auf die Häufigkeiten zeigt jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen den beiden Variablen Psychose und Selbstvertrauen.

Bezüglich des *Zukunftsvertrauens* bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis finden sich die Häufigkeitsverteilungen in Tabelle 7.23. Die Chi-Quadrat-Tests werden auf dem 5-%-Niveau signifikant, der Korrelationskoeffizient ist mit $\Phi = .20$ als klein bis mittel zu bewerten. Die Richtung des Zusammenhangs ist positiv, was sich aus dem Vergleich von erwarteten und beobachteten Häufigkeiten ergibt.

TABELLE 7.22: CHI-QUADRAT-TEST: SELBSTVERTRAUEN * PSYCHOSE

		Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis		gesamt
		nein	ja	
FKK-SKI (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	70	76
		erwartete Anzahl	65.1	76.0
	hoch	Anzahl	62	78
		erwartete Anzahl	66.9	78.0
Gesamt		Anzahl	132	154
		erwartete Anzahl	132.0	154.0
Chi-Quadrat nach Pearson		$\chi^2_{(df=1)} = 5.005^*$		
Nominal- bzgl. Nominal- maß	Cramer-Index (Φ)	$\Phi = .18^*$		

Anmerkungen:^a FKK-SKI dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10.86.

* Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .05$

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

TABELLE 7.23: CHI-QUADRAT-TEST: ZUKUNFTSVERTRAUEN * PSYCHOSE

		Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis		gesamt
		nein	ja	
H-RB (dichotomisiert) ^a	niedrig	Anzahl	74	80
		erwartete Anzahl	68.5	80.0
	hoch	Anzahl	63	80
		erwartete Anzahl	68.5	80.0
Gesamt		Anzahl	137	160
		erwartete Anzahl	137.0	160.0
Chi-Quadrat nach Pearson		$\chi^2_{(df=1)} = 6.144^{**}$		
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Cramer-Index (Φ)	$\Phi = .20^{**}$		

Anmerkungen:^a HR-B: dichotomisiert durch paramedialen Schnitt

0 Zellen (0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 11.50.

** Signifikanzniveau (zweiseitig): $p \leq .01$

df = (k-1) (l-1); k, l = 2 Bedingungen

8 Diskussion und Ausblick

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie aufgeführt, inhaltlich interpretiert, in den theoretischen Rahmen eingebettet sowie mögliche Ursachen bzw. Gründe und Schwierigkeiten diskutiert. Außerdem sollen im Sinne eines Ausblicks interessante weiterführende Forschungsansätze aufgezeigt werden.

8.1 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Für die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse wird entsprechend der Vorgehensweise in Kapitel 7 eine Gruppierung der Fragestellungen in vier Bereiche vorgenommen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die eingesetzten Untersuchungsverfahren in der vorliegenden Stichprobe bewährt haben (vgl. auch Kapitel 6 und 7).

8.1.1 Veränderung der Symptomatik

Positive Veränderungen in der psychischen Belastung (selbst- und fremdeingeschätzt) und in den Vertrauenskategorien stellen innerhalb der vorliegenden Studie die Erfolgsindikatoren der tagesklinischen Behandlung dar.

Die Veränderung der Symptomatik wurde somit als erstes geprüft: Die Auswertung der SCL-90-R zeigte eine hochsignifikante Veränderung in der MANOVA ($p < .01$) mit einer Varianzaufklärung von 38 % durch den messwiederholten Faktor für die Einzelskalen der SCL-90-R; die univariaten Analysen zeigen, dass sämtliche Skalen zu dem Ergebnis beitragen. Einen noch größeren Effekt weist der t-Test für abhängige Stichproben für den Index der globalen psychischen Belastung (GSI: $d' = 1.00$; $p\eta^2 = .30$; $p < .01$) auf. Unter Berücksichtigung der Richtung der Veränderung (Mittelwertvergleiche) und der erfreulich hohen Effektstärkenmaße, lässt sich trotz der Erwartung, dass diese, aufgrund des Messwiederholungsdesigns, den wahren

Effekt etwas überschätzen, von einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik nach der Behandlung im Vergleich zu vorher sprechen.

Dies zeigt sich auch in der indirekten Fremdeinschätzung durch die Behandler, in der ebenfalls ein recht großer Effekt in Richtung Verbesserung gefunden werden konnte ($\hat{w}^2 = 0.20$, $p < 01$).

Somit lässt sich sagen, dass die Annahme, die tagesklinische Behandlung wirke sich positiv auf die psychische Erkrankung der Patienten aus, als bestätigt gelten kann, auch wenn berücksichtigt werden muss, aufgrund des vorexperimentellen Designs könnten theoretisch auch Störvariablen eine Rolle spielen, auf die die Verbesserung zurückzuführen sein könnte, wengleich dies eher unwahrscheinlich erscheint (vgl. Abschnitt 8.2). Ein experimentelles Design könnte hierüber Aufschluss geben, die Schwierigkeiten, die sich jedoch daraus ergäben, wurden in den Kapiteln 2.4 und 5.3 bereits erläutert.

Das dargestellte Evaluationsergebnis spielt – neben der aktuellen Verbesserung der Krankheitssymptomatik – auch für die Prophylaxe eine wesentliche Rolle, denn Patienten mit positiven Behandlungserfahrungen zeigen auch in Zukunft eine höhere Compliance (Garlipp, 2008).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die tagesklinische Behandlung zu einer deutlichen Symptomverbesserung beigetragen hat.

8.1.2 Zusammenhang zwischen Vertrauenstrias und Symptombelastung

Innerhalb der Literatur finden sich zahlreiche Befunde, die die Bedeutung von Vertrauen für seelische Gesundheit bzw. psychische Erkrankung herausstellen. In dieser Studie ist von Interesse, ob sich dies auch in der tagesklinischen Stichprobe abbilden lässt.

In einem weiteren Schritt wurde somit der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und der Vertrauenstrias überprüft: Die Korrelationen zwischen den Vertrauenskomponenten waren ausnahmslos negativ und – bis auf den Zusammenhang zwischen phobischer Angst und

interpersonalem Vertrauen ($p = .07$) – durchweg signifikant ($.00 \leq p \leq .02$). Der Index der globalen psychischen Belastung (GSI), der hier besonderes von Interesse ist, da er die gesamte Symptombelastung abbildet, weist mittlere bis hohe negative Korrelationskoeffizienten zu der Vertrauenstrias auf (IPV: $r = -.33$; FKK-SKI: $r = -.46$; H-RB: $r = -.50$), was bedeutet, dass Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und mangelndem Vertrauen in allen drei Bereichen bestehen, wobei der in Bezug auf Hoffnungslosigkeit am stärksten ausgeprägt ist.

Diese Studie stellt somit einen weiteren Beleg für die Annahme dar, dass Vertrauen und psychische Erkrankung zusammenhängen. Eine Aussage über die Wirkrichtung ist an dieser Stelle jedoch nicht möglich, da es sich um Korrelationen handelt. Von Interesse wäre nun zu überprüfen, ob die Symptombelastung zu mangelndem Vertrauen führt, sie eine Folge davon ist oder Wechselwirkungen vorliegen, da dies auch im Rahmen der Prävention von psychischen Störungen eine Rolle spielen könnte. Diese Fragen bleiben weiteren Forschungsvorhaben vorbehalten, die diesem in aufwendigeren Längsschnittuntersuchungen prospektiv nachgehen. Im erweiterten 4-Phasen-Prüfmodell wäre eine solche Studie der Phase 5 (Prävention, Rehabilitation, Persönlichkeitsentwicklung) zuzuordnen (vgl. Petermann, 1987; Krampen et al, 2008).

Zusammengefasst wird ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen Vertrauenstrias und Symptombelastung auch in der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung deutlich.

8.1.3 Veränderung der Vertrauenstrias

Die Steigerung des Vertrauens in seinen verschiedenen Aspekten bildet neben der Besserung der Symptomatik einen weiteren Erfolgsindikator für die tagesklinische Behandlung in der vorliegenden Studie, da Zusammenhänge zur seelischen Gesundheit empirisch belegt sind. Vertrauen als Persönlichkeitsmerkmal ist hier von Interesse, denn in der Psychotherapie geht es um längerfristige Erfolge, die das Denken, Fühlen und Handeln betreffen, d. h. es sollen recht stabile interindividuelle Unterschiede erfasst werden. Daher wurde sich auf die Untersuchung von Veränderungen bezüglich Selbstvertrauens, Vertrauens in die Zukunft und interpersonalem Vertrauens als generalisierte Erwartungen (Veränderungen zweiter Ordnung nach

Smedslund, 1988) beschränkt, die durch die tagesklinische Behandlung erreicht werden sollen.

Zur Überprüfung der Förderung der Komponenten der Vertrauenstrias durch die tagesklinische Behandlung wurde eine MANOVA berechnet, deren multivariate Auswertung eine Varianzaufklärung von 8 % ($p < .05$) durch den Faktor Messwiederholung ergab, was als mittelgroßer Effekt zu werten ist. Die univariaten Tests machten jedoch deutlich, dass zu diesem Ergebnis lediglich zwei der drei Komponenten der Vertrauenstrias einen Beitrag leisteten: Von Selbstvertrauen (FKK-SKI: $p\eta^2 = .04$) und Zukunftsvertrauen (H-RB: $p\eta^2 = .05$) gingen mittelstarke Veränderungseffekte in Richtung Vertrauensförderung (s. Mittelwertsvergleiche) aus; interpersonales Vertrauen (IPV) leistete keinen signifikanten Beitrag. Bei der Interpretation ist wiederum zu beachten, dass das Effektstärkenmaß wegen des Messwiederholungsdesigns vermutlich die tatsächlichen Effekte etwas überschätzt. Auch an dieser Stelle sei nochmals auf das vorexperimentelle Design und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten in Bezug auf eindeutige Interpretation des Ergebnisses (s. o.) hingewiesen.

Vertrauen im Sinne generalisierter Erwartungshaltungen ist als Persönlichkeitsmerkmal zu verstehen, welches relativ stabil ist. Von daher ist die Tatsache, dass sich die Veränderungseffekte hier im mittleren – die der Symptomverringerung aber im großen – Bereich befinden, theoriekonform: Es ist zu anzunehmen, dass eine gewisse Zeit benötigt wird, um solche generalisierten Erwartungshaltungen zu verändern. Nicht der Theorie entspricht jedoch die Tatsache, dass sich Hoffnung, nicht aber soziales Vertrauen gesteigert hat (vgl. Kapitel 4.4).

Um zu überprüfen, ob bei dem nicht signifikanten Ergebnis des IPV möglicherweise nicht genügend Zeit für die Veränderung gegeben war, wurde die Behandlungsdauer berücksichtigt: Eine Verbesserung von interpersonalem Vertrauen stellt sich auch unter der Vorgabe, dass die Behandlungszeit mindestens sechs Wochen beträgt, was dem Median entspricht, bei den univariaten Analysen der MANOVA nicht ein. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, dass sich die Veränderung des interpersonalen Vertrauens erst zu einem Follow-up-Zeitpunkt zeigen könnte.

Auch historische Zeiteffekte wie gesellschaftlicher Wandel, die gerade interpersonales Vertrauen beeinflussen, könnten hier ebenfalls eine Rolle gespielt haben. Um dies zu prüfen wäre eine Kohorten-Sequenzanalyse, die eine Verallgemeinerung des Erhebungsplanes der Längs-

schnittstudie darstellt, erforderlich (vgl. Petermann, 1987; Krampen & Hank, 2004b; Lindenberg & Schaefer, 2008).

Sollte es sich allerdings um kleine Effekte handeln, so ist die Teststärke ($1-\beta = .32$) nicht ausreichend groß, um diese zu finden (vgl. auch Anhang). Bei der Berücksichtigung der Behandlungsdauer verringert sich die Power nochmals aufgrund der geringeren Patientenzahl ($1-\beta = .23$). Eine Untersuchung der Veränderung interpersonalen Vertrauens mit einer größeren Stichprobe wäre sinnvoll, um der Alternativhypothese eine Chance zu geben (vgl. Buchner et al., 1996).

Koller (1997) weist darüber hinaus auf Korrelationen zwischen generalisiertem interpersonalen Vertrauen und Sozialer Erwünschtheit hin. Um dies als mögliche Störvariable auszuschließen, könnte sinnvoll sein, dieses Konstrukt mitzuerfassen. Für die Unabhängigkeit der beiden anderen Verfahren zur Vertrauensmessung (FKK-SKI; H-RB) von sozial erwünschten Antworttendenzen gibt es bereits Belege (vgl. Krampen, 1991; 1994). Dies wäre eine zusätzliche mögliche Begründung für die Unterschiede in den Ergebnissen der Komponenten der Vertrauenstrias.

Insgesamt erscheint insbesondere die weitere Untersuchung der Veränderung des interpersonalen Vertrauens bei psychiatrischen Patienten ein interessantes Forschungsunterfangen.

Festhalten lässt sich jedoch **zusammenfassend**, dass die tagesklinische Behandlung zur Vertrauenssteigerung beitragen kann, wobei dies nicht in allen Bereichen gleichermaßen der Fall ist.

8.1.4 Zusammenhänge zwischen Vertrauenstrias und Diagnosen

Der Mangel an Vertrauen ist nicht bei jeder psychischen Erkrankung gleich stark ausgeprägt; es sind insbesondere unterschiedliche Aspekte der Vertrauenstrias bei unterschiedlichen Störungsbildern betroffen. Hierzu finden sich zahlreiche empirische und theoretische Hinweise in der Literatur.

Zu den unterschiedlichen Ausprägungen der Komponenten der Vertrauenstrias bei verschiedenen psychischen Störungen sollen die Ergebnisse von Chi-Quadrat-Tests mit den Störungsgruppen ($n \geq 20$) „Depressionen“, „Anpassungsstörungen/Belastungsreaktionen“, „Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis“ und „Suchterkrankungen“ Auskunft geben. Außerdem werden die Skalen der SCL-90-R, die direkt mit Diagnosen (Depression und Psychose) assoziiert sind, mit der Vertrauenstrias korreliert.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße in den einzelnen Gruppen konnte den Hypothesen zu „Angst/Zwang“, „Essstörungen“ und „Somatoforme Störungen/Schmerzstörungen“ innerhalb dieser Untersuchung nicht nachgegangen werden.

Bezüglich der **Depression** wurde ein negativer Zusammenhang zu Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen angenommen. Hypothesengemäß fand sich dies in den Chi-Quadrat-Tests mit kleinen bis mittelgroßen Effekten ($\Phi: .15 - .22$); interpersonales Vertrauen wurde nicht signifikant. Die Korrelationen der Skala „Depressivität“ der SCL-90-R mit der Vertrauenstrias bei depressiven Patienten führten zum gleichen Ergebnis, wobei die Effekte deutlich größer sind (Selbstvertrauen: $r = -.47^{**}$; Zukunftsvertrauen: $r = -.55^{**}$). Letzteres erklärt sich dadurch, dass bei der für den Chi-Quadrat-Test notwendigen Dichotomisierung Varianz verloren geht und bei den Korrelationen zwei intervallskalierte Größen eingesetzt werden.

Insgesamt lässt sich herausstellen, dass sich die Annahme über den Zusammenhang von Vertrauenstrias und Depression vollständig bestätigt hat: Mangelndes Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen geht mit depressiven Erkrankungen einher. Eine Aussage über die Kausalität ist aufgrund der Korrelationen jedoch an dieser Stelle nicht möglich.

In Bezug auf die **Anpassungs- und Belastungsreaktionen** wurde eine negative Korrelation zu Selbstvertrauen und zu interpersonalem Vertrauen vermutet. Dies ließ sich in der vorliegenden Studie jedoch nicht bestätigen: Es fanden sich keine systematischen Zusammenhänge zwischen dieser Störungsgruppe und der Vertrauenstrias.

Eine Erklärung hierfür ist vermutlich die Heterogenität der Gruppe, die hier fast ausschließlich Anpassungsstörungen umfasst. Diese Diagnose enthält sehr unterschiedliche Reaktionen auf ein belastendes Ereignis, welches ebenfalls sehr verschieden geartet sein kann. Die

Codierung innerhalb der untersuchten Tagesklinik ist aufgrund der Gegebenheiten stets nur dreistellig, hier würde jedoch die vierte Ziffer erst differenzieren. Sinnvoller wäre möglicherweise, dies zu berücksichtigen.

Eine weitere Annahme bestand darin, dass **Abhängigkeitserkrankungen** mit mangelndem Selbstvertrauen in Zusammenhang zu bringen sind. Dies lässt sich innerhalb der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht zeigen. Interessant wäre hier weitere Forschung – möglichst mit größeren Stichproben z. B. in Spezialkliniken zur Langzeitentwöhnung – um die Teststärke auch für das Finden kleinerer Effekte ($1-\beta = .24$; vgl. Anhang) zu erhöhen.

Die Hypothese, dass weiterhin eine negative Korrelation zu interpersonalem Vertrauen besteht, lässt sich jedoch bestätigen: Es findet sich ein kleiner bis mittlerer Effekt ($\Phi = .18$). Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen verhalten sich häufig selbst über Jahre hinweg nicht vertrauensvoll – verleugnen den Konsum – sei es aus Scham, sei es aus Furcht vor Repressalien. Die Vermutung, dass andere sich ähnlich verhalten, oder das Auslösen von Misstrauen bei anderen durch das Verhalten der Abhängigen könnten hier den Kreislauf von mangelndem sozialen Vertrauen in Gang bringen.

Insgesamt konnten sich somit die Annahmen bezüglich Suchterkrankungen nur teilweise, d.h. für interpersonales Vertrauen, bestätigen. Die Nullhypothese in Bezug auf Selbstvertrauen kann jedoch wegen der geringen Teststärke nicht angenommen werden, hierzu wäre weitere Forschung notwendig.

Die These, dass eine **Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis** mit mangelndem interpersonalem Vertrauen zusammenhängt, ließ sich innerhalb der vorliegenden Untersuchung ebenfalls bestätigen: Die negativen Korrelationen zwischen den Skalen „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ der SCL-90-R und der Vertrauensrias bei Patienten mit einer Psychoseerkrankung wurden in allen drei Aspekten hochsignifikant mit mittleren bis großen Effekten ($-.40^{**} \leq r \leq -.52^{**}$). Dies bedeutet, dass neben dem angenommenen Zusammenhang zu mangelndem sozialen Vertrauen auch solche zu Selbstvertrauen und Hoffnung bestehen. Erklärbar wäre dies, da sich die Erkrankung definitiv sehr häufig negativ auf die private und berufliche Zukunft auswirkt und Patienten sich oft als insuffizient in ihren Tätigkeiten

erleben. Mangelnder Leidensdruck und das störungsimmanente Fehlen von Krankheitsgefühl und -einsicht sind oft im teilstationären Rahmen bereits reduziert, da gerade schizophrene Patienten meist stationär vorbehandelt zur Stabilisierung mit reduzierter Positivsymptomatik in die Tagesklinik kommen und ein Bewusstwerden der Lage eher in Phasen der Besserung eintritt. Bei Psychotikern mit chronifizierter Erkrankung könnte die Erfahrung des häufigen Scheiterns auch die Sicht auf die Zukunft und das Selbstvertrauen verändern. Dies wäre darüber hinaus eine Erklärung dafür, dass das Ergebnis der vorliegenden Studie dem von Lasar (1997), der akut schizophrene vollstationäre Patienten untersucht hat, widerspricht. Hier wäre sicherlich auch interessant, diese Hypothese erneut z. B. im stationären Setting zu überprüfen.

Zu einem anderen Ergebnis führen die Chi-Quadrat-Tests, in denen in Bezug auf diese Erkrankungsgruppe *positive* Zusammenhänge zu Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen mit kleinen bis mittleren Effekten ($\Phi = .18 - .20$) errechnet wurden.

Die Bezugsgruppe ist hier zwar eine andere: Beim Einsatz der Skalen der SCL-90-R werden psychische Belastung und Vertrauen innerhalb der Gruppe der Psychosekranken in Beziehung gesetzt, bei den Chi-Quadrat-Tests werden schizophrene Patienten mit nicht-schizophrenen bezüglich der Vertrauenstrias verglichen. Dennoch erscheint das Ergebnis bei der Berücksichtigung dessen nicht logischer, weshalb sollten gerade Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vertrauensvoller sein als andere? Es ist eher davon auszugehen, dass durch die Dichotomisierung für die Chi-Quadrat-Testungen Varianz verloren gegangen ist und im ersten Fall zwei intervallskalierte Skalen miteinander korreliert werden und dies den Unterschied in den Befunden erklärt.

In weiteren Untersuchungen bei dieser Patientengruppe wäre zu erwägen, mögliche Effekte von Sozialer Erwünschtheit zu kontrollieren, da es bei Psychosekranken Hinweise auf mangelnde Offenheit gibt, weshalb beispielsweise im Eppendorfer-Schizophrenie-Inventar (Maß, 2001) eine entsprechende Kontrollskala zur Erfassung von Offenheit bzw. Sozialer Erwünschtheit mitgeführt wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Unterschiede in der Ausprägung der Vertrauenstrias bei unterschiedlichen Diagnosegruppen gefunden werden konnten. Tabelle 7.24 zeigt dies als Übersicht. Im Einzelnen sind bereits verschiedene Gründe diskutiert worden, wo dies

nicht den Annahmen entsprach. Allgemein lässt sich zu den Tests, die entgegen der in Anlehnung an die Literatur getätigten Hypothesen nicht signifikant wurden, noch sagen, dass auch die Power ($1-\beta$) eine Rolle spielen kann. Bei den nichtsignifikanten Ergebnissen wurde daher die Teststärke berechnet, um zu wissen, welche Chance der Alternativhypothese bei dem Test gegeben wurde (vgl. Buchner et al., 1996). Hier zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit, große und mittelgroße Effekte zu finden, jeweils sehr gut ist ($1-\beta = .96/.97$ bzw. 1.00); handelt es sich jedoch um kleine Effekte, dann ist die Teststärke zu klein (s. Anhang). Um auszuschließen, dass dies die Ursache ist, wäre wichtig, diese Zusammenhänge erneut mit einer größeren Stichprobe zu untersuchen. Außerdem könnten Untersuchungen, die Vergleiche mit nicht-klinischen Stichproben anstellen, Unterschiede stärker zu Tage treten lassen als solche, die verschiedene Diagnosegruppen einander gegenüberstellen.

TABELLE 8.1: ÜBERBLICK ÜBER DIE ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VERTRAUEN UND DIAGNOSEN

			VTT ^c		
			Selbst- vertrauen (FKK SKI)	Interpersonales Vertrauen (IPV)	Zukunfts- vertrauen (H-RB)
Depressivität	Effektstärke χ^2	Φ	.15*	– (n.s.)	.22**
	Korrelationskoeffizient	r	-.47**	-.17 (n.s.)	-.55**
	Determinationskoeffizient	r ²	.22**	.03(n.s.)	.30**
Anpassungsstörung	Effektstärke χ^2	Φ	– (n.s.)	– (n.s.)	– (n.s.)
Suchterkrankung	Effektstärke χ^2	Φ	– (n.s.)	.18*	– (n.s.)
Psychose	Effektstärke χ^2	Φ	.18* ^a	– (n.s.)	.20** ^a
	Korrelationskoeffizient	r	-.40**/-.47**	-.49**/-.40**	-.49**/-.52**
	Determinationskoeffizient	r ²	.16**/.22**	.24**/.16**	.24**/.27

Anmerkungen:

^a Die Richtung des Zusammenhangs ist positiv.

* Signifikanzniveau: .05.

** Signifikanzniveau: .01.

n.s. = nicht signifikant

8.2 Ausblick

Abschließend lässt sich für diese Studie zusammenfassen, dass sich die meisten der Hypothesen bestätigen konnten: Die tagesklinische Behandlung trägt zur Symptomverbesserung und Vertrauenssteigerung bei, zwischen Symptombelastung und Vertrauen finden sich Zusammenhänge und auch bezüglich der Diagnosen lassen sich Unterschiede in der Ausprägung der Komponenten der Vertrauenstrias ausmachen.

Dennoch finden sich in Bezug auf die einzelnen Fragestellungen Ansatzpunkte für weiterführende Studien, die unter Abschnitt 8.1 bereits aufgeführt sind, wie zum einen Langzeitstudien zur Überprüfung, in welcher Art und Weise sich Symptombelastung und mangelndes Vertrauen kausal beeinflussen, oder Kohorten-Sequenzanalysen, um mögliche historische Einflüsse zu erfassen, zum anderen die Durchführung von Studien mit größeren Stichproben, um die Teststärke zu erhöhen und so der Alternativhypothese bei kleinen Effekten eine Chance zu geben, oder die Erfassung sozial erwünschter Antworttendenzen, um diese somit kontrollieren zu können.

Darüber hinaus liefert dieses Themengebiet neben den oben genannten Verbesserungs- und Forschungsvorschlägen genügend Stoff für weitere Untersuchungen:

Interessant wäre, nach dieser reinen Outcome-Forschung (summative⁴⁴ Evaluation) eine prozessorientierte Forschung (formative⁴⁵ Evaluation) anzuschließen. Auch die Wirksamkeit einzelner Therapiebausteine zu untersuchen, wäre sicherlich – insbesondere auch im Hinblick auf die Therapieindikation – lohnend, wobei dies einen großen Aufwand, z. B. bei der Kontrolle von Störvariablen, mit sich brächte. Hierfür wäre sicherlich einerseits die gleichzeitige Untersuchung mehreren Tageskliniken sinnvoll, um ausreichende Stichprobengrößen zu erreichen, was jedoch andererseits wegen der in Kapitel 2.1 beschriebenen Vielfalt teilstationärer Einrichtungen und Angebote die Anfälligkeit für Störeinflüsse weiter erhöhen würde.

⁴⁴ „Die summative Evaluation beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention“ (Bortz & Döring, 1995, S. 107).

⁴⁵ „[...]die formative Evaluation [erstellt] regelmäßig Zwischenergebnisse [...] mit dem Ziel, die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern“ (Bortz & Döring, 1995, S. 107).

Außerdem könnte dem Zeitreihenversuchsplan eine Katamnese hinzugefügt werden, um die Veränderungen und deren Wirkung über die tagesklinische Behandlung hinaus zu überprüfen. Frydrich (2002) empfiehlt hier einen Zeitraum von sechs Monaten.

Für die vorliegende Evaluationsstudie wurde ein naturalistisches Design unter Alltagsbedingungen gewählt, bei der die Untersuchung an die Gegebenheiten angepasst wurde und nicht umgekehrt. Dies entspricht als Versorgungsforschung der Phase 4 des erweiterten 4-Phasen-Prüfmodells (Krampen et al., 2008). Generell problematisch bei solchen vorexperimentellen Studien ist die Bedrohung der internen Validität (Verlässlichkeit der Beziehung zwischen unabhängiger und abhängiger Variable) durch zwischenzeitliches Geschehen, welches eine Auswirkung auf die abhängige Variable haben und damit theoretisch eine plausible alternative Erklärung für die Ergebnisse darstellen kann. Von daher sind die Ergebnisse insgesamt nur eingeschränkt interpretierbar. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Veränderungen nicht durch die tagesklinische Behandlung, sondern durch zwischenzeitliches Geschehen eingetreten sind, ist jedoch verringert dadurch dass die Patienten in unterschiedlichen Zeiträumen aufgenommen wurden. Konzeptuelle Replikationen der Studie könnten hier zur kausalen Generalisierbarkeit beitragen (vgl. auch Bierhoff & Rudinger, 1996). Außerdem steht dieser Schwierigkeit in Bezug auf die interne Validität jedoch eine günstige Bedingung für die externe Validität aufgrund des naturalistischen Settings gegenüber: Die Generalisierbarkeit auf andere Personen in ähnlichen Behandlungssettings ist dadurch relativ hoch.

Von Interesse wäre ferner eine retrospektive Bewertung der Symptomverbesserung durch die Patienten im Sinne einer direkten Messung. Hierzu gab es zum Zeitpunkt der Untersuchung insbesondere den „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens“ (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), der jedoch eine komplizierte Beurteilung durch den Patienten erfordert (vgl. Frydrich, 2002). Aufgrund der Art und Schwere der Erkrankungen der tagesklinischen Patienten ist dieses Verfahren nicht angemessen. Mittlerweile existiert jedoch mit dem „Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie“ (Krampen, 2008) ein ökonomischeres, für Patienten leichter verständliches Instrument, dessen zusätzlicher Einsatz lohnend erscheint. Umgekehrt wäre auch eine zusätzliche indirekte Fremdbeurteilung durch die Behandler denkbar.

Zweifellos ist weitere Forschung innerhalb des Themengebietes „Vertrauen“ wünschenswert: So könnte auch bereichsspezifische Messung von Vertrauen in verschiedenen Diagnosegrup-

pen therapeutische Implikationen ergeben oder die Untersuchung von des „Zuviels“ an Selbstvertrauen, z. B. bei manischen oder narzisstischen Störungen, wäre als Forschungsgegenstand interessant, da eine starke Überschätzung der eigenen Kompetenz mit unrealistischen Situationseinschätzungen ebenfalls zu Problemen führen kann (vgl. Schwarzer, 1996; Bierhoff, 2006). Ferner bieten sich Untersuchungen in Spezialeinrichtungen an, in denen bestimmte Diagnosegruppen gehäuft vorkommen, so dass weitere Störungsbilder im Hinblick auf die Vertrauensrisis untersucht werden können. Darüber hinaus erscheint künftige Forschung zur ontogenetischen Entwicklung von Vertrauen zur Förderung der Primärprävention gewinnbringend.

Literaturverzeichnis

- Abele, A. (1991): *Auswirkungen von Wohlbefinden oder: Kann gute Laune schaden?* In: Abele, A. und Becker, P. (Hrsg.): *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Albers, M. (1999): *Kosten und Nutzen der tagesklinischen Behandlung*. In: Eikelmann, B., Reker, T und Albers, M. (Hrsg.): *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme.
- Amagai, Y. (1997): The effects of trust on self-esteem: The developmental changes in lifelong stages. *Japanese Journal of Counseling Science*, 30 (2), S. 103 – 111.
- Amelang, M., Gold, A. und Külbel, E. (1984): Über einige Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Skala zur Erfassung zwischenmenschlichen Vertrauens (Interpersonal Trust). *Diagnostica*, 30 (3), S. 198 – 215.
- Amelang, M. und Schmidt-Rahtjens, C. (2000): Kohärenzsinn als Prädiktor und Suppressor bei der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (3), S. 85 – 93.
- Amelang, M. und Zielinski, W. (2002): *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (1995): *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg): *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*. <http://www.gemeindenaehe-psychiatrie-rlp.de/dokumente/PsychiatrieBericht.pdf> (15.10.2009).
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C., Norris, A. und Beasley, R. (1999): Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80 (3), S. 483 – 491.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy. *Psychological Review*, 84 (2), S. 191 – 215.
- Bandura, A. (1981): *Self-referent thought. A developmental analysis of self-efficacy*. In: Flavell, J. und Roll, L. (Hrsg.): *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. Cambridge: University Press.
- Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1991): *Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behaviour*. In: Madden, J. (Hrsg.): *Neurobiology of learning, emotion and affect*. New York: Raven.
- Bardone-Cone, A., Abramson, L., Vohs, K., Heatherton, T. und Joiner, T. (2006): Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour research and therapy*, 44 (1), S. 27 – 42.
- Basler, H. (1998a): *Einführung in das Behandlungsprogramm*. In: Kröner-Herwig, B. und Basler, H. (Hrsg.): *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie*. München: Quintessenz.
- Basler, H. (1998b): *Evaluation des Behandlungsprogramms im Gruppen-Setting*. In: Kröner-Herwig, B. und Basler, H. (Hrsg.): *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie*. München: Quintessenz.
- Baumann, U. und Stieglitz, R. (1997): *Das AMDP-System: ein psychologischer Test?* In: Haug, H. und Stieglitz, R: *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Beard, M. (1982): Trust, life events, and risk factors among adults. *Advances in nursing science*, S. 26 – 43.
- Beck, A. (1970): *The core-problem in depression: The cognitive triad*. In: Masserman, J. (Hrsg.): *Depression: Theories and therapies*. New York: Grune and Stratton.
- Beck, A., Rush A., Shaw B. und Emery G. (1999): *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: PVU.
- Becker, P. (1986): *Theoretischer Rahmen*. In: Becker P. und Minsel, B. (Hrsg.): *Psychologie der seelischen Gesundheit: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Fördermöglichkeiten*. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1991): *Theoretische Grundlagen*. In: Abele, A. und Becker, P. (Hrsg.): *Wohlbe finden: Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Becker, P. (1994): Die Bedeutung von Vertrauen für die seelische und körperliche Gesundheit. *Logotherapie und Existenzanalyse*, Sonderheft, S. 52 – 64.
- Becker, P. (1997): *Psychologie der seelischen Gesundheit: Theorien, Modelle, Diagnostik*. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.

- Becker, P., Jürgensen, R. und Rüdell, H. (2002): Eignen sich die SCL-90-R sowie drei Persönlichkeitsfragebogen für die Differentialdiagnostik von Patienten aus unterschiedlichen diagnostischen Kategorien? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (4), S. 272 – 283.
- Becker, P., Schulz, P. und Schlotz, W. (2004): Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12 (1), S. 11 – 23.
- Beine, K., Engfer, R. und Bauer, M. (2005): Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – Quo Vadis? *Psychiatrische Praxis*, 32, S. 321 – 323.
- Bender, D. und Lösel, F. (1998): *Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen*. In: Margraf, J., Siegrist, J. und Neumer, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Benesch, H. (1995): *Enzyklopädisches Wörterbuch: Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Weinheim: Belz.
- Bengel, J. (2002): *Salutogenese*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber H.: *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J. und Hubert, S. (2009): *Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion*. Bd. 39. In: Schulte, D., Hahlweg, K., Margraf, J. und Vaitl, D. (Hrsg.): *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bernatzki, R. und Weber, L. (1998): *Pflege und Soziotherapie*. In: Küchenhoff, J. (Hrsg.): *Teilstationäre Psychotherapie: Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Bernstein, G., Borchardt, C. und Perwien, A. (1996): Anxiety disorder in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (9), S. 1110 – 1119.
- Bierhoff, H. (2006): *Sozialpsychologie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bierhoff, H. und Rudinger, G. (1996): *Quasiexperimentelle Untersuchungsmethoden*. In: Erdfelder, E., Mausfeld, R., Meiser, T. und Rudinger, G. (Hrsg.): *Handbuch Quantitative Methoden*. Weinheim: Belz.
- Bloch, E. (1973): *Das Prinzip Hoffnung*. Bd. 1 – 3. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bochmann, F. und Petermann, F. (1989): Compliance bei medikamentösen Therapieformen unter besonderer Berücksichtigung von Vertrauensaspekten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 37 (2), S.162 – 175.

- Bock, T. (1985): *Möglichkeiten und Grenzen teilstationärer Psychiatrie: Einblick in eine Tagesklinik*. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Bowlby, J. (1984): *Bindung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bowlby, J. (1988): *Secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic.
- Bortz, J. und Döring, N. (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1999): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bosch, G. und Steinhart, I. (1983): *Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Bosch, G., Veltin, A., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. Tagungsberichte, Bd. 9. Köln: Rheinland-Verlag.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1981): Kontextuelle Therapie. Therapeutische Strategien zur Schaffung von Vertrauen. *Familiendynamic*, 6 (2), S.176 – 195.
- Buchner, A., Erdfelder, E. und Faul, F. (1996): *Teststärkenanalysen*. In: Erdfelder, E., Mausfeld, R., Meiser, T. und Rudinger, G. (Hrsg.): Handbuch Quantitative Methoden. Weinheim: Belz.
- Buck, E. und Bierhoff, H. (1986): Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit: Skalen zur Erfassung des Vertrauens in eine konkrete Person. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 7 (4), S. 205 – 223.
- Bühl, A. (2008): *SPSS 16 – Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson.
- Bühner, M. (2006): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2009a): *Häufigkeit psychischer Störungen*. http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/89067.html (11.06.2009)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2009b): *Ambulante Psychotherapie*. http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/89068.html (11.06.2009)
- Casey, L., Oei, T. und Newcombe, P. (2004): An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review*, 24 (5), S. 529 – 555.
- Caver, C., Scheier, M. und Weintraub, J. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, S. 267 – 283.
- Clases, C. und Wehner, T. (2001): *Vertrauen*. In: Wenniger, G. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. 4. Heidelberg: Spektrum.
- Cohen, J. (1992): A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, S. 155 – 159.

- Cueni, C. (1988): *Evaluation tagesklinischer Behandlung psychisch chronisch Kranker*. Zürich: Studentendruckereizentrum.
- Curtis, J. (1981): Effects of therapist self-disclosure, patients impression in empathy, competence, and trust in an analog of a psychotherapeutic interaction. *Psychological Reports*, 48, S. 127 – 136.
- Dalbert, C. (1998): *Das Gerechtigkeitsmotiv und die seelische Gesundheit*. In: Reichle, B. und Schmitt, M. (Hrsg.): Verantwortung, Gerechtigkeit und Moral: Zum psychologischen Verständnis ethischer Aspekt im menschlichen Verhalten. Weinheim: Juventa.
- DeJong, R., Henrich, G. und Noppeney, G. (1985): Die Erfassung „antidepressiver“ Gedanken sowie die subjektive Bewertung dieser Bewältigungsstrategien bei depressiven Patienten und nicht-depressiven Kontrollpersonen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14 (1), S. 39 – 52.
- Deutsch, M. (1958): Trust and suspicion. *Conflict resolution*, 2, S. 264 – 279.
- Deutsch, M. (1960): Critique an notes: Trust, trustworthiness, and the F-scale. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61 (1), S. 138 – 140.
- Deutsch, M. (1962): Cooperation and trust: Some theoretical notes. *Nebraska Symposium on Motivation*, 10, S. 275 – 320.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. und Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans-Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. und Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2006): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hans-Huber.
- Distefano, M., Pryer, M. und Garrison, J. (1981): Clients' satisfaction and interpersonal trust among hospitalized psychiatric patients. *Psychological Reports*, 49, S. 420 – 422.
- Doherty, W. und Ryder, R. (1979): Locus of control, interpersonal trust, and assertive behavior among newlyweds. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (12), S. 2212 – 2220.
- Dorsch, F., Häcker, H. und Stapf, K. (Hrsg.) (1996): *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans-Huber.
- Ehlers, A. und Lüer, G. (1996): *Pathologische Prozesse der Informationsverarbeitung: Kognitionspsychologische Interpretation von Depression und Angststörungen*. In: Ehlers, A. und Hahlweg, K. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie Bd. 1 – Grundlagen der klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

- Eikelmann, B. (1996): *Ein „demokratisches Modell“*. In: Pittrich, W. (Hrsg.): Therapie im Alltag – Psychiatrische Tageskliniken in Westfalen-Lippe. Lengerich: Pabst.
- Eikelmann, B. (1999a): *Psychotherapie in der tagesklinischen Behandlung*. In: Eikelmann, B., Reker, T. und Albers, M. (Hrsg.): Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme.
- Eikelmann, B. (1999b): *Zur Evaluation psychiatrischer Tagesbehandlung*. In: Eikelmann, B., Reker, T. und Albers, M. (Hrsg.): Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme.
- Eikelmann, B., Zacharias-Eikelmann, B., Richter, D. und Reker, T. (2005): Integration psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (5), S. 218 – 221.
- Eisner, J. (1995): *The origins of explanatory style: Trust as a determinant of optimism and pessimism*. In: Mc Clellan, B und Seligman, M (Hrsg.): Explanatory style. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Ellis, A. und Hoellen, B. (1997): *Die rational-emotive Verhaltenstherapie: Reflexionen und Neubestimmungen*. München: Pfeiffer.
- Esser, M. und Petermann, F. (1985): Vertrauensfördernde Variablen in Kind-Erwachsenen-Interaktion. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 33 (1), S. 20 – 29.
- Erikson, E. (1973): *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Erikson, E. (1988): *Jugend und Krise: Die Psychodynamik im sozialen Wandel*. Stuttgart: Klett.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. und Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S. 800 – 809.
- Faller, H. und Rudolf, G. (1998): Die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für Diagnostik und Indikationsstellung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 44, S. 54 – 71.
- Faul, F. und Erdfelder, E. (1992): *GPOWER: A priori, post hoc, and compromise power analyses for MS-DOS* (Computer-Programm). Bonn: Psychologisches Institut der Universität.
- Feild, H. und Armenakis, A. (1974): On use of multiple tests of significance in psychological research. *Psychological Reports*, 35, S. 427 – 431.

- Fiedler, P. (2000): *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007): *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Finzen, A. (1986): *Tags in die Klinik – abends nach Hause: Die Tagesklinik*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Franke, G. (2002): *SCL90-R – Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis: Deutsche Version*. Göttingen: Beltz-Test.
- Franz, M. (1997): *Die Bedeutung von Vertrauen und Wertschätzung für den Weg in die psychotherapeutische Behandlung*. In: Schweer, M. (Hrsg.): *Vertrauen und soziales Handeln*. Neuwied: Luchterhand.
- Fromm, E. (1971): *Die Revolution der Hoffnung. Für eine humanisierte Technik*. Stuttgart: Klett.
- Fydrich, T. (2002): *Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie*. In: Amelang, M. und Zielinski, G. (Hrsg.): *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- Garlipp, P. (2008): *Evaluation allgemeinpsychiatrisch-tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes*. In: Saß, H., Sauer, J. und Müller-Spahn, F. (Hrsg.): *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie*. Bd. 115. Darmstadt: Steinkopff.
- Geyer, S. (1996): *Vulnerabilität und protektive Faktoren: Soziale Ungleichheit und soziale Unterstützung als protektive Vulnerabilitätsfaktoren*. ÖiF-Materialiensammlung, 5. <http://131.130.67.132/ftp/events/strobl96/mat5r2.pdf> (05.05.2009).
- Grawe, K. (1995): Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, S. 130 – 145.
- Grawe, K. (1996): *Umriss einer zukünftigen Psychotherapie*. In: Bents, H., Frank, R. und Rex, E. (Hrsg.): *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Grawe, K., Donati, R. und Bernauer, F. (2001): *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, Martin (1998): *Depression*. Bd. 4. In: Schulte, D., Grawe, K., Hahlweg, K. und Vaitl, D. (Hrsg.): *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2003): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Herpertz, S. und Senf, W. (2003): Psychotherapie der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 20, S. 1367 – 1373.

- Hewig, M. (2008): *Generalisierte und spezielle Vertrauensaspekte in der Psychotherapie: Eine empirische Studie zur prognostischen Bedeutung der Vertrauens-Trias für das Ergebnis stationärer Psychotherapie*. http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=990298590unddok_var=d1unddok_ext=pdfundfilename=990298590.pdf (06.04.2009)
- Hoffart, A. (1995): Cognitive mediators of situational fear in agoraphobia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 26 (4), S. 313 – 320.
- Hoffmann, N. und Hofmann, B. (2004): *Exposition bei Ängsten und Zwängen: Praxishandbuch*. Weinheim: Beltz.
- Holahan, C. und Moos, R. (1990): Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), S. 909 – 917.
- Horvarth, A. und Luborsky, L. (1993): The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), S. 561 – 573.
- Hoyer, J. (2000): Optimismus und Gesundheit: Überblick, Kritik und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (3), S. 111 – 122.
- Huber, G. (1999): *Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. Stuttgart: Schattauer.
- Jacobie, C., Paul, T. und Thiel, A. (2004): *Essstörungen*. Bd. 24. In: Schulte, D., Grawe, K., Hahlweg, K. und Vaitl, D. (Hrsg.): *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (2002): *Kompetenz(-förderung)*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H.: *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. und Schwarzer, R. (1989): Selbstkonzept und Ängstlichkeit als Einflussgrößen für Streßerleben und Bewältigungstendenzen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 21 (4), S. 307 – 324.
- Johann, M., Bobber, G., Franke, E. und Wodarz, N. (2003): Rückfallpräventionsgruppe bei alkoholabhängigen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 30 (2), S. 125 – 128.
- Johnson, J. und Sarason, I. (1978): Life stress, depression an anxiety: Internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, S. 205 – 208.
- Kallert, T., Matthes, C., Glöckner, M., Eichler, F., Koch, R. und Schützwohl, M. (2004): Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? *Psychiatrische Praxis*, 31, S. 409 – 419.
- Keller, S. (2002): *Rückfall und Rückfallmanagement*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.

- Kern, C. und Küchenhoff, J. (1998): *Erste empirische Daten zur teilstationären Psychotherapie*. In: Küchenhoff, J. (Hrsg.): *Teilstationäre Psychotherapie: Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Klauer, T. (2002): *Depression und Hoffnungslosigkeit*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber H.: *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Koller, M. (1997): *Psychologie interpersonalen Vertrauens. Eine Einführung in theoretische Ansätze*. In: Schweer, M. (Hrsg.): *Interpersonales Vertrauen: Theorien und empirische Befunde*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Koller, M. und Lorenz, W. (1997): *Vertrauen zwischen Arzt und Patient: Analyse und Überwindung von Kommunikationsdefiziten*. In: Schweer, M. (Hrsg.): *Vertrauen und soziales Handeln*. Neuwied: Luchterhand.
- Krampen, G. (1979): Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten – Ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H-Skala). *Medizinische Psychologie*, 5, S. 39 – 49.
- Krampen, G. (1982): *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen („Locus of Control“)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1986): Neue Befunde zur Hoffnungslosigkeits-Skala (H-Skala). *Trierer Psychologische Berichte*, 13, (10).
- Krampen, G. (1987): *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie: Konzeptuelle und empirischen Beiträge zur Konstrukterhellung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991): *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1994): *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1997a): Die Vertrauentrias: Handlungs-, persönlichkeits- und entwicklungstheoretische Einordnung und empirische Befunde. *Trierer Psychologische Berichte*, 24 (1).
- Krampen, G. (1997b): *Zur handlungs-, persönlichkeits-, und entwicklungstheoretischen Einordnung des Konstrukts Vertrauen*. In: Schweer, M. (Hrsg.): *Vertrauen und soziales Handeln*. Neuwied: Luchterhand.
- Krampen, G. (1998): Diagnostik nach ICD-10. *Report Psychologie*, 23 (1), S. 44 – 63.
- Krampen, G. (2002): *Fragebogen zum Interpersonalen Vertrauen (IPV)*. Unveröffentlicht.
- Krampen, G. (2004): *Lerntheorien der Persönlichkeit*. In: Pawlik, L. (Hrsg.): *Theorien und Anwendungsfelder der Differentiellen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

- Krampen, G. (2005): *Psychology of control and personality: Julian B. Rotter and beyond*. In: Greve, W., Rothermund, K. und Wentura, D. (Hrsg.): *The adaptive self: personal continuity and intentional self-development*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2008): *Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie (VFE-PT): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. und von Delius, A. (1981): Wahrnehmung therapeutischer Umwelten und subjektive Befindlichkeit von stationären Patienten. *Medizinische Psychologie*, 7, S. 110 – 126.
- Krampen, G. und Fischer, M. (1988): Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung. Literaturüberblick und theoretische Bezüge. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36 (2), S. 100 – 117.
- Krampen, G. und Greve, W. (2008): *Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung über die Lebensspanne*. In: Oerter, R. und Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Krampen, G. und Hank, P. (2004a): Die Vertrauenstrias: Interpersonales Vertrauen, Selbstvertrauen und Zukunftsvertrauen in der psychologischen Theoriebildung und Forschung. *Report Psychologie*, 29, S. 666 – 677.
- Krampen, G. und Hank, P. (2004b): Biographische Rekonstruktion seelischer Gesundheit und psychischer Störung anhand der Vertrauenstrias: Stand der Forschung, theoretische Konzeptualisierung und empirische Fragestellungen. *Trierer Psychologische Berichte*, 31 (1).
- Krampen, G. Schui, G. und Wiesenhütter, J. (2008): Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapie-Ressourcen: Ein erweitertes 4-Phasen-Prüfmodell und seine Anwendung auf die klinisch-psychologische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (1), S. 43 – 51.
- Krampen, G., Viebig, J. und Walter, W. (1982): Entwicklung einer Skala zur Erfassung dreier Aspekte von sozialem Vertrauen. *Diagnostica*, 28 (3), S. 242 – 247.
- Kröner-Herwig, B. (1998): *Die Behandlung von chronischen Kopfschmerzen*. In: Kröner-Herwig, B. und Basler, H. (Hrsg.): *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie*. München: Quintessenz.
- Küchenhoff, J. (1998): *Grundlagen und Modelle der teilstationären Psychotherapie*. In: Küchenhoff, J. (Hrsg.): *Teilstationäre Psychotherapie: Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

- Kunze, H. und Kaltenbach, L. (Hrsg.) (2005): *Psychiatriepersonalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lambert, M., Stark, J. und Naber, D. (1999): *Pharmakotherapie schizophrener Störungen im tagesklinischen Setting*. In: Eikelmann, B., Reker, T. und Albers, M. (Hrsg.): *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme.
- Lammers, C. und Schneider, W. (2009): Die therapeutische Beziehung: Verfahrensübergreifende Aspekte. *Der Psychotherapeut*, 54 (6), S. 469 – 483.
- Lasar, M. (1997): Kognitive Handlungsbewertung bei akut erkrankten chronisch schizophrenen Patienten. *Psychologische Beiträge*, 39, S. 297 – 311.
- Leonhart, R. (2009): *Lehrbuch Statistik: Einstieg und Vertiefung*. Bern: Hans Huber.
- Lerner, M. (1980): *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Lindenberger, U. und Schaefer, S. (2008): *Erwachsenenalter und Alter*. In: Oerter, R. und Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Lösel, F. und Bender, D. (1996): *Vulnerabilität und protektive Faktoren: Schutz- und Risikofaktoren der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in der Familie und deren Umfeld*. ÖiF-Materialiensammlung, 5. <http://131.130.67.132/ftp/events/strobl96/mat5r2.pdf> (05.05.2009).
- Lösel, F. und Bliesener, T. (1990): *Resilience in adolescence: A study on the generalizability of protective factors*. In: Hurrelmann, K. und Lösel, F. (Hrsg.): *Health hazards in adolescence*. Berlin: deGruyter.
- Luhmann, N. (1989): *Vertrauen. Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Enke.
- Luszczynska, A. und Schwarzer, R. (2005): *The role of self-efficacy in health self-regulation*. In: Greve, W., Rothermund, K. und Wentura, D. (Hrsg.): *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development*. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. (1996): *Grundprinzipien und historische Entwicklung*. In: Margraf, J. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie : Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Bd. 1. Berlin: Springer.
- Marsh, A. (1977): *Protest and political consciousness*. Beverly Hills: Sage.
- Maß, R. (2001): *Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI): Manual*. Göttingen: Hogrefe.

- Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C., Kinze, J., Biebl, W. und Richter, R. (2000): Bindung und Psychotherapie: Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 45 (4), S. 223 – 229.
- Mundt, A., Hand, I. und Rufer, M. (2002): Die spezifische Verhaltenstherapie-Tagesklinik. *Nervenarzt*, 73 (11), S. 1082 – 1087.
- Oerter, R. (2008): *Kindheit*. In: Oerter, R und Montada, L (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.
- Ollendick, T. (1995): Cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: A multiple baseline design analyses. *Behavior Therapy*, 26, S. 517 – 531.
- Otto, K., Boos, A., Dalbert, C. Schöps, D. und Hoyer, J. (2006): Posttraumatic symptoms, depression, and anxiety of flood victims: The impact of the belief in a just world. *Personality and Individual Differences*, 40, S. 1075 – 1084.
- Petermann, F. (1987): *Daten, Dimensionen, Verfahrensweisen*. In: Oerter, R. und Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. München: PVU.
- Petermann, F. (1996): *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. (1997): *Interpersonales Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung*. In: Schweer, M. (Hrsg.): Interpersonales Vertrauen: Theorien und empirische Befunde. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Peterson, C., Villanova, P. und Raps, C. (1985): Depression and attributions: factors responsible for inconsistent results in the published literature. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (2), S. 165 – 168.
- Pfingsten, M., Franz, C. und Hildebrandt, J. (1998): *Chronischer Rückenschmerz – epidemiologische, ätiologische und diagnostische Aspekte*. In: Kröner-Herwig, B. und Basler, H. (Hrsg.): Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie. München: Quintessenz.
- Pittrich, W. (1996): *Der tagesklinische Weg der Psychiatriereform*. In Pittrich, W. (Hrsg.): Therapie im Alltag – Psychiatrische Tageskliniken in Westfalen-Lippe. Lengerich: Pabst.
- Plattner, I. (1988): Hoffnung – ein psychologisch und pädagogisch relevantes Phänomen? *Pädagogische Rundschau*, 42, S. 443 – 475
- Rasch, B., Friese, M. Hofmann, W. und Naumann, E. (2006a): *Quantitative Methoden 1*. Heidelberg: Springer.

- Rasch, B., Friese, M. Hofmann, W. und Naumann, E. (2006b): *Quantitative Methoden 2*. Heidelberg: Springer.
- Ravens-Sieberer, U., Schulte-Markwort, M., Bettge, S. und Barkmann, C. (2002): Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitswesen*, 64, Sonderheft 1, S. 588 – 594.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. und Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S. 871 – 878.
- Reker, T. (1999a): *Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung*. In: Eikelmann, B., Reker, T. und Albers, M. (Hrsg.): *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme.
- Reker, T. (1999b): *Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung*. In: Eikelmann, B., Reker, T. und Albers, M. (Hrsg.): *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme.
- Renner, B. (2002): *Optimismus*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber H.: *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Rieckmann, N. (2002): *Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1976): *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. (1975): *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Klett.
- Rosenberg, M. (1956): Misanthropy and political ideology. *American Sociological Review*, 21, S. 690 – 695.
- Rotter, J. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80/1, Nr. 609.
- Rotter, J. (1967): A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35, S. 651 – 665.
- Rotter, J. (1980): Interpersonal trust, trustworthiness and gullibility. *American Psychologist*, 35, S. 1 – 7.
- Rotter, J. (1981): Vertrauen. *Psychologie heute*, 8 (3), S. 23 – 29.
- Rudolph, C., Mattiesen, C. und Neuman, N. (2002): Medikamentöse Compliance und Noncompliance psychiatrischer Patienten: Motive und krankheitsspezifische Zusammenhänge. *Krankenhauspsychiatrie*, 13 (2), S. 78 – 80.
- Ruholl, S. (2007): *Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen: Status und Verlauf*. <http://darwin.bth.rwth-aachen.de/opus3/volltexte/2008/2243> (06.2.2009).

- Rumpf, H., Hapke, U. und John, U. (2002): *Alkoholkonsum, Prävention und Intervention*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Sammet, I., Staats, H. und Schauenburg, H. (2004): Beziehungserleben und Therapieergebnis in stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50 (4), S. 376 – 393.
- Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M. und Houben, I. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheier, M. und Carver, C. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4 (3), S. 219 – 247.
- Scheier, M. und Carver, C. (1987): Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55 (2), S. 170 – 210.
- Scheier, M. und Carver, C. (1992): Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, S. 201 – 228.
- Scheier, M., Weintraub, J. und Carver, C. (1986): Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, S. 1257 – 1264.
- Scheuerer-Englisch, H. und Zimmermann, R.: (1997): *Vertrauensentwicklung in Kindheit und Jugend*. In: Schweer, M. (Hrsg.): *Interpersonales Vertrauen: Theorien und empirische Befunde*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schene, A., van Wijngaarden, B., Poelijoe, N. und Gersons, B. (1993): The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 (6), S. 427 – 436.
- Schindler, C. und Körkel, J. (1994): Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie*, 4, S. 152 – 161.
- Schmidt, M., Gerhold, M. und Esser, G. (1998). *Seelische Gesundheit vs. psychischer Auffälligkeit in einer repräsentativen Stichprobe junger Erwachsener*. In: Margraf, J., Siegrist, J. und Neumer, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Schmitt, G. (2000): Vertrauen. *Bewährungshilfe*, 47 (4), S. 356 – 382

- Schneider, J. (2006): Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und sozialmedizinischem Status bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). *Die Rehabilitation*, 45 (2), S. 110 – 117.
- Schneider, J. und Rief, W. (2007): Selbstwirksamkeitserwartungen und Therapieerfolge bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), S. 46 – 56.
- Schröder, K. (1997): *Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. und Koch, U. (2008): *Psychotherapeutische Versorgung*. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 41.
- Schütz, A., Hertel, J. und Heindl, A.: *Positives Denken*. In: Auhagen, E. (Hrsg.): *Positive Psychologie: Anleitung zum „besseren“ Leben*. Weinheim: Beltz.
- Schumacher, J. (2002): *Kohärenzgefühl*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwab, R. (1997): *Interpersonales Vertrauen in der psychotherapeutischen Beziehung*. In: Schweer, M. (Hrsg.): *Interpersonales Vertrauen: Theorien und empirische Befunde*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schwarzer, R. (1993a): Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1 (1), S. 7 – 31.
- Schwarzer, R. (1993b): *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1994a): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), S. 105 – 123.
- Schwarzer, R. (1994b): Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9 (3), S. 105 – 123.
- Schwarzer, R. (1996): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2002): *Selbstwirksamkeitserwartung*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. und Renner, B. (1997): *Risikoeinschätzung und Optimismus*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schweer, M. (1998): *Vertrauen*. Landau: Empirische Pädagogik.
- Schweer, M. (2000): Zentrale Ergebnisse empirischer Vertrauensforschung. *Bewährungshilfe*, 47 (4), S. 382 – 394.
- Schweer, M. (2004): Vertrauen und soziale Unterstützung in der pädagogischen Beziehung. *Bildung und Erziehung*, 57 (3), S. 279 – 288.

- Schweer, M. und Thies, B. (2004): *Vertrauen*. In: Auhagen, E. (Hrsg.): *Positive Psychologie: Anleitung zum „besseren“ Leben*. Weinheim: Beltz.
- Schwenkmezger, P. (1994): *Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive*. In: Schwenkmezger, P. und Schmidt, L. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- Seidel, R. (1983): *Die Tagesklinik als Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Vollversorgungssystems*. In: Bosch, G., Veltin, A., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung. – Tagungsberichte*, Bd. 9. Köln: Rheinland-Verlag.
- Seidler, K., Garlipp, P., Machleidt, W. und Haltenhof, H. (2006): Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients: Findings from a national survey in Germany. *European Psychiatry*, 21 (2), S. 110 – 117.
- Seligman (1999): *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Smedslund (1988): *Psycho-Logic*. Berlin: Springer.
- Smith, T., Pope, K. und Rhodewalt, I. (1989): Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (4), S. 640 – 648.
- Stadler, J. (1993): *Die soziale Lerntheorie von Bandura*. In: Frey, D. und Irle, M. (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie*. Bd. 2: Gruppen- und Lerntheorien. Bern: Hans Huber.
- Statistisches Bundesamt (2008): *Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2007*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.cspundID=1023231> (30.09.2009).
- Stieglitz, R. (2008): *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stiensmeier-Pelster, J. und Heckhausen, H. (2006): *Kausalattribution von Verhalten und Leistung*. In: Heckhausen, J. und Heckhausen, H. (Hrsg.): *Motivation und Handeln*. Heidelberg: Springer.
- Strauß, B. (2006): Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51 (1), S. 5 – 14.
- Streb, P. (1998): *Gruppenpsychotherapie*. In: Küchenhoff, J. (Hrsg.): *Teilstationäre Psychotherapie: Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Taylor, S. (1989): *Positive illusion: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.

- Taylor (1990): Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45 (1), S. 40 – 50.
- Taylor, S. und Brown, J. (1988): Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, S. 193 – 210.
- Tisch, W. (1997): *Vertrauen*. In: Arnold, W., Eysenck, H. und Meili, R.: *Lexikon der Psychologie*, S. 2489 – 2490.
- Veltin, A. (1986): *Leitfaden zur tagesklinischen Behandlung*. In: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesellschaft. Bd. 189. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, H. (1994): *Veränderung gesundheitsbezogener Kognitionen*. In: Schwenkmezger, P. und Schmidt, L. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- Weber, H. (2002): *Ressourcen*. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A – Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, H., Geisler, F., Kubiak, T. und Siewert, K. (2008): Interindividual differences in emotion regulation: A personality psychology perspective on health. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16 (3), S. 164 – 166.
- Weiner, B. (1980): The role of affect in rational (attributional) approaches to human motivation. *Educational Researcher*, 9, S. 4 – 11.
- Wieland-Eckelmann, R. und Carver, C. (1990): Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 11 (3), S. 167 – 184.
- Wittchen, H., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. und Schmidtkunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2.
- Wottowa, H. (1996): *Methoden der Evaluationsforschung*. In: Erdfelder, E., Mausfeld, R., Meiser, T. und Rudinger, G. (Hrsg.): *Handbuch Quantitative Methoden*. Weinheim: Belz.
- Vogel, R. (1999): *Stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik – Zum Stand der Dinge*. In: Krampen, G., Zayer, H., Schönplflug, W. und Richardt, G. (Hrsg.): *Beiträge zur angewandten Psychologie*. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Zand, D. (1977): *Vertrauen und Problemlösungsverhalten von Managern*. In: Lück, H. (Hrsg.): *Mitleid, Vertrauen, Verantwortung: Ergebnisse der Erforschung prosozialen Verhaltens*. Stuttgart: Klett.

-
- Zeeck, A., Herzog, T. und Kuhn, K., Hartmann, A., Scheidt, C., Wirsching, M. (2002): Teilstationäre Psychotherapie – Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, S. 492 – 499.
- Zielke, M. und Kopf-Mehnert, C. (1978): *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Weinheim: Belz.

Anhang

A) ERGÄNZUNGEN ZU KAPITEL 6 (SKALEN- UND ITEMANALYSEN)	166
TABELLE 1 KORRELATIONSMATRIX: ALLE FRAGEBÖGEN MIT ALLEN ZU ALLEN MESSZEITPUNKTEN	166
FORTSETZUNG TABELLE 1 KORRELATIONSMATRIX: ALLE FRAGEBÖGEN MIT ALLEN ZU ALLEN MESSZEITPUNKTEN	167
ABBILDUNG 1 SCREEPLOT DER FAKTORENANALYSE DES FRAGEBOGENS ZUM INTERPERSONALEN VERTRAUEN (IPV)	168
B) ERGÄNZUNGEN ZU KAPITEL 7 (ERGEBNISSE).....	169
TABELLE 2 MANOVA VERTRAUENSTRIAS BEI BEHANDLUNGSDAUER ≥ 6 WOCHEN: TESTS DER INNERSUBJEKTEFFEKTE	169
TABELLE 3 VERTRAUENSTRIAS BEI BEHANDLUNGSDAUER ≥ 6 WOCHEN: TESTS AUF UNIVARIATE	169
TABELLE 4 TESTSTÄRKEN DER NICHT SIGNIFIKANT GEWORDENEN VERÄNDERUNGEN DER VTT	170
TABELLE 5 TESTSTÄRKEN DER NICHT SIGNIFIKANT GEWORDENEN ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VTT UND DIAGNOSEN	170

FORTSETZUNG TABELLE 1: KORRELATIONSMATRIX: ALLE FRAGEBÖGEN MIT ALLEN ZU ALLEN MESSZEITPUNKTEN

	H1	H2	FKK-I1	FKK-I2	FKK-C1	FKK-C2	FKK-P1	FKK-P2	FKK-SK1	FKK-SK2	IPV1	IPV2	FKK-SKI1	FKK-SKI2	FKK-PC1	FKK-PC2
Soma1	-.31**	-.16	-.10	-.07	.33**	.31**	.35**	.13	-.36**	-.26**	-.20*	-.07	-.30**	-.23*	.39**	.24**
Zwang1	-.48**	-.28**	-.11	-.19*	.35**	.28**	.43**	.27**	-.56**	-.40**	-.22**	-.17	-.50**	-.38**	.45**	.30**
Unsich1	-.49**	-.32**	-.24**	-.27**	.35**	.38**	.50**	.37**	-.54**	-.56**	-.41**	-.31**	-.51**	-.51**	.48**	.40**
Depr1	-.58**	-.29**	-.07	-.16	.39**	.34**	.47**	.28**	-.48**	-.37**	-.30**	-.25**	-.38**	-.33**	.49**	.34**
Ängstl1	-.38**	-.16	-.09	-.17	.28**	.20*	.35**	.19*	-.51**	-.27**	-.19*	-.02	-.40**	-.25**	.34**	.21*
Aggr1	-.25**	-.03	-.02	-.04	.24**	.18*	.45**	.24**	-.42**	-.26**	-.35**	-.16	-.28**	-.18*	.39**	.24**
Phob1	-.36**	-.25**	-.07	-.18*	.28**	.23*	.31**	.22*	-.54**	-.34**	-.14	-.03	-.40**	-.32**	.32**	.24**
Paran1	-.38**	-.25**	-.08	-.13	.30**	.26**	.56**	.32**	-.37**	-.33**	-.52**	-.37**	-.29**	-.26**	.49**	.33**
Psychot1	-.48**	-.39**	-.15	-.16	.35**	.38**	.42**	.41**	-.47**	-.43**	-.35**	-.22*	-.40**	-.40**	.44**	.44**
GSI1	-.50**	-.28**	-.13	-.18	.39**	.38**	.50**	.30**	-.56**	-.46**	-.33**	-.25**	-.46**	-.41**	.51**	.37**
Soma2	-.37**	-.41**	-.16	-.20*	.32**	.34**	.29**	.34**	-.17	-.36**	-.14	-.21*	-.24**	-.34**	.32**	.36**
Zwang2	-.33**	-.59**	-.15	-.20*	.27**	.40**	.36**	.45**	-.17	-.52**	-.14	-.34**	-.20*	-.46**	.36**	.46**
Unsich2	-.30**	-.51**	-.19*	-.23*	.24**	.40**	.35**	.50**	-.21*	-.54**	-.24**	-.38**	-.27**	-.48**	.32**	.48**
Depr2	-.41**	-.67**	-.20*	-.27**	.33**	.49**	.32**	.47**	-.21*	-.53**	-.21*	-.38**	-.26**	-.54**	.37**	.52**
Ängstl2	-.39**	-.61**	-.19*	-.17	.31**	.43**	.32**	.49**	-.19*	-.50**	-.18	-.31**	-.27**	-.41**	.34**	.49**
Aggr2	-.25**	-.46**	-.11	-.09	.23*	.35**	.33**	.46**	-.17	-.38**	-.26**	-.38**	-.18*	-.30**	.31**	.44**
Phob2	-.25**	-.51**	-.16	-.31**	.21*	.33**	.27**	.37**	-.33**	-.50**	-.08	-.21*	-.32**	-.50**	.26**	.37**
Paran2	-.32**	-.51**	-.07	-.12	.30*	.45**	.41**	.54**	-.16	-.44**	-.37**	-.53**	-.16	-.38**	.40**	.54**
Psychot2	-.27**	-.59**	-.14	-.20*	.22*	.35**	.30**	.43**	-.18	-.52**	-.20*	-.34**	-.22*	-.45**	.27**	.42**
GSI2	-.41**	-.65**	-.18	-.25**	.32**	.45**	.38**	.52**	-.21*	-.55**	-.24**	-.41**	-.28**	-.50**	.38**	.53**
H-RB1		.49**	.27**	.27**	-.54**	-.50**	-.53**	-.35**	.38**	.46**	.43**	.36**	.41**	.46**	-.61**	-.46**
H-RB2			.21*	.29**	-.41**	-.57**	-.35**	-.57**	.16	.63**	.26**	.38**	.24*	.62**	-.44**	-.62**
FKK-I1				.43**	-.06	-.22*	-.12	-.16	.31**	.34**	.13	.03	.75**	.52**	-.10	-.21*
FKK-I2					-.20*	-.16	-.13	-.08	.23*	.33**	.12	.04	.42**	.77**	-.16	-.14
FKK-C1						.73**	.56**	.42**	-.22**	-.41**	-.32**	-.31**	-.19*	-.40**	.88**	.63**
FKK-C2							.58**	.70**	-.14	-.52**	-.38**	-.44**	-.22*	-.49**	.75**	.93**
FKK-P1								.63**	-.38**	-.41**	-.46**	-.40**	-.34**	-.38**	.89**	.66**
FKK-P2									-.20*	-.47**	-.30**	-.39**	-.23*	-.42**	.60**	.92**
FKK-SK1										.43**	.27**	.17	.87**	.35**	-.35**	-.19*
FKK-SK2											.28**	.33**	.49**	.85**	-.47**	-.54**
IPV1												.77**	.26**	.26**	-.45**	-.37**
IPV2													.14	.24**	-.41**	-.45**
FKK-SKI1														.53**	-.30**	-.24**
FKK-SKI2															-.45**	-.50**
FKK-PC1																.74**

Anmerkungen:

117 ≤ N ≤ 165

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

In der Regel wurden die Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet. Da hierfür jedoch eine Voraussetzung die Normalverteilung ist (vgl. Bühner, 2006; Bühl, 2008), wurde bei den nicht normalverteilten Skalen (jeweils grau unterlegt) die Spearman-Rangkorrelation berechnet.

Skalen der SCL-90-R Messzeitpunkt 1: Soma1, Zwang1, Unsich1, Depr1, Ängstl1, Aggr1, Phob1, Paran1, Psychot1, GSI1

Skalen der SCL-90-R Messzeitpunkt 2: Soma2, Zwang2, Unsich2, Depr2, Ängstl2, Aggr2, Phob2, Paran2, Psychot2, GSI2

FKK: Messzeitpunkt 1: FKK-I1, FKK-C1, FKK-P1, FKK-SK1, FKK-SKI1, FKK-PC1

FKK: Messzeitpunkt 2: FKK-I2, FKK-C2, FKK-P2, FKK-SK2, FKK-SKI2; FKK-PC2

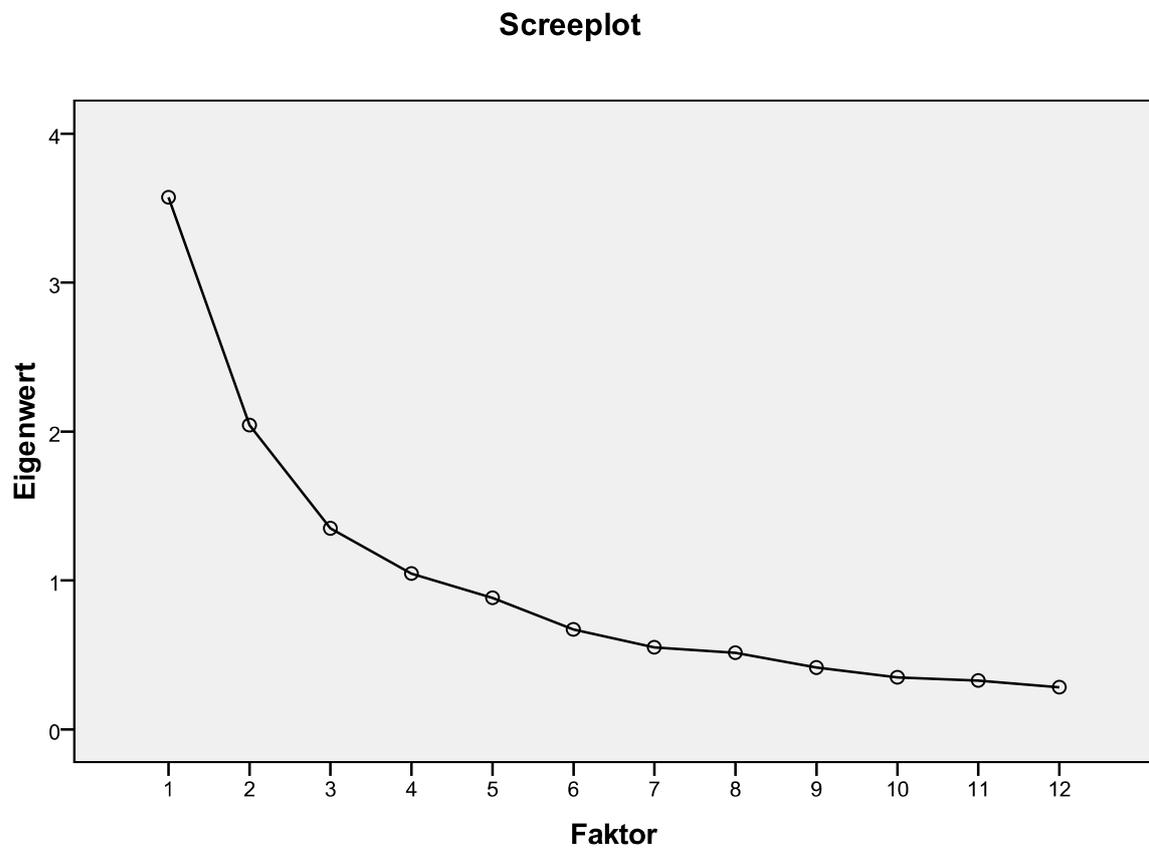
H-RB: Messzeitpunkt 1: H-RB1

H-RB: Messzeitpunkt 2: H-RB2

IPV: Messzeitpunkt 1: IPV1

IPV: Messzeitpunkt 2: IPV2

ABBILDUNG 1: SCREEPLOT DER FAKTORENANALYSE DES FRAGEBOGENS ZUM INTERPERSONALEN VERTRAUEN (IPV)



B) Ergänzungen zu Kapitel 7 (Ergebnisse)

TABELLE 2: MANOVA VERTRAUENSTRIAS BEI BEHANDLUNGSDAUER \geq 6 WOCHEN: TESTS DER INNERSUBJEKT-EFFEKTE

Innersubjekteffekte	F ^a	Wilks-Lambda	$p\eta^{2b}$	λ^c	beobachtete Schärfe ^d
Veränderung VTT bei Behandlungsdauer \geq 6 Wochen ^f	$F_{(df_{\text{treatment}} = 75; df_{\text{Fehler}} = 113)} = .7.566^*$	.62	.12	10.43	.76

Anmerkungen:

^a Exakte Statistik

^b $p\eta^2$ = partielles Eta²; Effektstärkenmaß

^c = Nonzentralitätsparameter

^d Teststärke, unter Verwendung von Alpha = .05 berechnet

Die Tests basieren auf den gemittelten Variablen

Behandlungsdauer \geq 6 Wochen: Mittelwert: 10.80, Standardabweichung: 3.88

$df_{\text{treat}} = p-1$; $p = 2$ Messzeitpunkte; * 3 abhängige Variablen

$df_{\text{Fehler}} = (n-1) * (p-1)$; $p = 2$ Messzeitpunkte; * 3 abhängige Variablen

* Signifikanzniveau: $p \leq .05$

TABELLE 3: VERTRAUENSTRIAS BEI BEHANDLUNGSDAUER \geq 6 WOCHEN: TESTS AUF UNIVARIATE

Quelle	Maß	QS vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	$p\eta^{2a}$	λ^b	beobachtete Schärfe ^c
Veränderung VTT bei Behandlungsdauer \geq 6 Wochen	IPV \geq 6 Wochen	.15	1	.15	1.14 (n. s)	.02	1.14	.18
	FKK-SKI \geq 6 Wochen	.95	1	.95	5.04*	.06	5.04	.60
	HRB \geq 6 Wochen	2.49	1	2.49	4.00*	.05	4.00	.51
Fehler(VTT bei Behandlungsdauer \geq 6 Wochen)	IPV \geq 6 Wochen	9.77	77	.13				
	FKK-SKI \geq 6 Wochen	14.55	77	.19				
	HRB \geq 6 Wochen	47.87	77	.62				

Anmerkungen:

Der Mauchly-Test auf Sphärizität wird hier nicht angegeben, da aufgrund des Untersuchungsdesigns mit lediglich zwei Messzeitpunkten die Varianzen der Differenzen zwischen zwei Faktorstufen nicht inhomogen sein können (vgl. Rasch et al., 2006b).

^a $p\eta^2$ = partielles Eta², Effektstärkenmaß

^b = Nonzentralitätsparameter

^c Teststärke; unter Verwendung von Alpha = .05 berechnet

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

n. s. = nicht signifikant

TABELLE 4: TESTSTÄRKEN DER NICHT SIGNIFIKANT GEWORDENEN VERÄNDERUNGEN DER VTT

Zusammenhang	N	Teststärke (1- β) bei			
		kleinem Effekt ($f^2 = .02$)	mittlerem Effekt ($f^2 = .15$)	großem Effekt ($f^2 = .35$)	
IPV (gesamt)	$F_{(df\ treatment = 1; df\ Fehler = 115)} = .79$ (n. s.)	116	.33	.99	1.00
IPV (Behandlungsdauer ≥ 6 Wochen)	$F_{(df\ treatment = 1; df\ Fehler = 77)} = 1.14$ (n. s.)	78	.23	.92	1.00

Anmerkungen:

Die Teststärken wurden mit GPOWER (Faul & Erdfelder, 1992) berechnet.

$\alpha \leq .05$

TABELLE 5: TESTSTÄRKEN DER NICHT SIGNIFIKANT GEWORDENEN ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VTT UND DIAGNOSEN

Zusammenhang	χ^2	N	Teststärke (1- β) bei		
			kleinem Effekt $w^2 = .001$	mittlerem Effekt $w^2 = .009$	großem Effekt $w^2 = .025$
Depression – IPV	.93	153	.24	.96	1.00
Anpassungsstörung – IPV	.037	153	.24	.96	1.00
Anpassungsstörung – FKK-SKI	2.546	154	.24	.96	1.00
Anpassungsstörung – H-RB	.164	160	.24	.97	1.00
Sucht – FKK-SKI	.804	154	.24	.96	1.00
Sucht – H-RB	.055	160	.24	.97	1.00
Psychose – IPV	3.264	153	.24	.96	1.00

Anmerkungen:

Die Teststärken wurden mit GPOWER (Faul & Erdfelder, 1992) berechnet.

$\alpha \leq .05$

Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Dissertation eigenhändig verfasst und keine außer den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verwendet zu haben.

Trier, im März 2010

Ursula Thielen