

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. H.-J. Möller
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik
Vorstand: Prof. Dr. M. Ermann

**Die Ambulanz der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik
der Psychiatrischen Klinik der Universität München
- Patienten, Diagnosen und Ergebnisse**

**Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von
Florian Pöttsch
aus München

2010

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. M. Ermann
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. G. Schulte-Körne
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. phil. Dipl.-Psych. C. Kinzel
Dekan:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR
Tag der mündlichen Prüfung:	28.10.2010

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
1.1 Einführung	4
1.2 Historische Entwicklung und gegenwärtige Situation	6
1.3 Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz im Allgemeinen	8
1.4 Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München	9
1.5 Fragestellung	11
2 Klinische Daten und Methoden	13
2.1 Untersuchungsdesign	13
2.2 Stichprobe	13
2.2.1 Die Patienten der Ambulanz	13
2.2.2 Evaluation	13
2.3 Klinische Daten	14
2.3.1 Der Diagnosebogen	14
2.3.2 Die Krankenakten	14
2.3.3 Der Evaluationsbogen	15
2.3.4 Statistische Auswertung der Daten	15
3 Ergebnisse	16
3.1 Deskriptive Statistik	16
3.1.1 Alter, Geschlecht, Ausländeranteil und Berufstätigkeit	16
3.1.2 Anmeldung und Zugangsmodus	20
3.1.3 Anzahl der Gespräche	21
3.1.4 Psychopharmakotherapie	21
3.1.5 Psychotherapeutische Vorerfahrung	22

3.1.6 Krankheitsbeginn	23
3.1.7 Erste psychogene Beschwerden	24
3.1.8 Diagnosen	24
3.1.8.1 Hauptdiagnosen	24
3.1.8.2 Zweitdiagnosen	26
3.1.8.3 Drittdiagnosen	27
3.1.8.4 Somatische Diagnosen	28
3.1.9 Ätiologie und Komorbidität	28
3.1.10 Strukturniveau	29
3.1.11 Grundkonflikte	30
3.1.12 Indikation	31
3.2 Analytische Statistik	32
3.2.1 Geschlecht	32
3.2.1.1 Geschlecht und Diagnosen	33
3.2.1.2 Geschlecht und Indikation	36
3.2.2 Alter	37
3.2.2.1 Alter und Diagnosen	37
3.2.2.2 Alter und Indikation	38
3.2.3 Herkunft	40
3.2.3.1 Herkunft und Diagnosen	40
3.2.3.2 Herkunft und Indikation	41
3.2.3.3 Herkunft und Psychopharmaka	43
3.2.3.4 Herkunft und psychotherapeutische Vorerfahrung	43
3.2.4 Berufstätigkeit	44
3.2.5 Diagnose	45
3.2.5.1 Diagnose und Krankheitsbeginn	45
3.2.5.2 Diagnose und psychopharmakologische Medikation	45
3.2.5.3 Diagnose und Indikation	46
3.2.6 Strukturniveau	51
3.2.6.1 Strukturniveau und Grundkonflikte	51
3.2.6.2 Strukturniveau und Indikation	53
3.3 Evaluation	56
3.3.1 Zugangsmodus	57

3.3.2 Therapiebeginn – Therapieverlauf	58
3.3.3 Nutzen der vorgeschlagenen Adressen von Psychotherapeuten	59
3.3.4 Zufriedenheit der Patienten	60
3.3.5 Anregungen und Kritik	61
4 Diskussion	62
4.1 Methoden	62
4.2 Soziodemografische Daten	63
4.3 Krankheitsbezogene Merkmale	65
4.4 Behandlungsbezogene Merkmale	71
4.5 Behandlungsergebnisse – Evaluation	75
5 Zusammenfassung und Ausblick	79
Literaturverzeichnis	84
Anhang	88

1 Einleitung

1.1 Einführung

*„Seelenleiden zu heilen vermag der Verstand nichts,
die Vernunft wenig,
die Zeit viel,
entschlossene Tätigkeit alles.“
(Johann Wolfgang von Goethe)*

Bei rund einem Drittel der Patienten in einer Allgemeinarztpraxis finden sich seelische Krankheitsfaktoren, circa zehn Prozent der Bevölkerung leidet unter somatoformen Störungen (Ermann 2007). Etwa 30 Prozent der Patienten organmedizinischer Stationen leiden an einer psychischen Komorbidität oder einer psychischen Grunderkrankung (Diefenbacher 2004, Söllner 2005, Krautgartner 2006). Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys (2004) erkrankt in der BRD etwa jeder dritte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung, über 16 Millionen Menschen zwischen 18 und 65 Jahren pro Jahr. Demgegenüber stehen nur drei Prozent, die bei Beschwerden aus eigener Initiative eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen (Bundespsychotherapeutenkammer 2004). Diese Zurückhaltung könnte einerseits mit einem Mangel an Information und Aufklärung zu erklären sein, andererseits mit einer Scheu vor einer psychotherapeutischen Behandlung. Angesichts eines drohenden *circulus vitiosus* nicht indizierter weiterer somatischer Abklärungen gilt es schnellstmöglich, die sich abzeichnenden Chronifizierungsprozesse (die schwieriger zu heilen sind und erheblich höhere Kosten verursachen) zu verhindern (Heuft in Doering 2008).

Gerade um diesen enormen Ressourcenverbrauch zu stoppen, sind psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen von großer Bedeutung. Eine solche Einrichtung ist die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München. Für Patienten stellt sie oft eine erste Anlaufstelle bei der Suche nach psychotherapeutischer Hilfe dar (Cube 1983). Bis zum Beginn der endgültigen Behandlung kann sie eine vorübergehende psychotherapeutische Begleitung sein, in welcher der Patient zur Psychotherapie motiviert werden soll und eine Art „Probether-

pie“ erhält, in der sich der Patient ein Bild davon machen kann, was eine Psychotherapie für ihn bedeuten würde (Doering 2008). Typischerweise kommen nicht selten Patienten in die Ambulanz, die nur ungenügende Krankheitseinsicht, ein somatisches Krankheitsmodell und kaum Psychotherapiemotivation mitbringen (ebd.). Insofern ist es verständlich, dass diese Phase für den weiteren psychotherapeutischen Erfolg von größter Wichtigkeit ist. Da aber nur ein kleiner Teil der Patienten Aussicht hat, dort auch einen Therapieplatz zu bekommen, weil die meisten Ambulanzen psychosomatischer Universitätskliniken nicht über die nötige personelle Ausstattung verfügen, um eine Weiterbehandlung innerhalb der Einrichtung zu ermöglichen, ist es das Schicksal sehr vieler Patienten, nach wenigen Indikationsgesprächen weiter verwiesen zu werden (Strauß 1991). Daraus wird ersichtlich, dass psychosomatische Ambulanzen eine wichtige „Schleusen- und Verteilungsfunktion“ haben, da sie die Patienten nach Diagnose- und Indikationsstellung der bestmöglichen psychotherapeutischen Behandlung zuführen (Huber 2002). Doering (2008) spricht von einer „Drehscheibenfunktion“, indem Patienten von hier gezielt weiter verwiesen werden.

Obwohl es in der Bundesrepublik Deutschland mittlerweile viele psychosomatische Ambulanzen bzw. Beratungsstellen gibt, mangelt es immer noch an Veröffentlichungen über deren Tätigkeit und den Nutzen, den Patienten aus solchen Beratungsgesprächen ziehen (Huber 2000). Dies könnte damit zusammenhängen, dass die ambulante Routineversorgung häufig als ein „Stiefkind“ der psychosomatischen Medizin angesehen wird (Jordan 1989).

Die folgenden Untersuchungen können aus verschiedenen Gründen Interesse finden:

- In Anbetracht des wachsenden Psychotherapiebedarfs (Cube 1983) scheint die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz, die eine gewisse Verteilungsfunktion inneohnt (Huber 2002), eine immer wichtigere Rolle für den Therapieverlauf zu spielen. Die vorliegenden Untersuchungen können dazu beitragen, den Sinn und Nutzen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz aufzuzeigen.
- Auch für die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München ist es von Bedeutung, etwas über das Patientenkollektiv sowie über die Effizienz der geleisteten psychotherapeutischen

Beratungstätigkeit zu erfahren. Ein Anliegen dieser Arbeit ist es zu untersuchen, was aus den Patienten wird, wenn sie die Abteilung verlassen haben.

- Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen können auch im Sinne einer Qualitätsverbesserung der Ambulanzarbeit förderlich sein.

Allgemeines Ziel der Arbeit ist folglich die Beschreibung des Patientenkollektives der letzten drei Jahre (2006 bis 2008) und die Beantwortung der Frage nach der Effizienz der Vermittlung.

Die folgende Arbeit gibt zunächst einen Überblick über die Geschichte der ambulanten Psychotherapie und gewährt einen kurzen Einblick in die gegenwärtige Situation. Es wird eine psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz im Allgemeinen und die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München im Besonderen beschrieben. Anschließend wird im Methodenteil über Datenerhebung und Auswertung berichtet. Die empirischen Untersuchungen umfassen einen statistisch-deskriptiven Teil, in dem die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Variablen dargestellt wird und einen statistisch-analytischen Teil, in dem der Zusammenhang verschiedener Variablen untersucht wird. In der abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse im Literaturvergleich interpretiert.

1.2 Historische Entwicklung und gegenwärtige Situation

„Irgendeinmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und dass die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebenso wenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des Einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um die Männer, die sich sonst dem Trunk ergeben würden, die Frauen, die unter der Last der Entsaugungen zusammenzubrechen drohen, die Kinder, denen nur die Wahl zwischen Verwilderung und Neurose bevorsteht, durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringend empfindet. Die gegenwärtigen Verhältnisse mögen den Termin noch länger hinausschieben. Es ist wahrscheinlich, dass private Wohltätigkeit mit solchen Instituten den Anfang machen wird; aber irgendeinmal wird es dazu kommen müssen.“ (Sigmund Freud 1918, zit. nach Simmel 1930)

Die Geschichte der psychotherapeutischen Behandlung in Ambulanzen beginnt im Jahr 1920, zwei Jahre nach dieser Rede, die Sigmund Freud in einem Vortrag auf dem fünf-

ten Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest 1918 hielt. Der erste „Wohltäter“, der Freuds Anregungen folgte, war ein reicher Privatmann, Dr. Max Eittington, selbst Psychoanalytiker und Mitglied des Berliner Psychoanalytischen Instituts. Er übernahm die Finanzierung und Organisation der Poliklinik des Berliner Instituts, die 1920 eröffnet wurde. Zwei Jahre später folgte die Wiener Psychoanalytische Vereinigung diesem Beispiel, bald darauf London, Budapest, Haag, New York und Frankfurt (Simmel 1930). Zuvor war psychoanalytische Behandlung überwiegend wohlhabenden Privatpatienten vorbehalten, da die damals schon bestehende gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für diese (meist) ärztliche Leistung noch nicht übernahm. Doch nun bot die neu gegründete Poliklinik eine psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit für alle Schichten, denn die Patienten wurden hier umsonst von Ausbildungskandidaten unter Supervision behandelt (Doering 2008). In den ersten zehn Jahren ihres Bestehens wurden an der Poliklinik des Berliner Psychoanalytischen Instituts 1955 Patienten gesehen, von denen 721 psychoanalytisch behandelt wurden. Häufigste Diagnosen waren Hysterie (271 Patienten), neurotische Hemmungen (210 Patienten), Zwangsneurosen (192 Patienten) und Schizophrenie (163 Patienten). Fenichels statistischer Bericht (1930) über die therapeutische Tätigkeit 1920 bis 1930 enthält detaillierte Daten über die demographische Zusammensetzung der Klientel und auch die gestellten Diagnosen. In den 90 Jahren, die seither vergangen sind, hat sich die psychotherapeutische Versorgungslandschaft in Deutschland grundlegend gewandelt. Um das Jahr 1950 entstehen in Heidelberg und München erste psychosomatische Einrichtungen an Universitäten; 1957 wird „Psychotherapie“ als Zusatzbezeichnung in der damaligen BRD in die ärztliche Weiterbildungsordnung eingeführt. Doch erst 1967, also fast 50 Jahre nach Freuds Forderung nach unentgeltlicher psychotherapeutischer Behandlung, wird die Psychotherapie in der BRD Kassenleistung (Ermann 2007).

Derzeit arbeiten in Deutschland rund 18500 Therapeuten in eigener Praxis, davon sind 3700 ärztliche Psychotherapeuten und 14800 psychologische Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. Insgesamt werden in Deutschland jedes Jahr circa 700000 Patienten entweder ambulant oder stationär psychotherapeutisch behandelt. Patienten der psychosozialen Beratungsstellen, Ambulanzen und Tageskliniken sind in dieser Schätzung nicht berücksichtigt (Bundespsychotherapeutenkammer 2004).

1.3 Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz im Allgemeinen

Doering (2008) unterscheidet grundsätzlich fünf verschiedene Arten psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen:

- Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie (diese haben in Deutschland traditionell eine Poliklinik bzw. Ambulanz)
- Ambulanzen an Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre
- Ambulanzen von Ausbildungsinstituten
- Beratungsstellen (z.B. Eltern- oder Eheberatung)

Der Tätigkeitsbereich psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen unterscheidet sich in charakteristischer Weise von dem der ambulanten und stationären Psychotherapie. Eine wesentliche Funktion der Ambulanz besteht in der therapieschulenübergreifenden Beratung der Patienten für eine ambulante oder stationäre Therapie und entsprechender Therapieplatzvermittlung (Huber 2002). Patienten werden hier in der Regel nicht oder nur kurz psychotherapeutisch behandelt, im Vordergrund stehen Diagnose- und Indikationsstellung, Motivationsarbeit und Überweisung zur Psychotherapie. Huber (2000) spricht von der „Schleusen- und Verteilungsfunktion“ der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz, Doering (2008) nennt die „Drehscheibenfunktion“ bei der Einleitung psychotherapeutischer Behandlungen als zentrale Aufgabe.

Diese Tätigkeit verlangt den Aufbau einer spezifischen Therapeut-Patient-Beziehung, die einerseits dem Patienten eine erste positive Erfahrung therapeutischer Beziehung ermöglicht, andererseits aber den Patienten nicht zu intensiv binden soll, da die Überweisung zur Psychotherapie dann den belastenden Aspekt eines Beziehungsabbruchs erhalten kann. Demzufolge ist es in dieser Phase wichtig, vom ersten Moment an das Ende der Beziehung zum Therapeuten und die Überweisung zu thematisieren (Doering 2008). Rumpold (2004) spricht im Rahmen dieser Phase von einer Diagnostik-Motivations-Phase, die folgende Ziele verfolgt: Diagnosestellung, (Differenzial-) Indikationsstellung, Aufbau einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, bei gegebener Indikation zur Psychotherapie Stärkung der Therapiemotivation des Patienten und Überweisung in Psychotherapie.

Nach der psychodynamischen Erstuntersuchung, die nach Doering und Schüßler (2004) aus drei Teilen besteht (einem psychoanalytischen Erstinterview, einer deskriptiv-phänomenologischen Diagnostik und einer biografischen Anamnese) und deren Dauer bei primär diagnostischem Auftrag in der Regel bei zwei Stunden á 50 Minuten liegt (Doering 2008), wird der Patient in einer Fallkonferenz dem gesamten Ambulanzteam vorgestellt, eine Diagnose nach ICD-10 vergeben, psychodynamische und soziale Aspekte diskutiert und eine Psychotherapieindikation sowie gegebenenfalls eine Indikation zur psychopharmakologischen Behandlung gestellt (Rumpold 2004). An der Ambulanzkonferenz nehmen neben dem Ambulanzleiter alle therapeutischen Mitarbeiter der Ambulanz, eventuell Sozialarbeiter, Ambulanzpflegekräfte sowie unter Umständen Praktikanten und Famulanten teil. Üblicherweise findet die Konferenz einmal pro Woche statt. Somit hat die Ambulanzkonferenz eine nicht zu unterschätzende didaktische Funktion: Ärzte und Psychologen in ihrer Aus- bzw. Weiterbildung lernen hier aus der Diskussion ihrer eigenen Fälle und derer der Kollegen (Doering 2008).

Nach Abschluss der Diagnostik erfolgt bei gegebener Indikation die Überweisung des Patienten in Psychotherapie, bzw. anderweitige Behandlung. Es muss nun geklärt werden, welche Behandlungsform der Patient erhalten, welcher Therapeut, bzw. Arzt die Therapie durchführen und wie die Überweisung durchgeführt werden soll. Bezüglich des Überweisungsmodus nennt Doering (2008) fünf verschiedene Modi, die von einer bloßen Empfehlung, sich einen Therapeuten für eine bestimmte Therapieform zu suchen, bis dahingehend, dass der Ambulanzleiter den ersten Termin beim niedergelassenen Psychotherapeuten für den Patienten vereinbart, reichen. Häufig wird die Position vertreten, dass Patienten sich selbstständig um einen Therapieplatz bemühen sollten, um zum einen ihre regressiven Tendenzen nicht zu fördern und zum anderen eine ausreichende Psychotherapiemotivation beim Patienten sicherzustellen (ebd.). Allgemein gilt es als prognostisch wichtig, dass sich der Patient für das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung einsetzen muss (Cube 1983).

1.4 Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik besteht seit 1972 an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Sie war in den Anfängen in ihrer Arbeit überwiegend auf ambulante Patienten, den Konsiliardienst und die psy-

chosomatische Ausbildung der Studenten beschränkt. 1985 übernahm Prof. Dr. Michael Ermann die Professur. Unter seiner Leitung wurde im Jahr 2000 eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapiestation in der Klinik eingerichtet.

Für die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München arbeiten derzeit drei Sekretärinnen, vier Psychologen und ein Arzt (der Ambulanzleiter). Einmal in der Woche werden Patienten visitiert, wobei die Psychologen in der Regel einen und der Arzt zwei Patienten behandelt. Für gewöhnlich erfolgt das Zweitgespräch in der darauf folgenden Woche.

Die Hilfe suchenden Patienten wenden sich zunächst telefonisch an die Ambulanz. In diesem Telefonat werden Basisdaten zur Person aufgenommen, wie Name, Geburtsdatum, Adresse und Krankenversicherung. Des Weiteren sollte der Grund des Terminwunsches bzw. eine Kurzdarstellung der Symptomatik und der Zuweisungsmodus erfragt werden. Dann wird mit dem Patienten ein Termin vereinbart, wobei darauf geachtet wird, die Wartezeit gering zu halten.

In der Regel sind zwei Gespräche à 50 Minuten vorgesehen. Sollte bezüglich der Diagnose oder der Indikation dann noch Unklarheit herrschen oder handelt es sich um einen „schwierigen“ Patienten, können ein oder zwei weitere Termine notwendig sein.

Jeder Patient wird nach jedem Termin in der Ambulanzkonferenz dem Ambulanzleiter vorgestellt und gemeinsam werden Diagnose und Indikation diskutiert. An der Konferenz, die einmal wöchentlich stattfindet, nehmen der Ambulanzleiter, alle Psychologen und eventuell Praktikanten oder Famulanten teil. Ist die Diagnose und Indikation gestellt, wird vom behandelnden Therapeuten ein Arztbrief oder eine Epikrise verfasst, die dem Ambulanzleiter vorgelegt wird. Außerdem wird ein Diagnosebogen, der von der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München erstellt wurde, ausgefüllt. Dieser beinhaltet Fragen nach der klinischen Diagnose, der ätiologisch-psychodynamischen Diagnose und der Strukturdiagnose und stellt die Datenbasis der vorliegenden Untersuchung dar.

Der Patient erhält vom Therapeuten anschließend eine Adressliste mit fünf bis sieben niedergelassenen Psychotherapeuten in der Nähe seines Wohnortes. Der Patient ruft nun selbstständig an und vereinbart einen probatorischen Termin.

1.5 Fragestellung

Zu den demografischen und diagnostischen Charakteristika der Klientel, die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen in Anspruch nimmt, existieren nur wenige empirische Untersuchungen. Die Patienten psychotherapeutischer Ambulanzen an psychiatrischen Kliniken wurden bislang erst einmal beschrieben.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Auswertung und Analyse der Daten von 193 Patienten, die sich zwischen dem 01.01.2006 und dem 30.09.2008 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München befanden.

Der erste Teil dieser Arbeit liefert die deskriptive Auswertung der Daten, die in der Ambulanz erhoben wurden. So sollen das Geschlechterverhältnis, das Alter der Patienten, der Ausländeranteil, die Berufstätigkeit, die Diagnosen, der Krankheitsbeginn und erste psychogene Beschwerden, die Ätiologie, die Komorbidität, die Grundkonflikte, das Strukturniveau, der Zugangsweg, die Anzahl der Gespräche, die psychotherapeutische Vorerfahrung, die psychopharmakologische Medikation und die Indikation statistisch erfasst werden.

Im zweiten Teil werden Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen untersucht und statistisch-analytisch ausgewertet. Von näherem Interesse sind dabei Geschlecht, Alter, Herkunft, Berufstätigkeit, Diagnose und Strukturniveau.

Im dritten Teil werden deskriptiv Daten von Patienten ausgewertet, die mit Hilfe eines eigens angefertigten Fragebogens erfasst worden sind. Die Patienten wurden nach ihrer Entlassung angeschrieben und nach ihrem weiteren therapeutischen Werdegang und der Zufriedenheit mit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz befragt. Dieser Teil kann zukünftig für die Qualitätsverbesserung der Ambulanzarbeit verwendet werden.

Die ermittelten Ergebnisse der Untersuchung werden anschließend kritisch diskutiert. Sie sollen, soweit möglich und sinnvoll, mit den Daten von anderen psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanzen oder aus relevanten Studien zu diesem Bereich verglichen werden.

Zusammenfassend bezieht sich diese Arbeit im Wesentlichen auf folgende Fragen:

- Wie ist das Krankengut einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz innerhalb der Psychiatrischen Klinik zusammengesetzt?

- Gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den Daten anderer Psychotherapieambulanzen?
- Sind die Patienten den Therapieempfehlungen nachgekommen, bzw. haben sie eine Therapie begonnen und wie zufrieden waren sie mit der Beratung?

Danksagung

Bedanken möchte ich mich vor allem bei Herrn Prof. Dr. med. Michael Ermann, Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, für die freundliche Überlassung des Themas. Ganz besonders danken möchte ich Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Christian Kinzel, leitender Psychologe der Abteilung, für seine engagierte Unterstützung und Begleitung während der gesamten Zeit dieser Promotionsarbeit, der durch seine hilfsbereite und menschliche Art mit vielen wertvollen Ratschlägen und Anregungen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Mein Dank gilt auch Herrn Robert Brey, Leiter der Ambulanz, der mir wertvolle Einblicke in den Ablauf und die Tätigkeiten an der psychosomatischen-psychotherapeutischen Ambulanz gewährte. Des Weiteren möchte ich mich bedanken bei Herrn Dr. med. Dr. rer. pol. Otmar Seidl, stellvertretender Leiter i.A., der mir wichtige Zusammenhänge aufgezeigt und mein Augenmerk auf relevante Punkte gelenkt hat. Darüber hinaus danke ich den Sekretärinnen der Abteilung, Frau Ute Brosamler, Frau Katja Huber und Frau Martina Mayr, die mich während meiner ganzen Arbeit freundlich unterstützt haben. Meinen Freunden und meiner Familie, insbesondere meinen Eltern danke ich für die Geduld, die verständnisvolle Begleitung und Unterstützung bis zur Vollendung dieser Arbeit.

2 Klinische Daten und Methoden

2.1 Untersuchungsdesign

Die folgende Darstellung bezieht sich auf zwei unabhängig voneinander durchgeführte Studien. Zu diesem Zweck wurden die Daten aus zwei getrennten Untersuchungen ausgewertet. Zum einen wurden die Daten von 193 Patienten, die sich vom 01.01.2006 bis zum 30.09.2008 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München befanden, untersucht. Zum anderen wurden die Daten von 145 Patienten, die im Dezember 2008 angeschrieben worden sind, ausgewertet.

2.2 Stichprobe

2.2.1 Die Patienten der Ambulanz

Es wurden die Daten von 193 Patienten im Alter von 18 bis 76 Jahren erhoben, die sich in einem Zeitraum von 33 Monaten, d.h. vom 01.01.2006 bis zum 30.09.2008 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München befanden. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 38,85 Jahren. 69,95 % waren weiblich, 30,05 % männlich. Von diesen Patienten wurden 21 ausgeschlossen, weil deren Diagnosebögen nicht komplett oder gar nicht ausgefüllt waren. Es ergibt sich daher eine effektive Stichprobe bestehend aus 172 Patienten, deren Alterdurchschnitt bei 38,52 Jahren lag, wobei das Altersminimum 18 Jahre und das Maximum 76 Jahre betrug. Der Anteil der Frauen (n=121) war mit 70,35 % größer als der Anteil der Männer (n=51) mit 29,65 %.

2.2.2 Evaluation

Insgesamt wurden im Durchschnitt 19 Monate nach dem Kontakt mit der Ambulanz (Spannweite 3 - 33 Monate) 145 Patienten angeschrieben, davon 104 Frauen (= 71,72 %) und 41 Männer (= 28,28 %). Das Durchschnittsalter lag bei 38,24 Jahren, das Altersminimum war 18 Jahre, das Maximum 76 Jahre.

27 Patienten wurden nicht angeschrieben, da sie keine Indikation zur Psychotherapie erhielten, bzw. sich noch in Therapie befanden und diese fortsetzen sollten.

Von den 145 Patienten, die angeschrieben wurden, waren 19 unbekannt verzogen, somit verblieben 126 Patienten, die den Fragebogen erhielten. 85 reagierten nicht auf das Anschreiben, 41 sendeten den Bogen zurück. Der Fragebogenrücklauf betrug 32,54 %.

2.3 Klinische Daten

Zur Datenerfassung standen ein von der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München entwickelter Diagnosebogen, zusätzliche Daten aus den Krankenakten und ein selbst entworfener Fragebogen zur Verfügung.

2.3.1 Der Diagnosebogen

Mit Hilfe eines Diagnosebogens, der von der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München erstellt wurde und seit dem Jahr 2004 in Verwendung ist, wurden die Daten von 172 Patienten erfasst, die sich zwischen dem 01.01.2006 und dem 30.09.2008 in der Ambulanz befanden. Der Diagnosebogen beinhaltet Fragen nach der klinischen ICD-10-Diagnose (unterteilt in Haupt-, Zweit-, Dritt- und somatischer Diagnose), nach der ätiologisch-psychodynamischen Diagnose (unterteilt in reaktive Störung, posttraumatische Störung, neurotische Störung, Psychosomatose und komplexe Störung), nach dem Grundkonflikt (nach OPD 2006), nach der Strukturdiagnose und nach dem Krankheitsbeginn und den ersten psychogenen Beschwerden. Dieser Diagnosebogen wird von den Psychotherapeuten nach dem letzten Gespräch ausgefüllt. Ein Muster dieses Bogens befindet sich im Anhang.

2.3.2 Die Krankenakten

Zusätzlich zum Diagnosebogen wurden einige Daten den Krankenakten entnommen. Es waren dies folgende: Geschlecht, Alter, Herkunft, Status über Berufstätigkeit, Zugangsmodus, Anzahl der Gespräche, psychotherapeutische Vorerfahrung, derzeitige Psychopharmakotherapie und Indikation. Diese Daten und die Daten der Diagnosebö-

gen wurden in Auswertungsbögen überführt; somit konnten insgesamt 44 Variablen und Subvariablen unterschieden werden.

2.3.3 Der Fragebogen

Durchschnittlich 19 Monate nach dem Kontakt mit der Ambulanz wurden 145 Patienten angeschrieben und nach ihrem therapeutischen Werdegang und der Zufriedenheit mit der Ambulanz befragt. Es handelt sich um einen selbst entworfenen Fragebogen. Sechs Fragen wurden als geschlossene Fragen in einer statistisch direkt auswertbaren Form gestellt. Von Interesse war, wie der Patient auf die Ambulanz aufmerksam geworden ist, ob er eine Psychotherapie begonnen hat und sie bereits abgeschlossen oder vorzeitig beendet hat, ob die vorgeschlagenen Adressen von Psychotherapeuten hilfreich waren und wie zufrieden der Patient mit der Beratung an der Ambulanz war. Zusätzlich enthielt der Fragebogen auch Platz für Anregungen und Kritik, so dass sich die Patienten nicht in ein Schema gepresst fühlten, sondern herausgefordert waren, frei zu antworten. Im Begleitbrief wurde auf Anonymität verwiesen und das Interesse der Untersuchenden am persönlichen Schicksal des einzelnen Patienten betont. Somit sollte die Rücksendequote möglichst erhöht werden. Ein Muster des Fragebogens ist im Anhang angeführt.

2.3.4 Statistische Auswertung der Daten

Die statistische Auswertung der Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS durchgeführt. Zur Datenanalyse kam SPSS für Windows in der Version 15.1 zur Anwendung. Für die Ermittlung der deskriptiven Ergebnisse wurden unter anderem folgende statistische Verfahren verwendet: Häufigkeitsauszählungen und -verteilungen, Kreuztabellierungen, Berechnung von Mittelwerten, Median, Minimal- und Maximalwerten, Spannweite und Standardabweichung. Um die Anschaulichkeit der Arbeit zu erhöhen, wurde eine Vielzahl an Abbildungen und Tabellen zur Darstellung der Ergebnisse eingefügt.

3 Ergebnisse

*„Was ihr nicht rechnet,
glaubt ihr, sei nicht wahr...“
(Mephisto in Goethes Faust)*

Im Rahmen dieser Studie wurden die Daten von 193 Patienten, die sich vom 01.01.2006 bis zum 30.09.2008 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München befanden, ausgewertet. Davon wurden 21 Patienten ausgeschlossen, weil deren Diagnosebögen nicht komplett oder gar nicht ausgefüllt waren. Dies führte zu einer effektiven Stichprobengröße von 172 Patienten. 73 Patienten (42,44 %) wurden im Laufe des Jahres 2006 in der Ambulanz vorstellig. 2007 waren es 50 Patienten (29,07 %), 2008 kamen bis zum 30.09.2008 49 Patienten (28,49 %).

3.1 Deskriptive Statistik

3.1.1 Alter, Geschlecht, Ausländeranteil und Berufstätigkeit

Es wurden die Daten von 172 Patienten erhoben. Der Anteil der Frauen war mit 70,35 % größer als der Anteil der Männer mit 29,65 %, in Häufigkeiten ausgedrückt entsprach dies einem Verhältnis von 121 Frauen zu 51 Männern, wobei die Männer im Durchschnitt (Mittelwert=37,57 Jahre, Median=33,00 Jahre, s=12,98) jünger waren als die Frauen (Mittelwert=38,92 Jahre, Median=38,00 Jahre, s=13,24). Der Altersdurchschnitt der Stichprobe lag bei 38,52 Jahren, wobei das Altersminimum 18 Jahre und das Maximum 76 Jahre betrug, d.h. es bestand eine Spannweite von 58 Jahren zwischen dem jüngsten und dem ältesten Patienten. Für den Median ergaben sich 37,00 Jahre, die Standardabweichung (s) betrug 13,14 (siehe Tab. 1).

Geschlecht	n	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Spannweite
männlich	51	37,57	33,00	12,980	57
weiblich	121	38,92	38,00	13,240	55
gesamt	172	38,52	37,00	13,140	58

Tabelle 1: Alter der Patienten in Jahren (n=172)

Die folgende Abbildung soll die Altersverteilung der Patienten verdeutlichen und sichtbar machen, welche Altersgruppen überwiegend in der Ambulanz behandelt wurden.

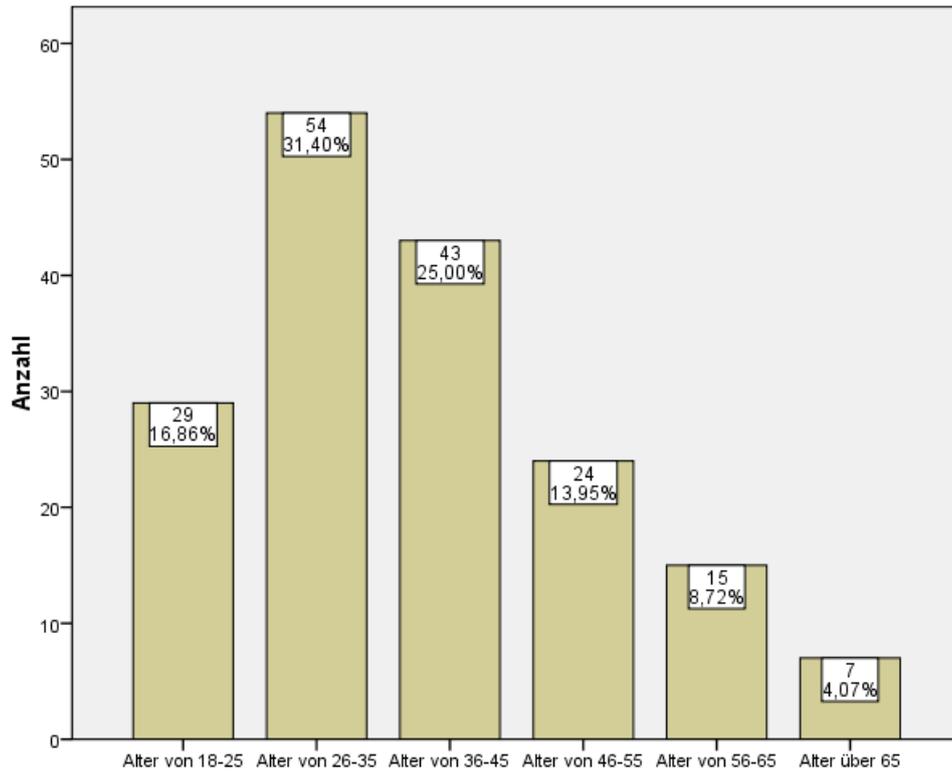


Abbildung 1: Altersverteilung der Patienten (n=172)

Aus der Grafik ist ersichtlich, dass sich ein Gros der Patienten im Altersbereich bis 45 Jahre befand, mit einem Gipfel von 31,40 % (n=54) bei den 26- bis 35-Jährigen. Nach dem 45. Lebensjahr kam es zu einem Abfall der Patientenzahl, mit einem Anteil von lediglich 4,07 % (n=7) in der Gruppe der über 65-Jährigen.

Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen im Hinblick auf die Geschlechter, bietet sich ein etwas anderes Verteilungsmuster:

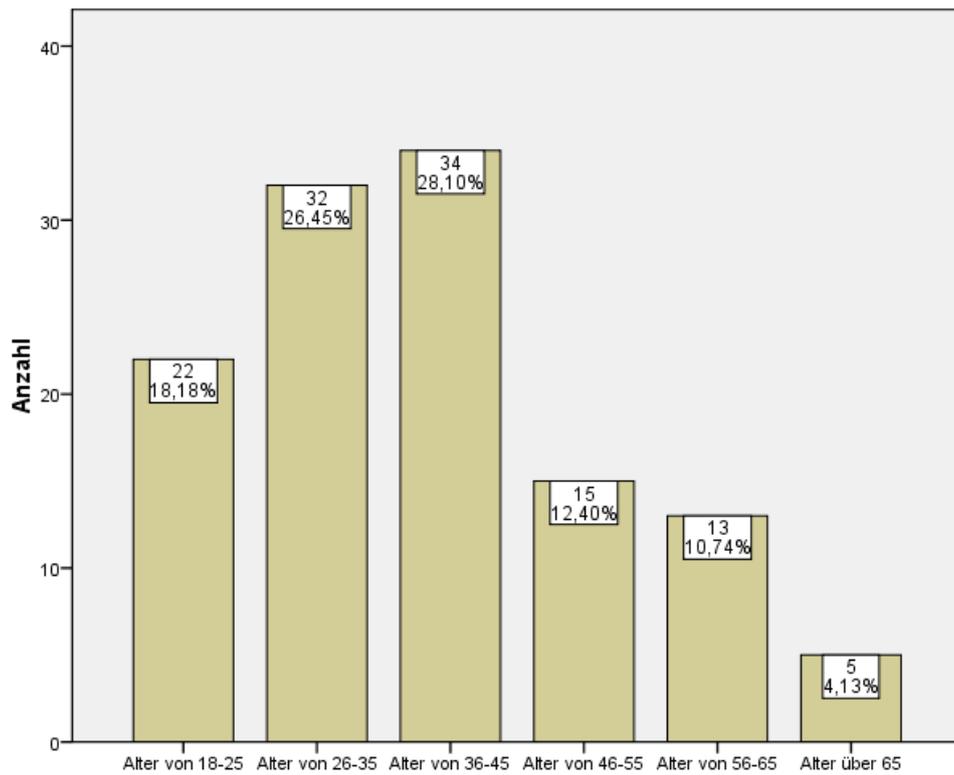


Abbildung 2: Altersverteilung der Frauen (n=121)

Es zeigte sich bei den Frauen eine der allgemeinen Altersverteilung ähnliche Verteilung, mit zwei Altersgipfeln bei den 26- bis 35-Jährigen mit 26,45 % (n=32) und bei den 36- bis 45-Jährigen mit 28,10 % (n=34).

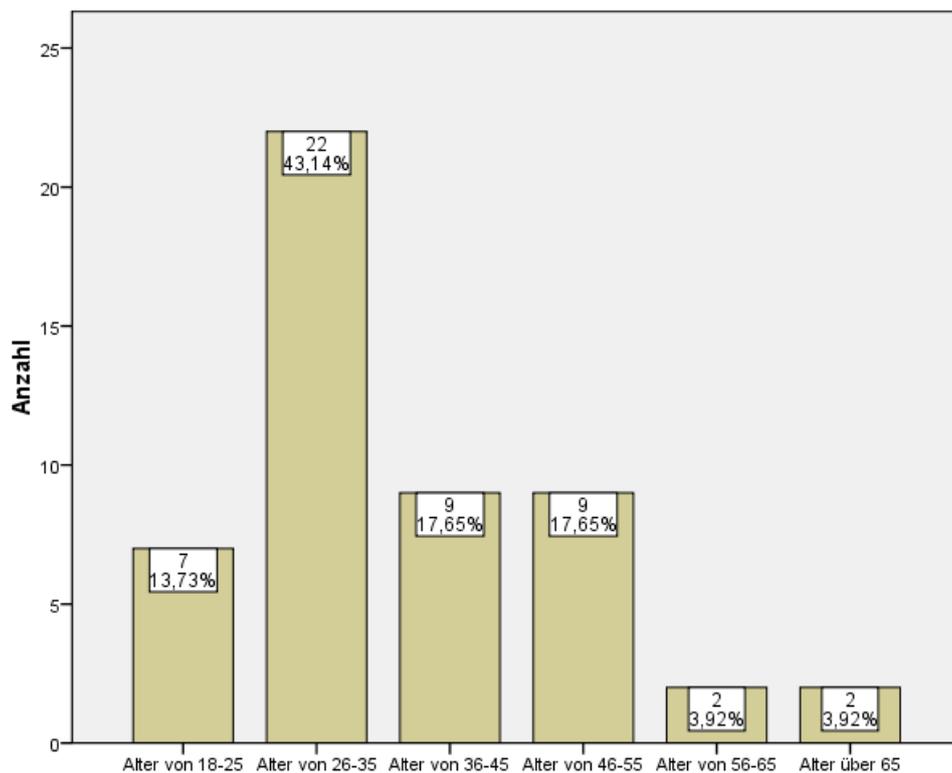


Abbildung 3: Altersverteilung der Männer (n=51)

Bei den Männern zeigte sich ein relativ unhomogenes Verteilungsmuster mit einem deutlichen Peak bei den 26- bis 35-Jährigen. Alle anderen Altersgruppen lagen prozentual unter denen der allgemeinen Altersverteilung und denen der Frauen, nur im Bereich der 46- bis 45-Jährigen wurden noch einmal mit 17,65 % (n=9) höhere Werte erreicht.

Der Ausländeranteil der Patienten betrug 22,67 % (n=39), der Anteil der Deutschen 76,16 % (n=131). Es ist zu berücksichtigen, dass zwei Patienten keine Angaben bezüglich der Herkunft machten, insofern ist nur von einer Gesamtzahl von 170 auszugehen. 20,51 % der Ausländer (n=8) kamen aus dem ehemaligen Jugoslawien, je 12,82 % (n=5) waren Türken, bzw. Griechen, um die häufigsten Nationen zu nennen. Das Durchschnittsalter der Ausländer betrug 36,72 Jahre (Median=35,00, s=11,54), das der Deutschen lag mit 39,11 Jahren (Median=38,00, s=13,58) etwas darüber.

Im Bezug auf die Geschlechtsverteilung war der Frauenanteil bei den Ausländern mit 74,36 % (n=29) deutlicher ausgeprägt als bei den Deutschen mit 68,70 % (n=90). Der Anteil der Männer war bei den Deutschen mit 31,30 % (n=41) höher als bei den Ausländern mit 25,64 % (n=10).

Bezüglich der Berufstätigkeit konnte von den 172 Patienten bei 164 ein Status erhoben werden, 8 Patienten machten hierzu keine Angabe. 73,78 % (n=121) gaben an, derzeit berufstätig, bzw. noch in Ausbildung zu sein, 26,22 % (n=43) waren in Rente oder arbeitslos.

3.1.2 Anmeldung und Zugangsmodus

Hier soll dargestellt werden, woher der Patient kam, bzw. wie der Patient an die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz gelangt ist und auf welche Weise die Anmeldung des Patienten zustande kam, d.h. ob er sich selbst angemeldet hat, oder von einer anderen Person (z.B. Arzt oder Angehörige) angemeldet wurde (siehe Tab. 2).

Anmeldung	n	%
Patient selbst	149	86,63
Angehörige	2	1,16
Hausarzt	6	3,49
Dermatologie	7	4,07
Neurologie	2	1,16
Gynäkologie	2	1,16
Psychiatrie	2	1,16
Innere Medizin	2	1,16
gesamt	172	100

Tabelle 2: Anmeldung der Patienten (n=172)

Der größte Anteil der Patienten war aus eigenem Antrieb gekommen, hatte sich also selbst angemeldet. Dies waren 86,63 % (n=149). 1,16 % (n=2) wurden durch Angehörige angemeldet, 3,49 % (n=6) durch den Hausarzt. Im Hinblick auf Facharzt und Kliniken wurden 4,07 % (n=7) aus der Dermatologie, je 1,16 % (n=2) aus der Neurologie, der Gynäkologie, der Psychiatrie und der Inneren Medizin an die Ambulanz überwiesen.

3.1.3 Anzahl der Gespräche

Im Durchschnitt fanden 2,06 Gespräche pro Person statt, wobei die Anzahl der Gespräche zwischen einem und fünf Gesprächen schwankte, d.h. eine Spannweite von fünf Gesprächen bestand. Bei 121 Patienten fanden zwei Gespräche statt, bei 26 Patienten nur eines, 17 Patienten kamen insgesamt dreimal, fünf Patienten viermal und bei drei Patienten waren fünf Gespräche notwendig (vgl. Tab. 3).

Anzahl der Gespräche	n	%
1	26	15,12
2	121	70,35
3	17	9,88
4	5	2,91
5	3	1,74
gesamt	172	100

Tabelle 3: Anzahl der Gespräche (n=172)

3.1.4 Psychopharmakotherapie

Von den 172 Patienten, die sich an die Ambulanz wandten, nahmen zum Zeitpunkt der Anmeldung 27,91 % (n=48) Psychopharmaka. 26 der 121 Frauen (21,49 %) wurden psychopharmakologisch behandelt. Bei den Männern lag der Anteil derer, die Psychopharmaka nahmen, mit 43,14 % (n=22) circa doppelt so hoch wie der der Frauen (vgl. Abb. 4a und 4b).

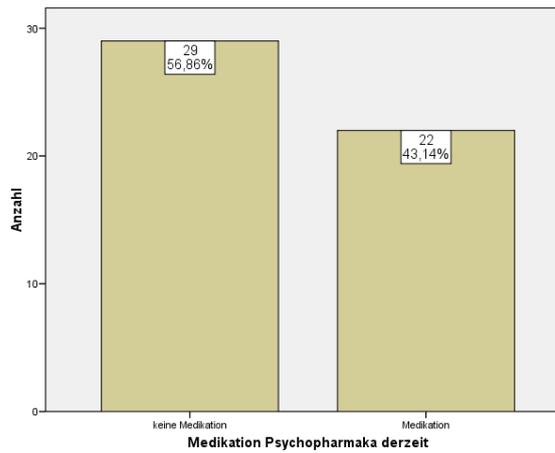


Abbildung 4a: Psychopharmakotherapie bei männlichen Patienten (n=51)

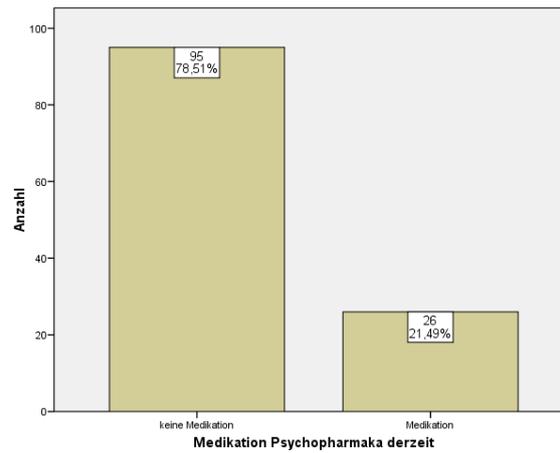


Abbildung 4b: Psychopharmakotherapie bei weiblichen Patientinnen (n=121)

3.1.5 Psychotherapeutische Vorerfahrung

88 der 172 Patienten (51,16 %), die sich in der Ambulanz befanden, hatten bereits eine Psychotherapie gemacht oder befanden sich derzeit in einer Therapie. 47,11 % der Frauen (n=57) hatten eine psychotherapeutische Vorerfahrung, bei den Männern waren es 60,78 % (n=31). Bei Verteilung der Geschlechter ergibt sich folgendes Bild:

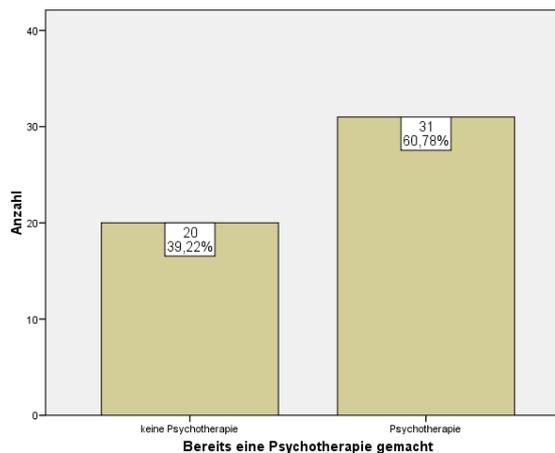


Abbildung 5a: Psychotherapeutische Vorerfahrung bei männlichen Patienten (n=51)

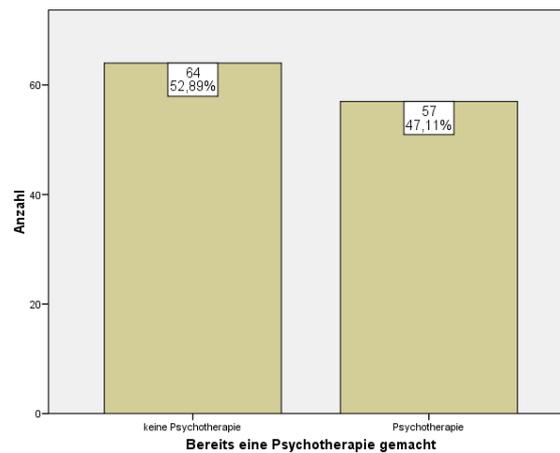


Abbildung 5b: Psychotherapeutische Vorerfahrung bei weiblichen PatientInnen (n=121)

3.1.6 Krankheitsbeginn

Bei 144 von 172 Patienten (83,72 %) konnte ein genauer Krankheitsbeginn, bezogen auf die Hauptdiagnose, erhoben werden, 16,28 % (n=28) machten hierzu keine Angaben. Im Durchschnitt lag der Krankheitsbeginn 71,44 Monate zurück, also annähernd sechs Jahre. Der Median betrug 36,00, die Standardabweichung 87,16. Der Krankheitsbeginn variierte von einem Monat bis zu 444 Monaten (= 37 Jahre), die Spannweite betrug somit 444 Monate (siehe Tab. 4).

Geschlecht	n	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Spannweite
männlich	44	78,30	36,00	87,417	444
weiblich	100	68,43	36,00	87,321	360
gesamt	144	71,44	36,00	87,164	444

Tabelle 4: Krankheitsbeginn in Monaten (n=144)

Betrachtet man den Krankheitsbeginn in Monaten bezüglich der Häufigkeitsverteilung, zeigt sich folgendes Bild:

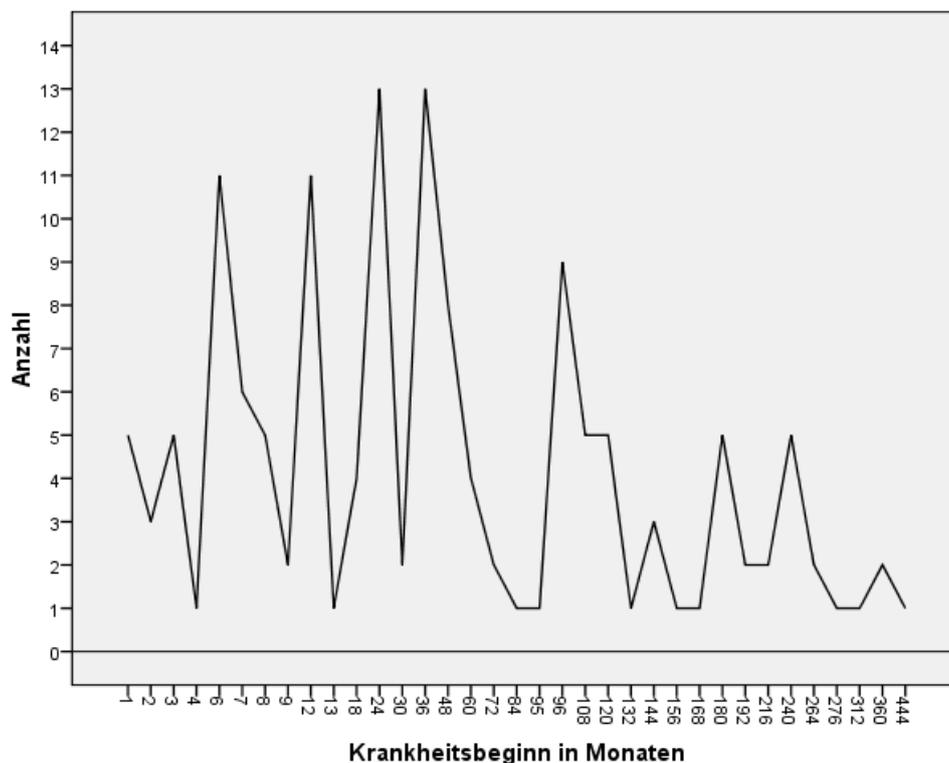


Abbildung 6: Krankheitsbeginn und Häufigkeitsverteilung (n=144)

Auffallend sind zwei Gipfel bei einem Krankheitsbeginn von 24 und 36 Monaten mit jeweils n=13 Personen (9,03 %), zwei weitere etwas geringer ausgeprägte Gipfel fallen auf einen Krankheitsbeginn von 6 bzw. 12 Monaten mit jeweils n=11 Personen (7,64 %). Die Geschlechter unterschieden sich hinsichtlich des Krankheitsbeginns wie folgt: Bei den 44 Männern (30,56 %) lag der Krankheitsbeginn mit durchschnittlich 78,30 Monaten (Median=36,00, s=87,41) länger zurück als bei den 100 Frauen (69,44 %) mit 68,43 Monaten (Median=36,00, s=87,32).

3.1.7 Erste psychogene Beschwerden

69 Patienten (40,12 % aller Patienten), davon 48 Frauen (69,57 %) und 21 Männer (30,43 %) konnten angeben, wann bei ihnen erstmalig psychogene Beschwerden auftraten. Der Durchschnitt lag bei 201,86 Monaten (dies entspricht mehr als 16 Jahre), der Median betrug 156,00, die Standardabweichung 153,20. Erste psychogene Beschwerden entstanden bei den Patienten zwischen 7 und 600 Monaten (50 Jahre) bei einer Spannweite von 593 Monaten. Bei den Männern lagen erste psychogene Beschwerden mit durchschnittlich 271,43 Monaten (Median=300,00, s=168,06) länger zurück als bei den Frauen mit 171,42 Jahren (Median=126,00, s=137,21) (vgl. Tab. 5).

Geschlecht	n	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Spannweite
männlich	21	271,43	300,00	168,063	588
weiblich	48	171,42	126,00	137,212	473
gesamt	69	201,86	156,00	153,196	593

Tabelle 5: erste psychogene Beschwerden in Monaten (n=69)

3.1.8 Diagnosen

3.1.8.1 Hauptdiagnosen

Die 172 Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz erhielten 47 verschiedene Hauptdiagnosen nach ICD-10. Hier sollen nur die häufigsten erwähnt werden. Genauere Informationen können dem Anhang entnommen werden.

Mit 11,05 % (n=19) war die ICD-10-Ziffer F33.1 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) am häufigsten. Es folgten mit 8,14 % (n=14) die Ziffern F34.1 (Dysthymia), mit 7,56 % (n=13) F33.0 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode), mit 6,40 % (n=11) F32.10 (mittelgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom, mit 5,81 % (n=10) F43.20 (Anpassungsstörung, kurze depressive Reaktion), mit 4,07 % (n=7) F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung) und mit 3,49 % (n=6) die Ziffer F60.31 (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ).

Aus Gründen der besseren Darstellung wurden die ICD-10-Hauptdiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst. Es entstanden somit folgende Cluster:

- Affektive Störungen (F32, F33, F34, F38)
- Angststörungen (F40, F41, F42)
- Anpassungsstörungen (F43)
- Somatoforme Störungen (F44, F45)
- Essstörungen (F50)
- Psychosomatosen (F54)
- Persönlichkeitsstörungen (F60)
- Sonstige (F10, F20, F48, F51)

Nachfolgende Abbildung soll einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnosen, die im weiteren Verlauf der Arbeit Diagnosen genannt werden sollen, verschaffen (siehe Abb. 7).

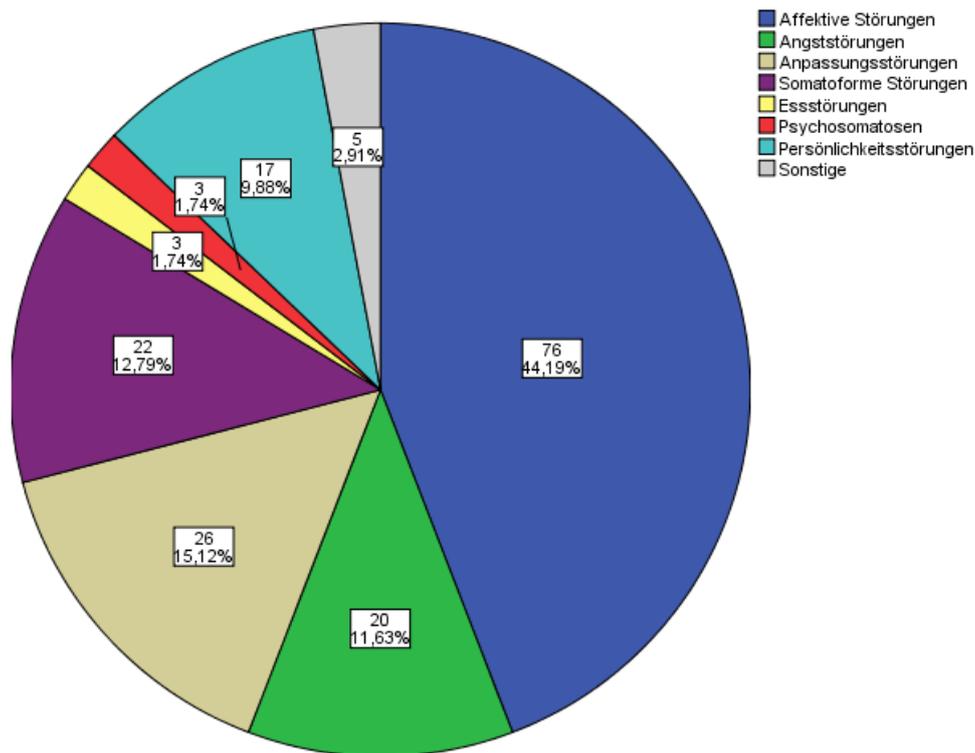


Abbildung 7: Verteilung der Hauptdiagnosen (n=172)

Bei dem größten Teil der Patienten, d.h. 44,19 % (n=76) wurde eine affektive Störung diagnostiziert. Am zweithäufigsten waren Anpassungsstörungen (15,12 %; n=26). Es folgten mit abnehmender Häufigkeit somatoforme Störungen (12,79; n=22), Angststörungen (11,63 %; n=20), Persönlichkeitsstörungen (9,88 %; n=17), Sonstige (2,91 %; n=5), Essstörungen (1,74 %; n=3) und Psychosomatosen (1,74 %; n=3).

3.1.8.2 Zweitdiagnosen

Bei 37,79 % (n=65) der Patienten wurde eine Zweitdiagnose gestellt. Am häufigsten waren hier somatoforme Störungen mit 32,31 % (n=21). Persönlichkeitsstörungen fanden sich in 26,15 % (n=17) der Fälle. Es folgten affektive Störungen (21,54 %; n=14), Angststörungen (9,23 %; n=6), Sonstige (6,15 %; n=4), Psychosomatosen (3,08 %; n=2) und Anpassungsstörungen (1,54 %; n=1). Essstörungen wurden nicht diagnostiziert (siehe Tab. 6). Eine genaue Auflistung der Diagnosen kann dem Anhang entnommen werden.

Zweitdiagnosen	n	%
Affektive Störungen	14	21,54
Angststörungen	6	9,23
Anpassungsstörungen	1	1,54
Somatoforme Störungen	21	32,31
Essstörungen	0	0
Psychosomatosen	2	3,08
Persönlichkeitsstörungen	17	26,15
Sonstige	4	6,15
gesamt	65	100

Tabelle 6: Zweitdiagnosen (n=65)

3.1.8.3 Drittdiagnosen

Bei 8,72 % der Patienten (n=15) konnte eine Drittdiagnose gestellt werden. Dies waren zu 33,33 % (n=5) Psychosomatosen, zu je 20,00 % (n=3) somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen, zu 13,33 % (n=2) Angststörungen und zu je 6,67 % (n=1) affektive Störungen und Anpassungsstörungen. Auch hier wurden keine Essstörungen diagnostiziert (siehe Tab. 7). Eine genaue Auflistung der Diagnosen ist im Anhang zu ersehen.

Drittdiagnosen	n	%
Affektive Störungen	1	6,67
Angststörungen	2	13,33
Anpassungsstörungen	1	6,67
somatoforme Störungen	3	20,00
Essstörungen	0	0
Psychosomatosen	5	33,33
Persönlichkeitsstörungen	3	20,00
Sonstige	0	0
gesamt	15	100

Tabelle 7: Drittdiagnosen (n=15)

3.1.8.4 Somatische Diagnosen

Bei 37 der 172 Patienten (21,51 %) lag zusätzlich noch eine somatische Diagnose vor.

3.1.9 Ätiologie und Komorbidität

Bei der ätiologisch-psychodynamischen Diagnose wurden folgende Störungen unterschieden: Reaktive Störung, Posttraumatische Störung, Neurotische Störung und Psychosomatose.

Zu den reaktiven Störungen werden die Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung und die somato-psychische Störung gerechnet. Zu den posttraumatischen Störungen zählen die akute Traumareaktion, die anhaltende Posttraumatische Störung und der Verdacht auf posttraumatische Störung. Bei den neurotischen Störungen unterscheidet man die psychische Störung (Psychoneurose), die somatoforme Störung (Organneurose), die Verhaltensstörung und die Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose).

Insofern bei einem Patienten mehrere dieser Diagnosen vorliegen konnten, ist nicht von einer Grundgesamtheit von 172, sondern in diesem Fall von 227 auszugehen. Am häufigsten sind mit 77,97 % (n=177) neurotische Störungen diagnostiziert worden. Es folgten mit 11,45 % (n=26) die reaktiven Störungen, mit 6,61 % (n=15) die posttraumatischen Störungen und mit 3,96 % (n=9) die Psychosomatosen (vgl. Tab. 8).

Ätiologie	n	%
Neurotische Störung	177	77,97
Reaktive Störung	26	11,45
Posttraumatische Störung	15	6,61
Psychosomatose	9	3,96
gesamt	227	100

Tabelle 8: Ätiologie (n=227)

Betrachtet man die Diagnosen im Einzelnen, ergibt sich folgendes Bild:

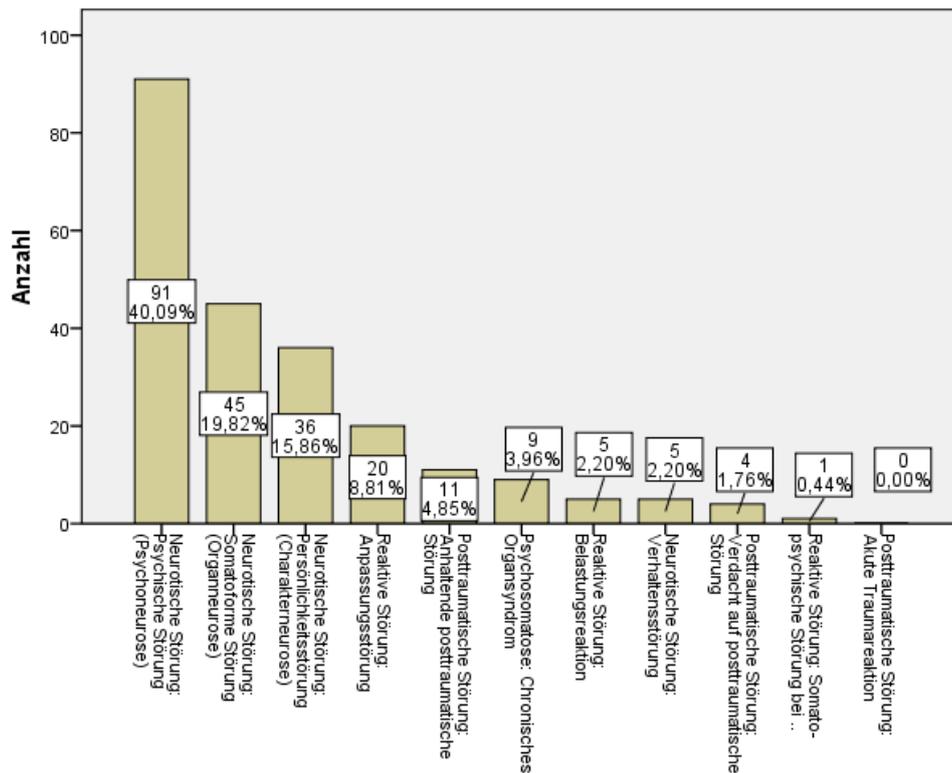


Abbildung 8: Ätiologisch-psychodynamische Diagnosen (n=227)

Es zeigt sich, dass die Psychoneurosen mit 40,09 % (n=91) deutlich überwogen. Bei 19,82 % (n=45) der Patienten lag eine somatoforme Störung (Organneurose) vor, bei 15,86 % (n=36) eine Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose). Bei 8,81 % (n=20) fand sich eine Anpassungsstörung und war somit die häufigste Form einer reaktiven Störung. 4,85 % (n=11) litten unter den Folgen einer anhaltenden posttraumatischen Störung, bei 3,96 % (n=9) diagnostizierte man eine Psychosomatose. Auf die Belastungsreaktion und die Verhaltensstörung fielen jeweils 2,20 % (n=5). Es folgten der Verdacht auf posttraumatische Störung mit 1,76 % (n=4) und die somatopsychische Störung mit 0,44 % (n=1). Die Diagnose akute Traumareaktion wurde nicht vergeben. Bei 41 von 172 Patienten (23,84 %) zeigte sich eine komplexe Störung (Komorbidität).

3.1.10 Strukturniveau

Im Folgenden wurde das Strukturniveau untersucht.

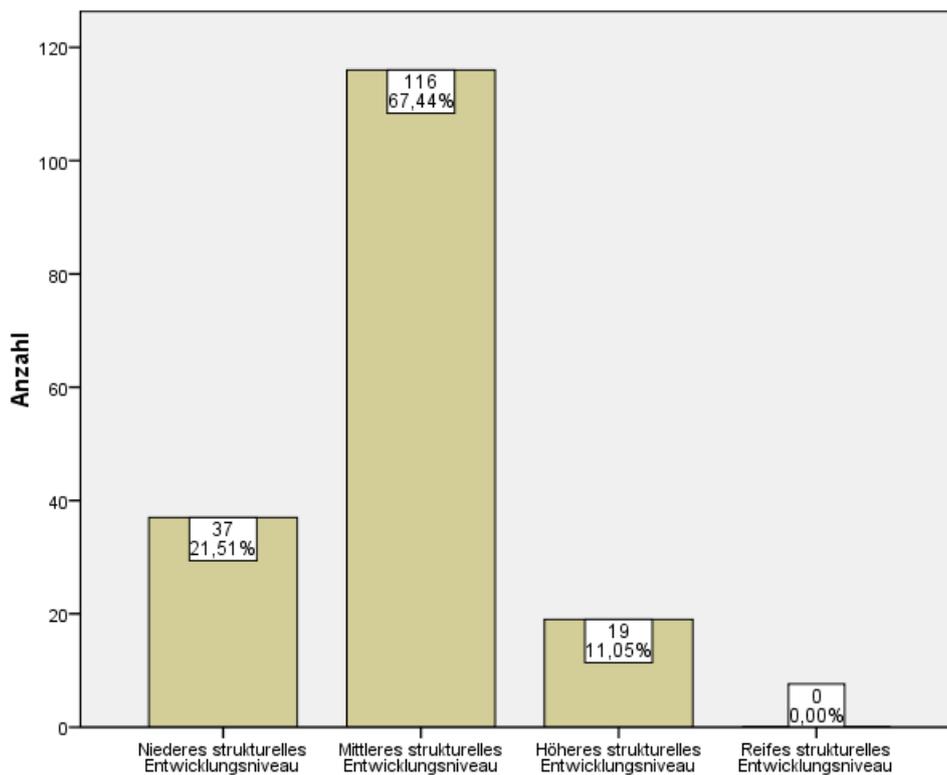


Abbildung 9: Strukturniveau der Patienten (n=172)

Das Strukturniveau der Patienten der Stichprobe lag überwiegend im mittleren Bereich (67,44 %; n=116). Bei 21,51 % (n=37) fand sich ein niederes strukturelles Entwicklungsniveau, bei 11,05 % (n=19) ein höheres.

3.1.11 Grundkonflikte

Ein Grundkonflikt (nach OPD) bei neurotischer Konfliktpathologie wurde 140mal diagnostiziert, wobei bei einem Patienten auch mehrere Grundkonflikte vorkommen konnten. Bei 40 Patienten lag keine neurotische Konfliktpathologie vor (bei vorrangiger Entwicklungspathologie, posttraumatischer oder reaktiver Störung). Der mit Abstand am häufigsten auftretende Grundkonflikt war der Autonomie-Abhängigkeits-/Trennungs-Konflikt mit 45,71 % (n=64). Es folgten mit abnehmender Häufigkeit der Versorgungs-Autarkie-Konflikt mit 18,57 % (n=26), der Narzisstische Konflikt mit 15,71 % (n=22), der Ödipal-sexuelle Konflikt (7,86 %; n=11), der Unterwerfungs-Kontroll-Konflikt (5,00 %; n=7), der Schuldkonflikt und der Identitätskonflikt mit je-

weils 1,43 % (n=2). In 4,29 % (n =6) der Fälle war der Grundkonflikt nicht eindeutig (vgl. Abb. 10).

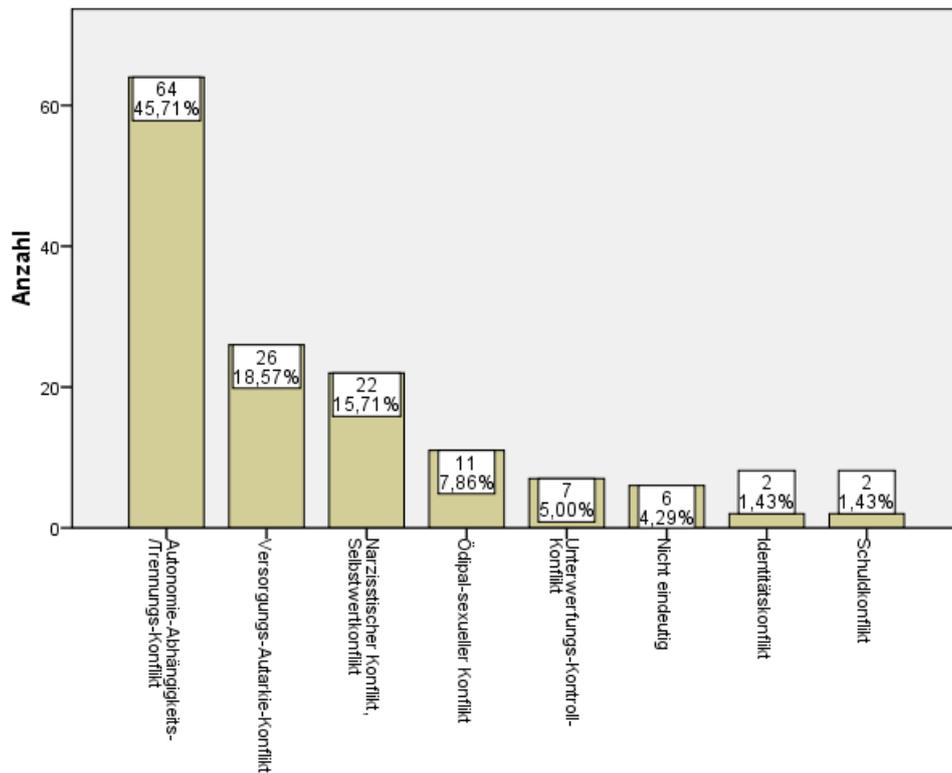


Abbildung 10: Grundkonflikte (n=140)

3.1.12 Indikation

Unter den vorgeschlagenen Therapieformen waren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit 38,37 % (n=66) und Psychoanalyse (damit ist fortan psychoanalytische Psychotherapie gemeint) mit 27,91 (n=48) mit Abstand die häufigsten. In 7,56 % der Fälle (n=13) wurde den Patienten eine stationäre Psychotherapie empfohlen. Eine Verhaltenstherapie wurde 5,23 % der Patienten (n=9) nahe gelegt. 4,07 % der Patienten (n=7) wurde angeraten, die von ihnen begonnene Therapie fortzuführen, 3,49 % (n=6) wurde geraten, sich ambulant psychiatrisch behandeln zu lassen, je 2,33 % (n=4) wurde eine Gruppentherapie, bzw. Paartherapie empfohlen, bei 0,58 % (n=1) schien eine stationäre Therapie im Rahmen der Psychiatrie indiziert zu sein. In 2,91 % der Fälle (n=5) gab es keine Indikation, 5,23 % (n=9) fielen unter sonstige (vgl. Abb. 11).

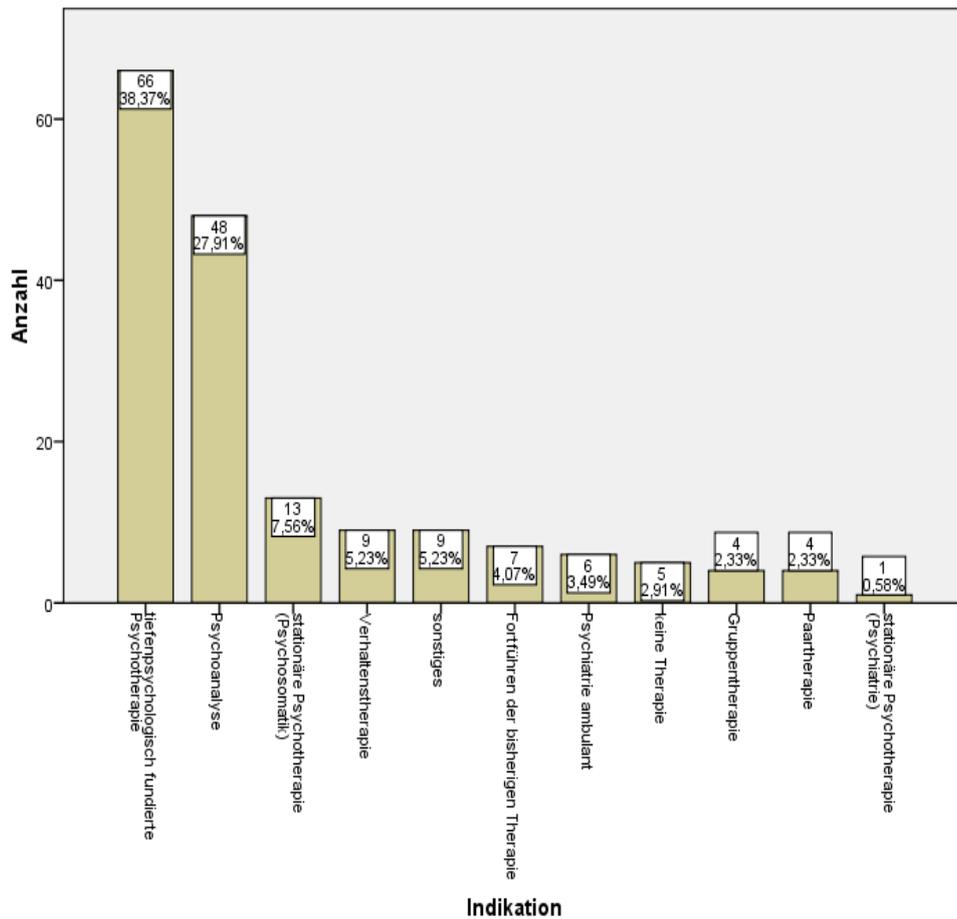


Abbildung 11: Indikation (n=172)

3.2 Analytische Statistik

Im folgenden Kapitel sollen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen dargestellt werden. Von näherem Interesse sind dabei Geschlecht, Alter, Herkunft, Berufstätigkeit, Diagnose (= Hauptdiagnose) und das Strukturniveau.

3.2.1 Geschlecht

Von den 172 Patienten unserer Stichprobe waren 121 weiblich und 51 männlich. Der Frauenanteil belief sich somit auf 70,35 %, der Anteil der Männer lag bei 29,65 %.

3.2.1.1 Geschlecht und Diagnosen

Bevor die Verteilung der Diagnosen bezüglich des Geschlechts betrachtet wird, soll an dieser Stelle noch einmal die prozentuale Verteilung der Diagnosen im Allgemeinen dargestellt werden (siehe Tab. 9).

Diagnose	n	%
Affektive Störungen	76	44,19
Anpassungsstörungen	26	15,12
Somatoforme Störungen	22	12,79
Angststörungen	20	11,63
Persönlichkeitsstörungen	17	9,88
Sonstige	5	2,91
Essstörungen	3	1,74
Psychosomatosen	3	1,74
gesamt	172	100

Tabelle 9: prozentuale Verteilung der Diagnosen aller Patienten (n=172)

Bei den Diagnosen der Frauen findet sich ein ähnliches Verteilungsmuster (vgl. Abb. 12).

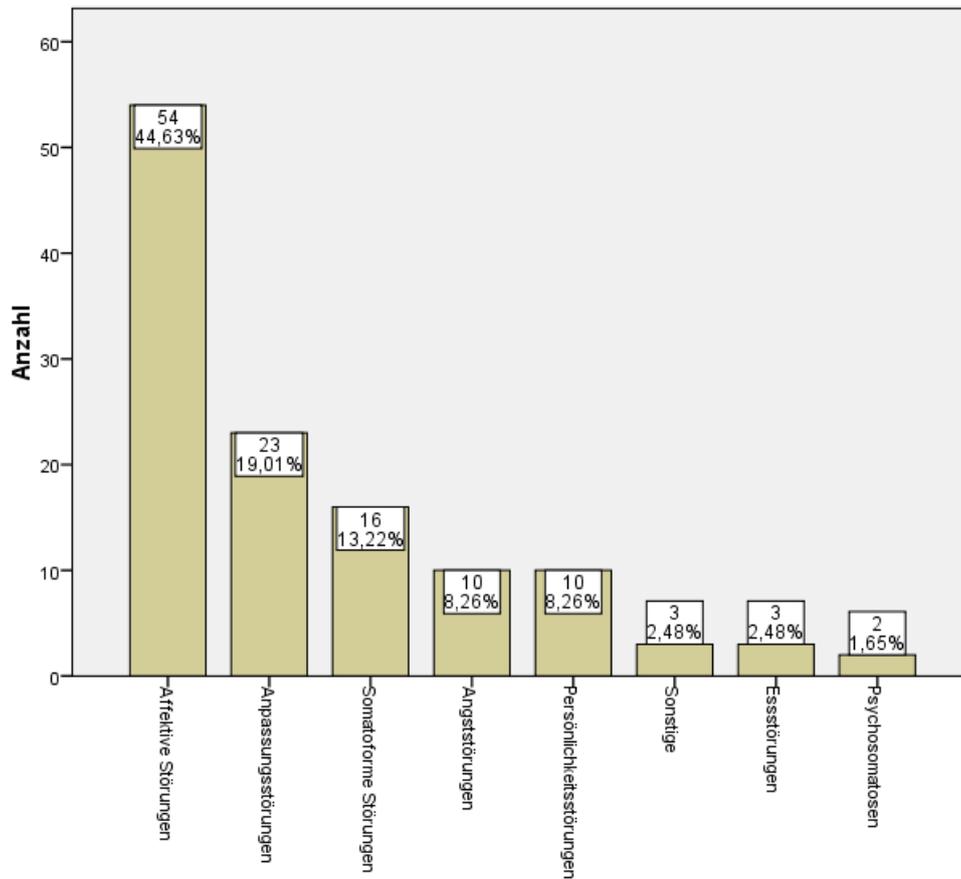


Abbildung 12: Verteilung der Diagnosen bei Frauen (n=121)

Die Rangfolge der prozentualen Verteilung der Diagnosen war dieselbe wie die Verteilung der Diagnosen bei allen Patienten. Am häufigsten waren auch hier affektive Störungen (44,63 %; n=54). Es folgten Anpassungsstörungen (19,01 %; n=23), somatoforme Störungen (13,22 %; n=16), Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen mit jeweils 8,26 % (n=10), Sonstige und Essstörungen mit jeweils 2,48 % (n=3) und Psychosomatosen mit 1,65 % (n=2). Es fällt auf, dass Anpassungsstörungen bei Frauen eher häufiger vorkamen, Angststörungen eher seltener. Bei den Männern zeigt sich bezüglich der Verteilung der Diagnosen ein anderes Bild (siehe Abb. 13).

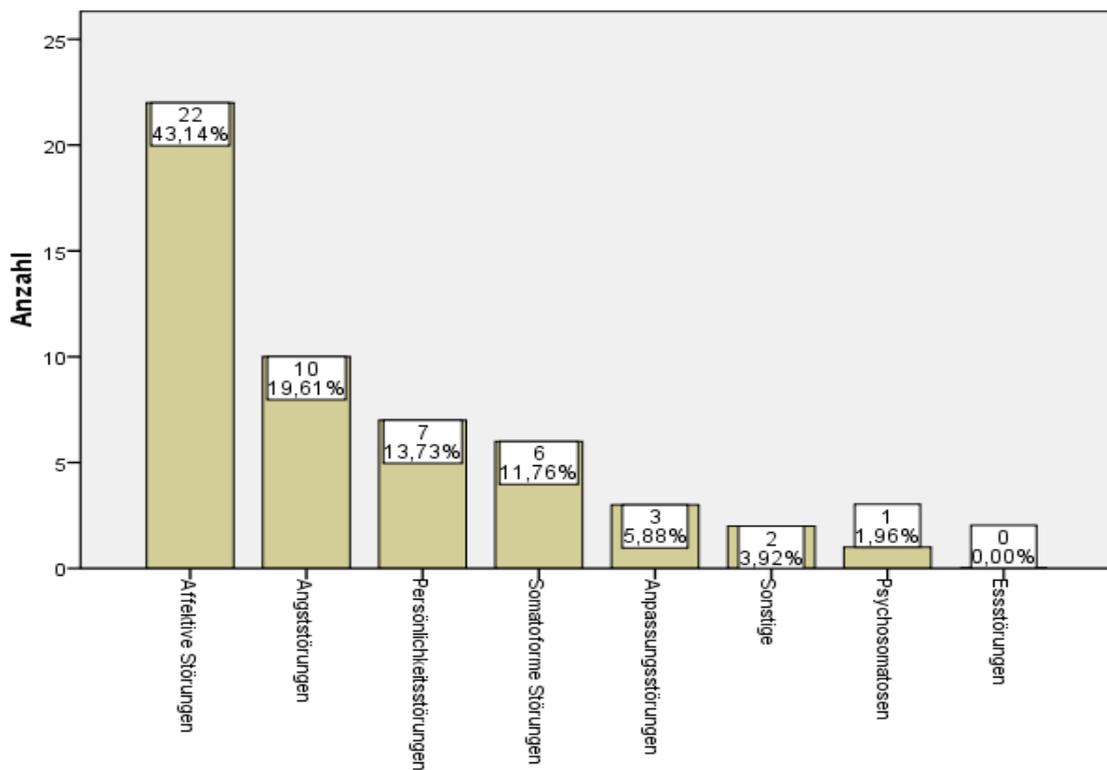


Abbildung 13: Verteilung der Diagnosen bei Männern (n=51)

Mit 43,14 % (n=22) waren affektive Störungen auch bei den Männern die häufigste Diagnose. Es folgten mit abnehmender Anzahl Angststörungen (19,61 %; n=10), Persönlichkeitsstörungen (13,73%; n=7), somatoforme Störungen (11,76 %; n=6), Anpassungsstörungen (5,88 %; n=3), Sonstige (3,92 %; n=2) und Psychosomatosen (1,96 %; n=1). Essstörungen kamen bei den männlichen Patienten nicht vor. Daraus ist ersichtlich, dass bei Männern Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen eher häufiger und Anpassungsstörungen eher seltener vorkamen.

Im Vergleich der Diagnosen der beiden Geschlechter zeigt sich, dass Männer häufiger an Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen litten, Frauen häufiger an Anpassungsstörungen und Essstörungen (siehe Tab. 10).

Diagnose	männlich	weiblich
Affektive Störungen	43,14	44,63
Angststörungen	19,61	8,26
Anpassungsstörungen	5,88	19,01
Somatoforme Störungen	11,76	13,22

Essstörungen	0	2,48
Psychosomatosen	1,96	1,65
Persönlichkeitsstörungen	13,73	8,26
Sonstige	3,92	2,48
gesamt in %	100	100

Tabelle 10: Diagnosen von Männern und Frauen (n=172)

3.2.1.2 Geschlecht und Indikation

Hinsichtlich der Indikationen unterschieden sich die beiden Geschlechter wenig. Bei Männern wie Frauen waren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und Psychoanalyse die mit Abstand am meisten angeratenen Therapieformen. Bei den 51 Männern war TP mit 41,18 % (n=21) die häufigste Indikation. 25,49 % (n=13) der Patienten wurde eine Psychoanalyse empfohlen. Es folgten Gruppentherapie, Fortführen der bisherigen Therapie und sonstiges mit jeweils 5,88 % (n=3), stationäre Psychotherapie in der Psychosomatik und Psychiatrie ambulant mit je 3,92 % (n=2) und mit jeweils 1,96 % (n=1) Paartherapie, Verhaltenstherapie, stationäre Psychotherapie in der Psychiatrie und keine Therapie. Auch bei den 121 Frauen wurde am häufigsten zu einer TP geraten (37,19 %; n=45). Die Psychoanalyse war die zweithäufigste Indikation (28,93 %; n=35). Zu einer stationären Psychotherapie im Rahmen der Psychosomatik wurde 9,09 % der Patienten (n=11) geraten, 6,61 % (n=8) zu einer Verhaltenstherapie. Es folgten mit 4,96 % (n=6) sonstiges, mit je 3,31 % (n=4) Psychiatrie ambulant, Fortführen der bisherigen Therapie und keine Therapie, mit 2,48 % (n=3) Paartherapie und mit 0,83 % (n=1) Gruppentherapie. Stationäre Psychotherapie im Rahmen der Psychiatrie wurde keinem Patienten empfohlen.

Im Vergleich der Geschlechter bezüglich der Indikationen wird ersichtlich, dass Männern etwas häufiger zu einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie geraten wurde, Frauen etwas häufiger zur Psychoanalyse. Verhaltenstherapie und der stationäre Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik wurde Frauen häufiger empfohlen, Männern dagegen häufiger Gruppentherapie (siehe Tab. 11).

Indikation	männlich	weiblich
Psychoanalyse	25,49	28,93

TP	41,18	37,19
Verhaltenstherapie	1,96	6,61
Gruppentherapie	5,88	0,83
Paartherapie	1,96	2,48
stationär, Psychosomatik	3,92	9,09
stationär, Psychiatrie	1,96	0
Psychiatrie, ambulant	3,92	3,31
Therapie fortführen	5,88	3,31
keine Therapie	1,96	3,31
sonstiges	5,88	4,96
gesamt in %	100	100

Tabelle 11: Indikationen bei Männern und Frauen (n=172)

3.2.2 Alter

Das Durchschnittsalter der 172 Patienten betrug 38,52 Jahre. Der Median lag bei 37,00, die Standardabweichung bei 13,142. Der jüngste Patient war 18 Jahre, der älteste 76 Jahre (Spannweite=58 Jahre).

3.2.2.1 Alter und Diagnosen

Im Hinblick auf das Durchschnittsalter zeigt sich, dass Patienten mit Essstörungen im Durchschnitt am jüngsten waren (Mittelwert=23,00). Im Durchschnitt Mitte bis Ende Dreißig waren die Patienten mit Psychosomatosen (Mittelwert=35,33), Angststörungen (Mittelwert=36,45), Sonstige (Mittelwert=36,60), affektive Störungen (Mittelwert=37,87), Anpassungsstörungen (Mittelwert=38,23) und Persönlichkeitsstörungen (Mittelwert=38,47). Ein Durchschnittsalter über 40 Jahre kam lediglich bei den Patienten mit somatoformen Störungen vor (Mittelwert=43,77) (vgl. Tab. 12).

Diagnosen	n	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Spannweite
Affektive Störungen	76	37,87	37,00	11,835	55
Angststörungen	20	36,45	29,50	15,746	50
Anpassungsstörungen	26	38,23	39,00	13,237	49
Somatoforme Störungen	22	43,77	44,50	16,607	56

Essstörungen	3	25,33	23,00	4,933	9
Psychosomatosen	3	35,33	35,00	9,504	19
Persönlichkeitsstörungen	17	38,47	38,00	10,038	43
Sonstige	5	36,60	33,00	9,754	29
gesamt	172	38,52	37,00	13,142	58

Tabelle 12: Durchschnittsalter in Jahren bei verschiedenen Diagnosen (n=172)

3.2.2.2 Alter und Indikation

Wie alt waren die Patienten durchschnittlich, denen eine bestimmte Therapieform (Indikation) empfohlen wurde? Im Durchschnitt am ältesten (Mittelwert=46,31) waren Patienten, denen angeraten wurde, sich stationär in einer psychosomatischen Klinik behandeln zu lassen. Patienten mit einem Durchschnittsalter jenseits der 40 Jahre findet man auch bei folgenden Indikationen: Verhaltenstherapie (Mittelwert=43,11), sonstige Therapieformen (Mittelwert=42,22), fortführen der Therapie (Mittelwert=41,43), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie = TP (Mittelwert=40,98) und keine Therapie (Mittelwert=40,00). Die Indikationen Psychiatrie, ambulant (Mittelwert=33,67), Psychoanalyse (Mittelwert=33,21) und Paartherapie (Mittelwert=31,75) fanden sich gehäuft bei Patienten im vierten Lebensjahrzehnt. Patienten, denen man zu einer Gruppentherapie (Mittelwert=27,50) oder zu einer stationären psychiatrischen Behandlung (Mittelwert=22,00) riet waren im Schnitt am jüngsten (siehe Tab. 13).

Indikation	n	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Spannweite
Psychoanalyse	48	33,21	32,00	10,244	43
TP	66	40,98	40,00	14,569	56
Verhaltenstherapie	9	43,11	46,00	11,118	37
Gruppentherapie	4	27,50	27,00	5,745	14
Paartherapie	4	31,75	31,50	4,113	10
stationär, Psychosomatik	13	46,31	44,00	15,184	54
stationär, Psychiatrie	1	22,00	22,00	0	0
Psychiatrie, ambulant	6	33,67	33,50	4,761	13
Fortführen der Therapie	7	41,43	42,00	11,370	33
keine Therapie	5	40,00	37,00	14,933	40

sonstiges	9	42,22	39,00	11,998	37
gesamt	172	38,52	37,00	13,140	58

Tabelle 13: Durchschnittsalter in Jahren bei verschiedenen Indikationen (n=172)

Betrachtet man die Indikationen bezüglich der Altersgruppen, so ergibt sich folgendes Bild (siehe Abb. 14).

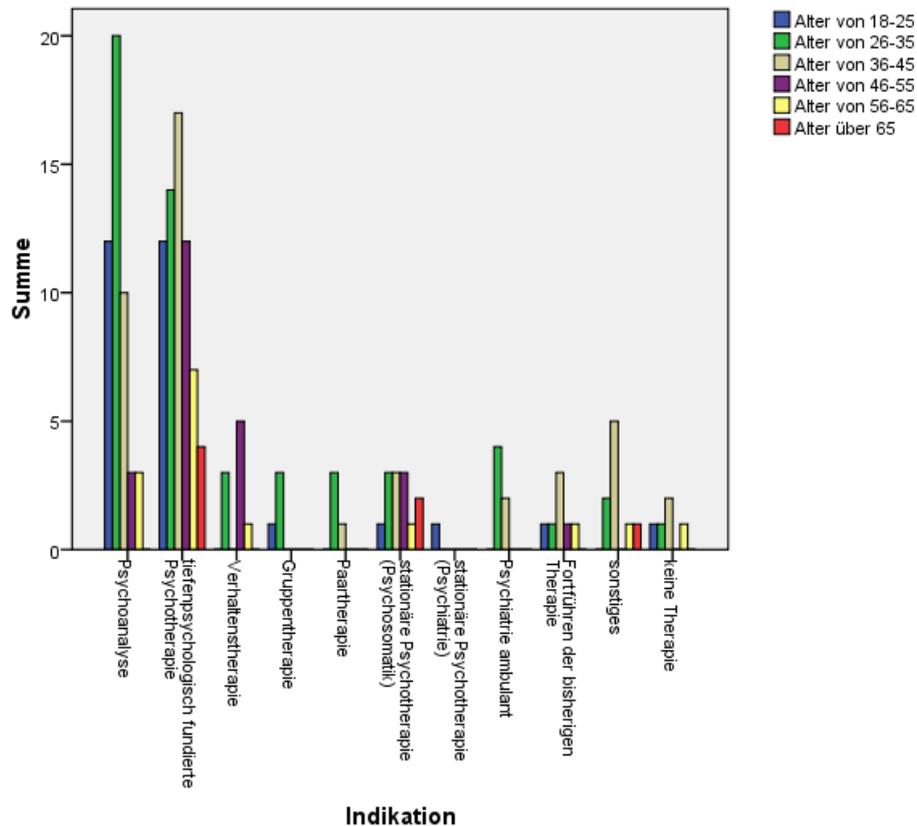


Abbildung 14: Altersgruppen bei verschiedenen Indikationen

Bei den Patienten, denen man zu einer Psychoanalyse riet, war die Altersgruppe der 26- bis 35-Jährigen am häufigsten (n=20). Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde in der Mehrheit den 36- bis 45-Jährigen empfohlen (n=17). Bei der Verhaltenstherapie waren es die 46- bis 55-Jährigen, die den Großteil dieser Patienten ausmachten (n=5). Bei Gruppentherapie und Paartherapie überwog die Gruppe der 26- bis 35-Jährigen (n=3). Zu einer stationären Psychotherapie im Rahmen der Psychosomatik wurde zu gleichen Teilen den Patienten der Altersgruppen der 26- bis 35-Jährigen, denen der 36- bis 45-Jährigen und denen der 46- bis 55-Jährigen geraten (n=3). Stationäre Psychotherapie in einer psychiatrischen Klinik wurde nur einmal empfohlen; dieser Patient gehörte der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen an. Eine ambulante psychiatrische

Behandlung wurde hauptsächlich der Gruppe der 26- bis 35-Jährigen angeraten (n=4). Das Fortführen der bisherigen Therapie (n=3), sonstiges (n=5) und keine Therapie (n=2) wurde überwiegend der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen empfohlen.

3.2.3 Herkunft

170 Patienten machten Angabe bezüglich ihrer Herkunft. Der Ausländeranteil betrug 22,67 % (n=39), der Anteil der Deutschen 76,16 % (n=131).

3.2.3.1 Herkunft und Diagnosen

Bei den Deutschen überwogen mit 42,75 % (n=56) die affektiven Störungen. Anpassungsstörungen fanden sich bei 15,27 % (n=20), somatoforme Störungen bei 12,98 % (n=17). 12,21 % (n=16) hatten eine Angststörung, 10,69 % (n=14) eine Persönlichkeitsstörung. Es folgten Sonstige und Essstörungen mit jeweils 2,29 % (n=3) und Psychosomatosen mit 1,53 % (n=2) (vgl. Tab. 14).

Diagnose	n	%
Affektive Störungen	56	42,75
Anpassungsstörungen	20	15,27
Somatoforme Störungen	17	12,98
Angststörungen	16	12,21
Persönlichkeitsstörungen	14	10,69
Sonstige	3	2,29
Essstörungen	3	2,29
Psychosomatosen	2	1,53
gesamt	131	100

Tabelle 14: Diagnosen der Deutschen (n=131)

Bei den Ausländern ergibt sich ein ähnliches Bild (siehe Tab. 15).

Diagnose	n	%
Affektive Störungen	19	48,72

Anpassungsstörungen	6	15,38
Somatoforme Störungen	4	10,26
Angststörungen	4	10,26
Persönlichkeitsstörungen	3	7,69
Sonstige	2	5,13
Psychosomatosen	1	2,56
Essstörungen	0	0
gesamt	39	100

Tabelle 15: Diagnosen der Ausländer (n=39)

Auch bei den Ausländern waren affektive Störungen die mit Abstand am häufigsten gestellte Diagnose (48,72 %; n=19). Es folgten Anpassungsstörungen (15,38 %; n=6), somatoforme Störungen und Angststörungen (jeweils 10,26 %; n=4), Persönlichkeitsstörungen (7,69 %; n=3), Sonstige (5,13 %; n=2) und Psychosomatosen (2,56 %; n=1). Essstörungen kamen hier nicht vor.

Im Vergleich wird ersichtlich, dass bei den Ausländern häufiger affektive Störungen vorkamen, bei den Deutschen hingegen überwogen leicht somatoforme Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Essstörungen kamen bei Ausländern nicht vor.

3.2.3.2 Herkunft und Indikation

Hinsichtlich der Therapieformen, die den Deutschen angeraten wurden, findet man hier ein ähnliches Verteilungsmuster wie bei der Gesamtheit der Patienten. Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie (35,11 %; n=46) und Psychoanalyse (29,77 %; n=39) waren bei den Deutschen die häufigsten Indikationen. 8,40 % (n=11) der Patienten bekamen die Empfehlung, sich stationär in einer Psychosomatischen Klinik behandeln zu lassen, je 6,11 % (n=8) wurde zu einer Verhaltenstherapie, bzw. sonstiges geraten, 3,82 % (n=5) der Patienten wurde nahe gelegt, sich ambulant psychiatrisch behandeln zu lassen, je 3,05 % (n=4) sollten ihre bisherige Therapie fortführen, bzw. erhielten keine Therapieempfehlung. Es folgten Paartherapie (2,29 %; n=3), Gruppentherapie (1,53 %; n=2) und stationäre psychiatrische Behandlung (0,76 %; n=1) (vgl. Abb. 15).

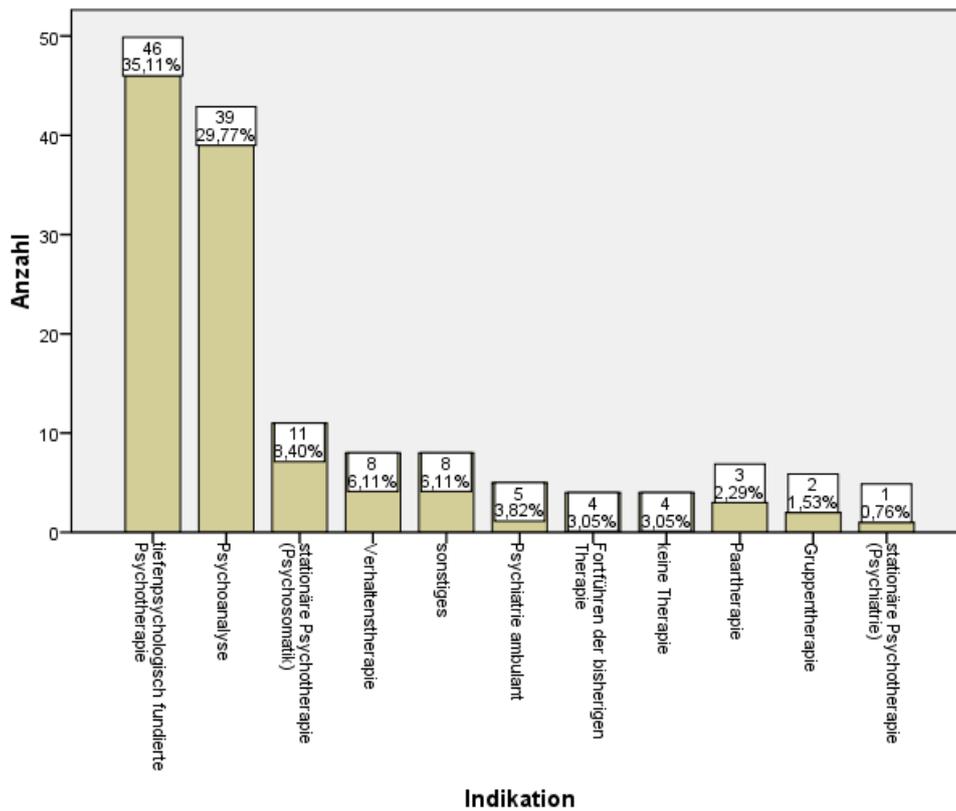


Abbildung 15: Indikationen bei Deutschen (n=131)

Auch bei den Ausländern waren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (48,72 %; n=19) und Psychoanalyse (23,08 %; n=9) die häufigsten Therapieempfehlungen. Jeweils 5,13 % (n=2) der Patienten wurde zu einer stationären Therapie in der Psychosomatik, zum Fortführen der bisherigen Therapie oder zu einer Gruppentherapie geraten, jeweils 2,56 % der Patienten (n=1) wurde zu einer Paartherapie, einer Verhaltenstherapie, zu Sonstigem, zu keiner Therapie oder zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung geraten. Eine Empfehlung zu einer stationären psychiatrischen Behandlung lag nicht vor (siehe Abb. 16).

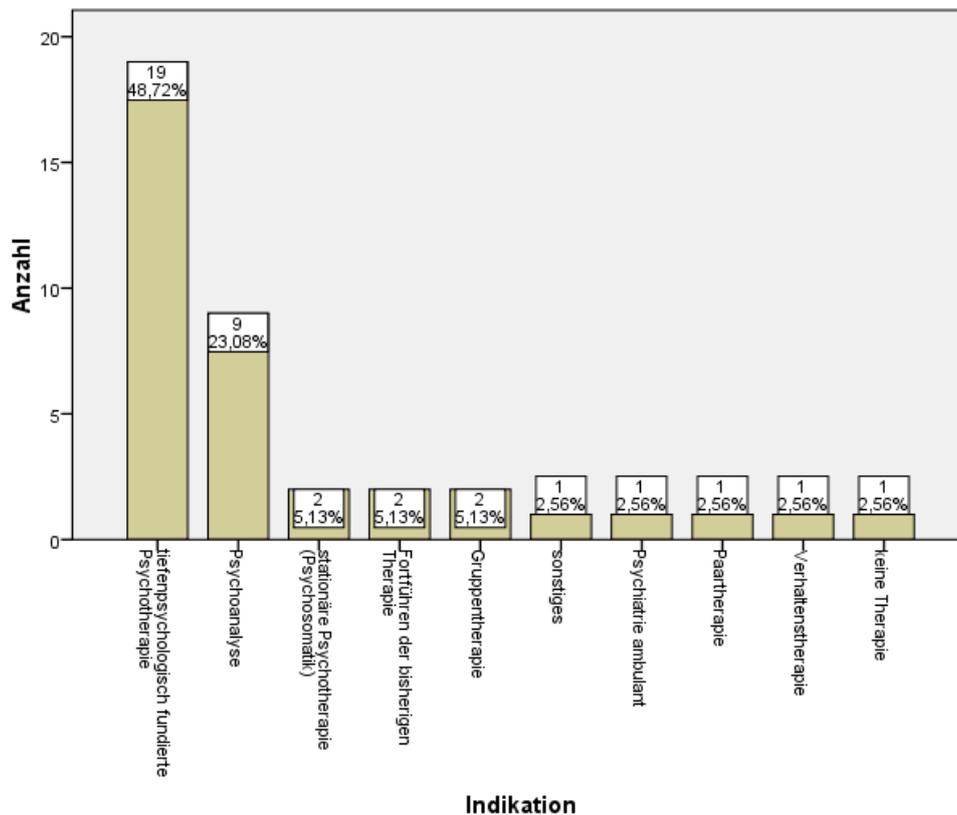


Abbildung 16: Indikationen bei Ausländern (n=39)

Es wird deutlich, dass Ausländern häufiger zu einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, seltener aber zur Psychoanalyse geraten wurde.

3.2.3.3 Herkunft und Psychopharmaka

Von den 172 Patienten, die in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz behandelt wurden, nahmen 48 Patienten (27,91 %) gegenwärtig Psychopharmaka.

170 Patienten machten Angaben zu ihrer Herkunft, davon waren 131 Deutsche und 39 Ausländer. 27,48 % (n=36) der Deutschen wurden derzeit psychopharmakologisch behandelt, bei den Ausländern war der Anteil derer, die Psychopharmaka nahmen, mit 28,21 % (n=11) nur geringfügig größer.

3.2.3.4 Herkunft und psychotherapeutische Vorerfahrung

88 der 172 Patienten (51,16 %) verfügten über eine psychotherapeutische Vorerfahrung, darunter waren 67 Deutsche (51,15 %). Der Anteil der Ausländer mit psychotherapeutischer Vorerfahrung lag mit 48,72 % (n=19) ein wenig darunter.

3.2.4 Berufstätigkeit

164 Patienten machten Angaben zu ihrer beruflichen Situation. 73,78 % (n=121) gaben an, derzeit berufstätig bzw. in Ausbildung zu sein, 26,22 % (n=43) waren in Rente oder arbeitslos.

Berufstätigkeit und Psychopharmakotherapie

Von den 121 berufstätigen Patienten nahmen 23,14 % (n=28) zum Zeitpunkt des Kontaktes mit der Ambulanz Psychopharmaka. Bei den 43 Arbeitslosen lag der Anteil derer, die psychopharmakologisch behandelt wurden mit 41,86 % (n=18) wesentlich höher (siehe Abb. 17a und 17b).

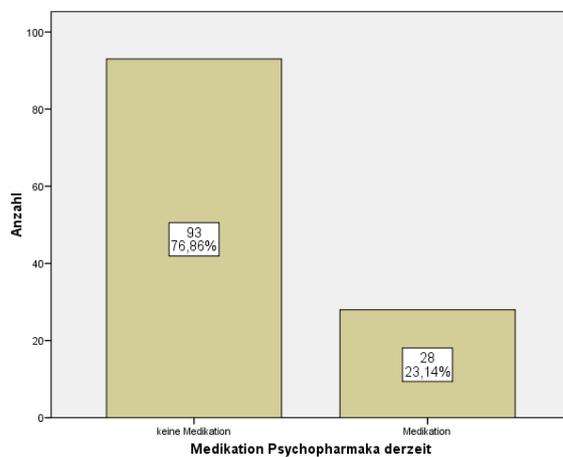


Abbildung 17a: Psychopharmakologische Medikation bei Berufstätigen (n=121)

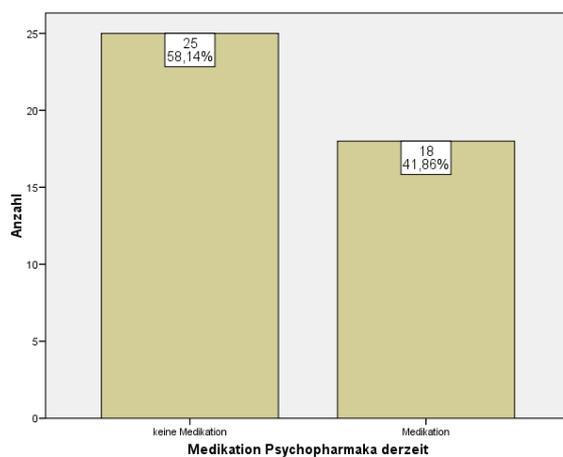


Abbildung 17b: Psychopharmakologische Medikation bei Arbeitslosen (n=43)

3.2.5 Diagnose

3.2.5.1 Diagnose und Krankheitsbeginn

Bei 144 der 172 Patienten konnte ein genauer Krankheitsbeginn erhoben werden. Dieser lag im Durchschnitt 71,44 Monate zurück. Der Krankheitsbeginn von Psychosomatosen lag am weitesten zurück (Mittelwert=260,00 Monate). Es folgten Persönlichkeitsstörungen (Mittelwert=126,12 Monate), Angststörungen (Mittelwert=86,82 Monate), somatoforme Störungen (Mittelwert=86,21 Monate), affektive Störungen (Mittelwert=60,57), Sonstige (Mittelwert=51,00 Monate), Essstörungen (Mittelwert=52,50) und Anpassungsstörungen (Mittelwert=21,14 Monate) (vgl. Tab. 16).

Diagnose	n	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Spannweite
Affektive Störungen	69	60,57	24,00	77,671	360
Angststörungen	17	86,82	48,00	108,847	432
Anpassungsstörungen	22	21,14	7,00	32,382	144
Somatoforme Störungen	19	86,21	60,00	90,652	358
Essstörungen	2	52,50	52,50	61,518	88
Psychosomatosen	3	260,00	276,00	61,579	120
Persönlichkeitsstörungen	8	126,12	156,00	91,708	258
Sonstige	4	51,00	42,00	64,316	198
gesamt	144	71,44	36,00	87,164	444

Tabelle 16: Krankheitsbeginn in Monaten bei verschiedenen Diagnosen (n=144)

3.2.5.2 Diagnose und psychopharmakologische Medikation

Von den 172 Patienten, die in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz behandelt wurden, nahmen 27,91 % (n=48) zum Zeitpunkt der Untersuchung Psychopharmaka. Patienten mit einer Angststörung wurden am häufigsten psychopharmakologisch behandelt (35,00 %). Es folgten somatoforme Störungen (31,82 %), affektive Störungen (31,58 %), Anpassungsstörungen (26,92 %) und Sonstige (20,00 %). Patienten

mit Persönlichkeitsstörungen nahmen relativ selten Psychopharmaka (11,76 %), Patienten mit Essstörungen und Psychosomatosen gar nicht (vgl. Tab. 17).

Diagnose	Medikation	Gesamt	%
Affektive Störungen	24	76	31,58
Angststörungen	7	20	35,00
Anpassungsstörungen	7	26	26,92
Somatoforme Störungen	7	22	31,82
Essstörungen	0	3	0
Psychosomatosen	0	3	0
Persönlichkeitsstörungen	2	17	11,76
Sonstige	1	5	20,00

Tabelle 17: psychopharmakologische Medikation bei verschiedenen Diagnosen (n=48)

3.2.5.3 Diagnose und Indikation

Betrachtet man die Diagnosen bezüglich der Indikationen, so fällt folgendes auf:

Bei Patienten mit affektiven Störungen war die Psychoanalyse mit 36,84 % (28 von 76 Fällen) die häufigste Therapieform. Am zweithäufigsten war die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) mit 34,21 % (26 von 76 Fällen) (vgl. Tab. 18a).

<u>Affektive Störungen</u>		
Indikation	n	%
Psychoanalyse	28	36,84
TP	26	34,21
Verhaltenstherapie	4	5,26
Gruppentherapie	1	1,32
Paartherapie	3	3,95
stationär, Psychosomatik	6	7,89
stationär, Psychiatrie	0	0
Psychiatrie, ambulant	3	3,95
Fortführen der Therapie	3	3,95

sonstiges	1	1,32
keine Therapie	1	1,32
gesamt	76	100

Tabelle 18a: Indikationen bei affektiven Störungen (n=76)

Mit 35,00 % (7 von 20 Fällen) war die TP die häufigste Indikation bei Angststörungen, eine psychoanalytisch Therapie wurde hier 25,00 % (5 von 20 Fällen) der Patienten an-geraten. 15 % (3 von 20 Fällen) wurde eine stationäre Therapie in einer psychosomati-schen Klinik empfohlen, 10 % (2 von 20 Fällen) eine Verhaltenstherapie (vgl. Tab. 18b).

<u>Angststörungen</u>		
Indikation	n	%
Psychoanalyse	5	25,00
TP	7	35,00
Verhaltenstherapie	2	10,00
Gruppentherapie	2	10,00
Paartherapie	0	0
stationär, Psychosomatik	3	15,00
stationär, Psychiatrie	0	0
Psychiatrie, ambulant	0	0
Fortführen der Therapie	1	5,00
sonstiges	0	0
keine Therapie	0	0
gesamt	20	100

Tabelle 18b: Indikationen bei Angststörungen (n=20)

Bei den Anpassungsstörungen wurde mit 46,15 % am häufigsten zu einer TP geraten (12 von 26 Fällen). Zu einer Psychoanalyse riet man 19,23 % (5 von 26 Fällen) der Pa-tienten (vgl. Tab. 18c).

<u>Anpassungsstörungen</u>		
----------------------------	--	--

Indikation	n	%
Psychoanalyse	5	19,23
TP	12	46,15
Verhaltenstherapie	2	7,69
Gruppentherapie	0	0
Paartherapie	1	3,85
stationär, Psychosomatik	1	3,85
stationär, Psychiatrie	0	0
Psychiatrie, ambulant	0	0
Fortführen der Therapie	0	0
sonstiges	5	19,23
keine Therapie	0	0
gesamt	26	100

Tabelle 18c: Indikationen bei Anpassungsstörungen (n=26)

Auch bei den somatoformen Störungen war die TP mit 50,00 % (11 von 22 Fällen) die häufigste Indikation. Zu einer Psychoanalyse wurde hier nur 22,73 % (5 von 22 Fällen) der Patienten geraten (vgl. Tab. 18d).

<u>Somatoforme Störungen</u>		
Indikation	n	%
Psychoanalyse	5	22,73
TP	11	50,00
Verhaltenstherapie	1	4,55
Gruppentherapie	0	0
Paartherapie	0	0
stationär, Psychosomatik	1	4,55
stationär, Psychiatrie	0	0
Psychiatrie, ambulant	1	4,55
Fortführen der Therapie	3	13,64
sonstiges	0	0

keine Therapie	0	0
gesamt	22	100

Tabelle 18d: Indikationen bei somatoformen Störungen (n=22)

Bei Essstörungen und Psychosomatosen war die TP mit jeweils 66,67 % (jeweils 2 von 3 Fällen) die Therapieform der Wahl. Eine Psychoanalyse wurde den Patienten hier nicht empfohlen) (vgl. Tab. 18e und 18f).

<u>Essstörungen</u>		
Indikation	n	%
Psychoanalyse	0	0
TP	2	66,67
Verhaltenstherapie	0	0
Gruppentherapie	0	0
Paartherapie	0	0
stationär, Psychosomatik	0	0
stationär, Psychiatrie	0	0
Psychiatrie, ambulant	0	0
Fortführen der Therapie	0	0
sonstiges	0	0
keine Therapie	1	33,33
gesamt	3	100

Tabelle 18e: Indikationen bei Essstörungen (n=3)

<u>Psychosomatosen</u>		
Indikation	n	%
Psychoanalyse	0	0
TP	2	66,67
Verhaltenstherapie	0	0
Gruppentherapie	1	33,33

Paartherapie	0	0
stationär, Psychosomatik	0	0
stationär, Psychiatrie	0	0
Psychiatrie, ambulant	0	0
Fortführen der Therapie	0	0
sonstiges	0	0
keine Therapie	0	0
gesamt	3	100

Tabelle 18f: Indikationen bei Psychosomatosen (n=3)

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wurde mit jeweils 29,41 % (jeweils 5 von 17 Fällen) zu einer Psychoanalyse, bzw. zu einer TP geraten und jeweils 11,76 % (2 von 17 Fällen) wurde eine stationäre Therapie im Rahmen der Psychosomatik, bzw. eine ambulante psychiatrische Behandlung empfohlen (vgl. Tab. 18g).

<u>Persönlichkeitsstörungen</u>		
Indikation	n	%
Psychoanalyse	5	29,41
TP	5	29,41
Verhaltenstherapie	0	0
Gruppentherapie	0	0
Paartherapie	0	0
stationär, Psychosomatik	2	11,76
stationär, Psychiatrie	1	5,88
Psychiatrie, ambulant	2	11,76
Fortführen der Therapie	0	0
sonstiges	1	5,88
keine Therapie	1	5,88
gesamt	17	100

Tabelle 18 g: Indikationen bei Persönlichkeitsstörungen (n=17)

3.2.6 Strukturniveau

Das Strukturniveau der 172 Patienten lag überwiegend im mittleren Bereich (67,44 %; n=116). Bei 21,51 % der Patienten (n=37) fand sich ein niederes, bei 11,05 % (n=19) ein höheres strukturelles Niveau.

3.2.6.1 Strukturniveau und Grundkonflikte

Bei den 37 Patienten mit einem niederen Strukturniveau wurde lediglich dreimal ein Grundkonflikt diagnostiziert. Es waren dies je einmal (n=1) ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt, ein narzisstischer Konflikt und ein nicht eindeutig bestimmbarer Konflikt. Bei 35 der 37 Patienten mit einem niederen Strukturniveau lag keine neurotische Konfliktpathologie vor (bei vorrangiger Entwicklungspathologie, posttraumatischer oder reaktiver Störung).

Bei den 116 Patienten mit einem mittleren Strukturniveau zeigte sich 117mal ein Grundkonflikt mit einem der Grundgesamtheit ähnlichen Verteilungsmuster. Mit 50,43 % (n=59) war der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt mit Abstand der häufigste Konflikt. Es folgten mit 17,95 % (n=21) der Versorgungs-Autarkie-Konflikt, mit 15,38 % (n=18) der narzisstische Konflikt, mit 5,13 % (n=6) der ödipale Konflikt, mit je 4,27 % (n=5) der Unterwerfungskontroll-Konflikt und ein nicht eindeutig bestimmbarer Konflikt, mit 1,71 % (n=2) der Identitätskonflikt und mit 0,85 % (n=1) der Schuldkonflikt (siehe Abb. 18). Bei 5 der 116 Patienten mit einem mittleren Strukturniveau lag keine neurotische Konfliktpathologie vor (bei vorrangiger Entwicklungspathologie, posttraumatischer oder reaktiver Störung).

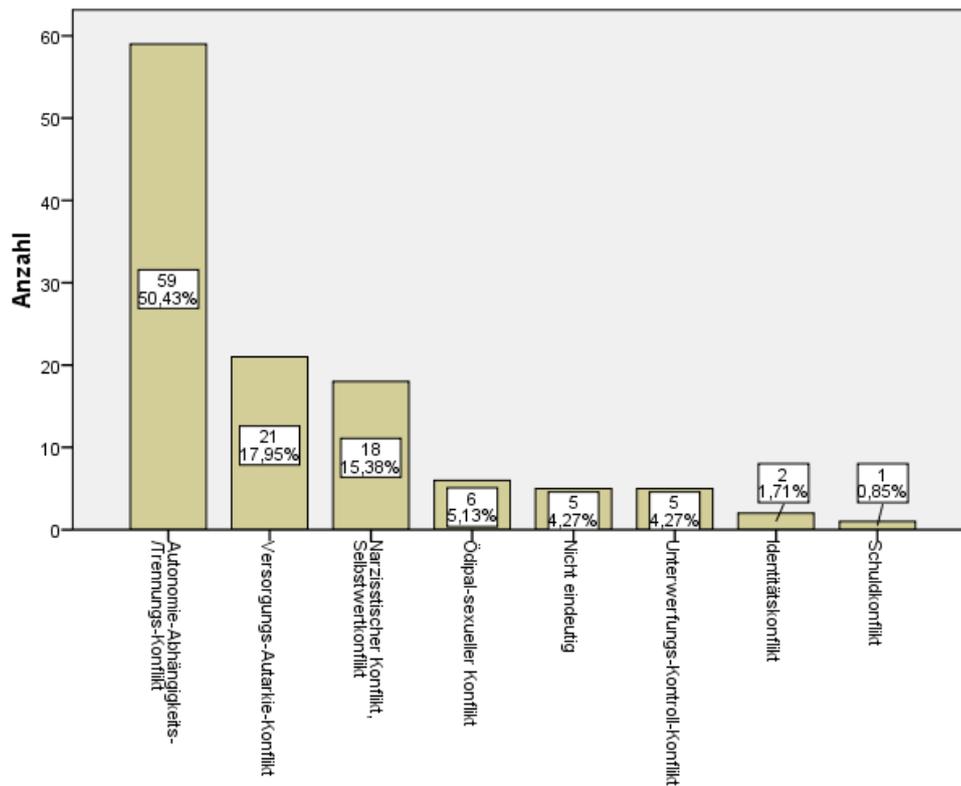


Abbildung 18: Grundkonflikte bei Patienten mit mittlerem Strukturniveau (n=117)

Bei den 19 Patienten mit einem höheren strukturellen Entwicklungsniveau kamen 20 Grundkonflikte vor. Hier waren der ödipale Konflikt und der Versorgungs-Autarkie-Konflikt mit je 25,00 % (n=5) am häufigsten. Ein Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt lag zu 20,00 % (n=4) vor. Ein Unterwerfungs-Kontroll-Konflikt kam zu 10,00 % (n=2), ein Schuldkonflikt zu 5,00 % (n=1) vor (siehe Abb. 19).

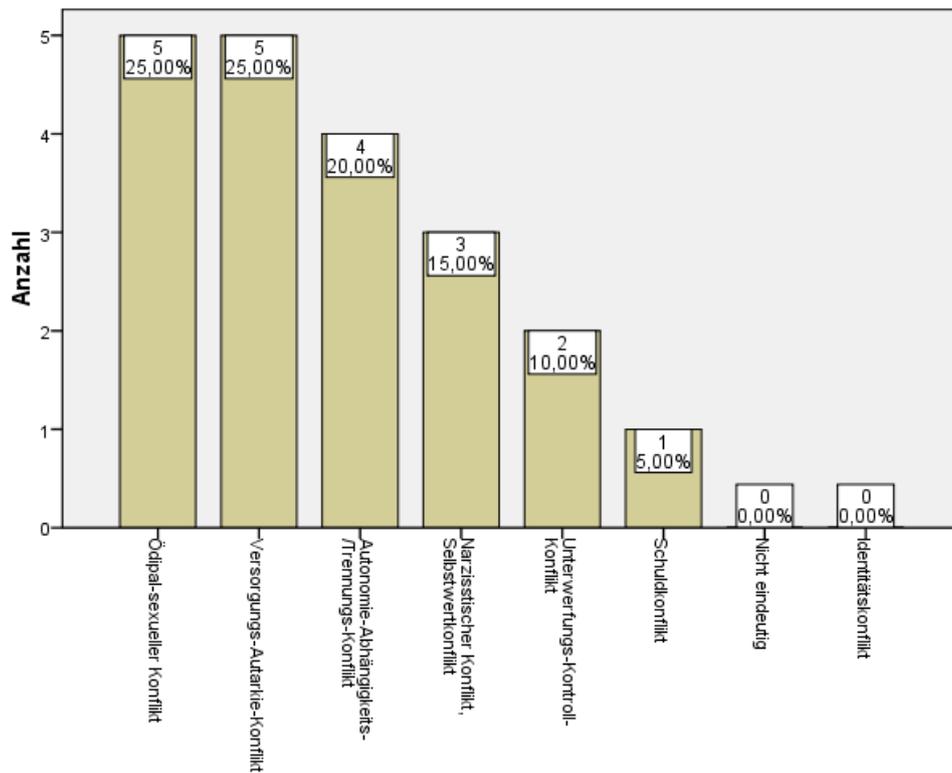


Abbildung 19: Grundkonflikte bei Patienten mit höherem Strukturniveau (n=20)

3.2.6.2 Strukturniveau und Indikation

Den 37 Patienten mit einem niederen Strukturniveau wurde mit 21,62 % (n=8) relativ selten eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) empfohlen. Es folgten mit je 18,92 % (n=7) Psychoanalyse und stationäre Psychotherapie in der Psychosomatik, mit 10,81 % (n=4) Verhaltenstherapie, mit je 8,11 % (n=3) sonstiges, bzw. keine Therapie, mit 5,41 % (n=2) ambulante psychiatrische Behandlung und mit je 2,70 % (n=1) stationäre Psychotherapie in der Psychiatrie, Gruppentherapie und Fortführen der bisherigen Therapie (vgl. Abb. 20).

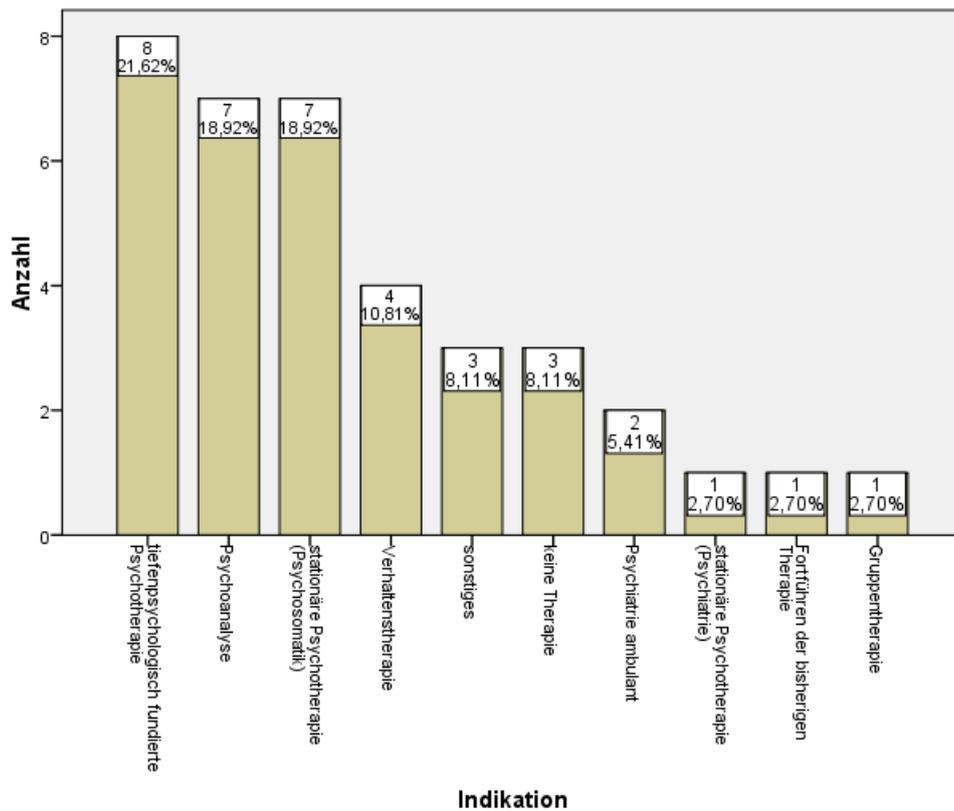


Abbildung 20: Indikationen bei Patienten mit niedrigerem Strukturniveau (n=37)

Bei den 116 Patienten mit einem mittleren Strukturniveau war TP mit 43,10 % (n=50) die häufigste Indikation. Psychoanalyse wurde 28,45 % der Patienten (n=33) empfohlen. Das Fortführen der Therapie wurde 5,17 % der Patienten angeraten. Es folgten mit je 4,31 % (n=5) stationäre Therapie in der Psychosomatik und sonstiges, mit je 3,45 % (n=4) Verhaltenstherapie, Paartherapie und ambulante psychiatrische Behandlung, mit 2,59 % (n=3) Gruppentherapie und mit 1,72 % (n=2) keine Therapie (vgl. Abb. 21).

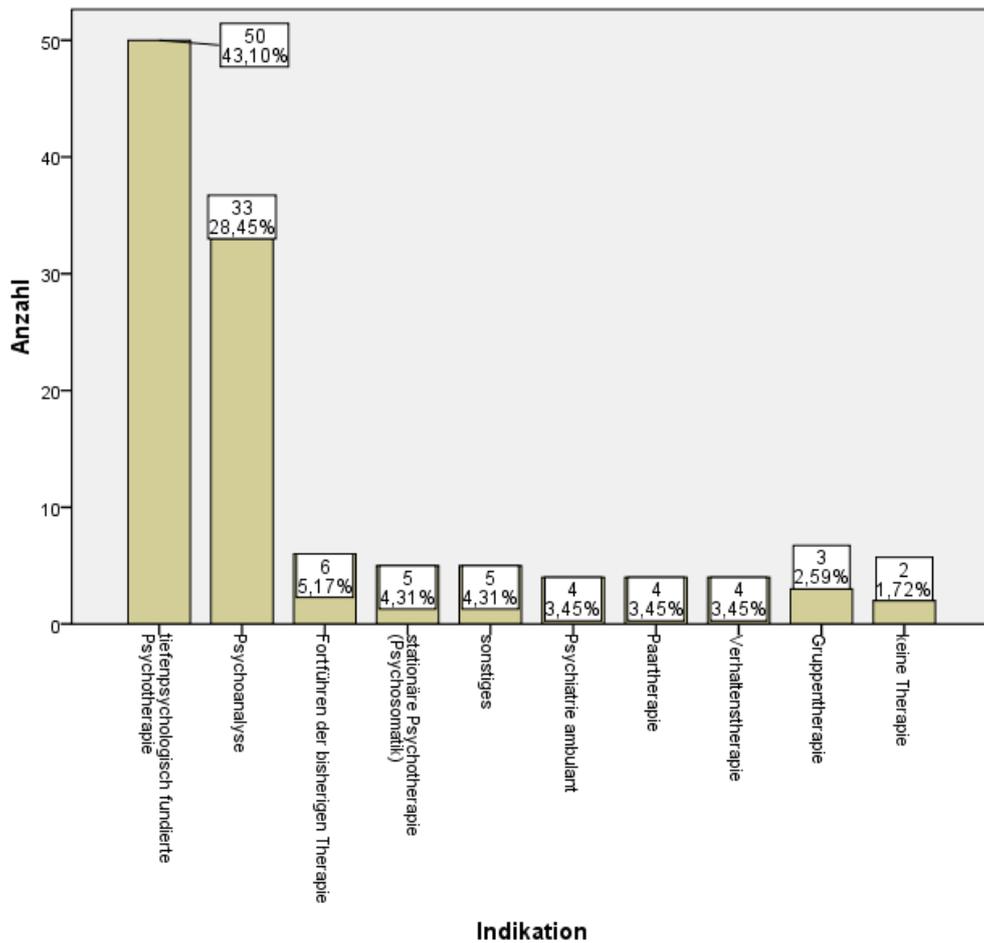


Abbildung 21: Indikationen bei Patienten mit mittlerem Strukturniveau (n=116)

Anders sieht die Verteilung der Indikationen bei den 19 Patienten mit einem höheren Strukturniveau aus. Hier sind Psychoanalyse und TP mit jeweils 42,11 % (n=8) die häufigsten therapeutischen Empfehlungen. Verhaltenstherapie, stationäre Therapie in der Psychosomatik und sonstiges wurde jeweils 5,26 % der Patienten (n=1) geraten (vgl. Abb. 22).

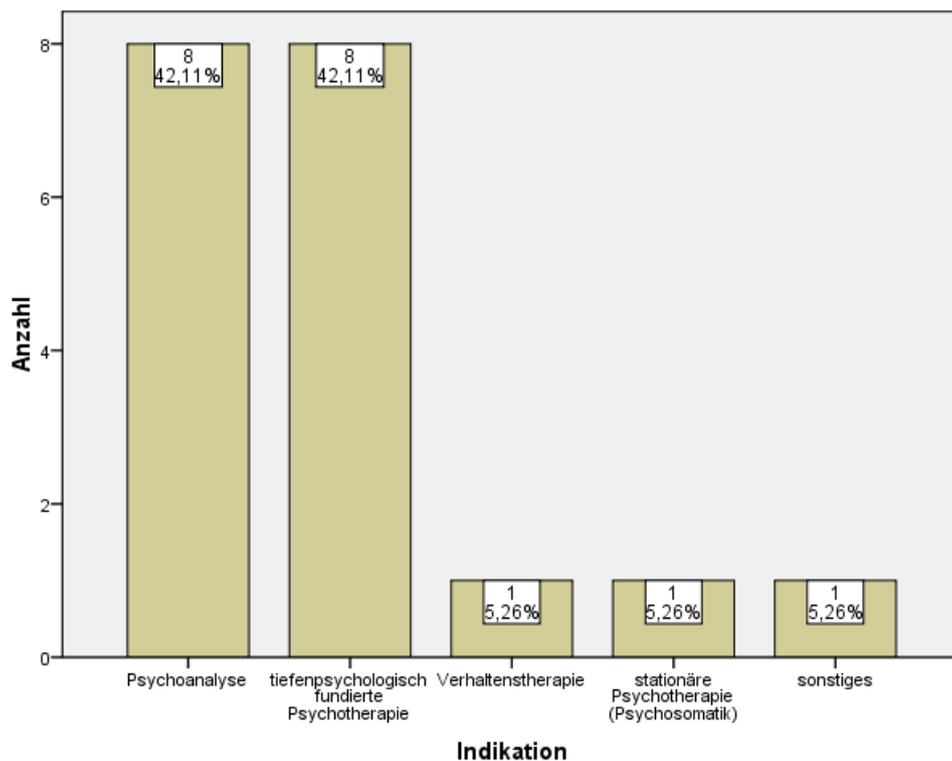


Abbildung 22: Indikationen bei Patienten mit höherem Strukturniveau (n=19)

Beim Vergleich der strukturellen Niveaus bezüglich der verschiedenen Indikationen wird ersichtlich, dass Patienten mit einem niederen Strukturniveau seltener zu TP und Psychoanalyse geraten wurde, dafür häufiger zu einer Verhaltenstherapie oder zu einer stationären Therapie oder zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Bei den Patienten mit einem mittleren strukturellen Niveau fand sich ein ähnliches Verteilungsmuster wie bei der Grundgesamtheit (TP war die häufigste Therapieempfehlung). Patienten mit einem höheren strukturellen Niveau wurde oft zur Psychoanalyse geraten.

3.3 Evaluation

Es wurden im Durchschnitt 19 Monate (Spannweite 3 – 33 Monate) nach der Beratung an der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München 145 Patienten angeschrieben, wobei 104 Frauen (71,72 %) und 41 Männer (28,28%) waren. Das Durchschnittsalter lag bei 38,14 Jahren, das Altersmaximum betrug 76 Jahre, das Minimum 18 Jahre. Von diesen 145 Patienten waren 19 unbekannt verzogen, somit verblieben 126 Patienten, die den Fragebogen erhielten. Von

diesen Patienten reagierten 85 nicht auf das Anschreiben, 41 sendeten den Bogen zurück. Somit betrug der Fragenbogenrücklauf 32,54 %.

Aus Gründen der Anonymität wurden die Antwortbögen nicht codiert, bzw. waren auf den Antwortbögen die Namen der Patienten nicht vermerkt. Insofern konnten keinerlei Rückschlüsse bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnosen, usw. gezogen werden.

Der Fragebogen enthielt sechs geschlossene Fragen; darüber hinaus bestand die Möglichkeit eigene Anregungen und Kritik mitzuteilen. Im Folgenden soll auf diese Fragen näher eingegangen werden.

3.3.1 Zugangsmodus

Die erste Frage zielte darauf ab, wie die Patienten auf die Ambulanz aufmerksam wurden. Es stellte sich heraus, dass die meisten Patienten, nämlich 43,90 % (n=18) die Ambulanz aufsuchten, da ihnen dies von ihrem Hausarzt/Facharzt angeraten wurde, bzw. sie von einem Arzt überwiesen wurden. 24,39 % (n=10) der Patienten kamen aufgrund einer Empfehlung von Bekannten oder Freunden, ebenfalls 24,39 % (n=10) sind durch das Internet auf die Ambulanz aufmerksam geworden. 7,32 % (n=3) fielen unter die Kategorie Sonstiges, wobei zwei Patienten Eigeninitiative angaben und einer anfügte, schon einmal in dieser Ambulanz gewesen zu sein (vgl. Abb. 23).

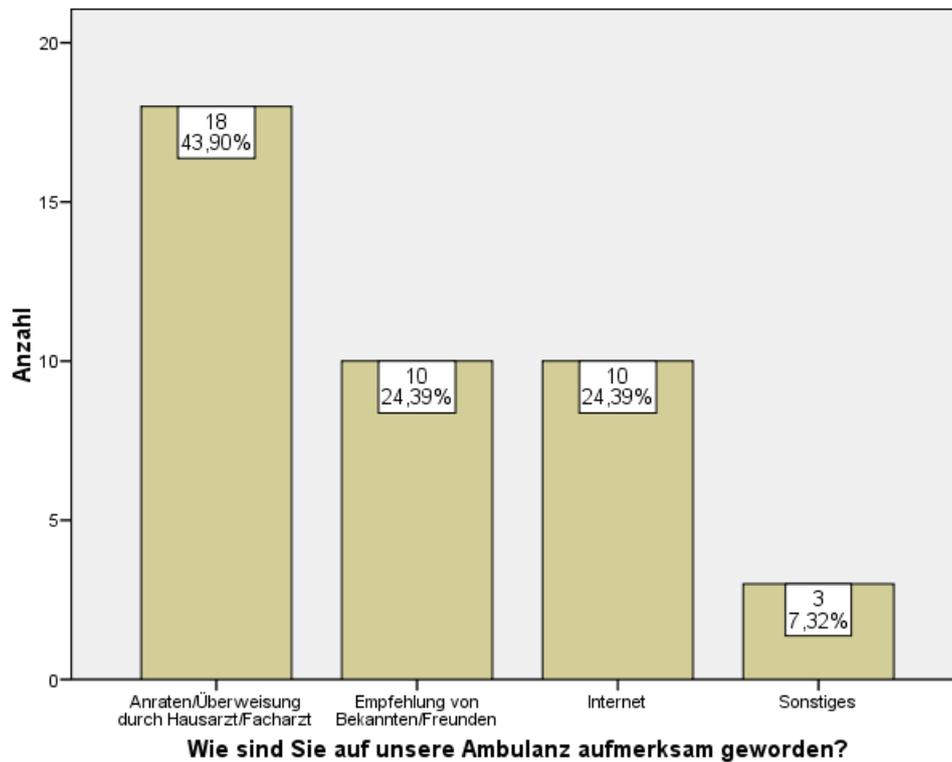


Abbildung 23: Zugangsmodus an die Ambulanz (n=41)

3.3.2 Therapiebeginn – Therapieverlauf

Des Weiteren wurden die Patienten gefragt, ob sie mittlerweile eine Psychotherapie begonnen haben (Frage 2), diese bereits abgeschlossen (Frage 3), oder vorzeitig beendet haben (Frage 4). Von den 41 antwortenden Personen gaben 32 an, eine Psychotherapie begonnen zu haben (78,05 %), 9 Personen (21,95 %) hatten bislang noch keine Therapie begonnen (vgl. Abb. 24).

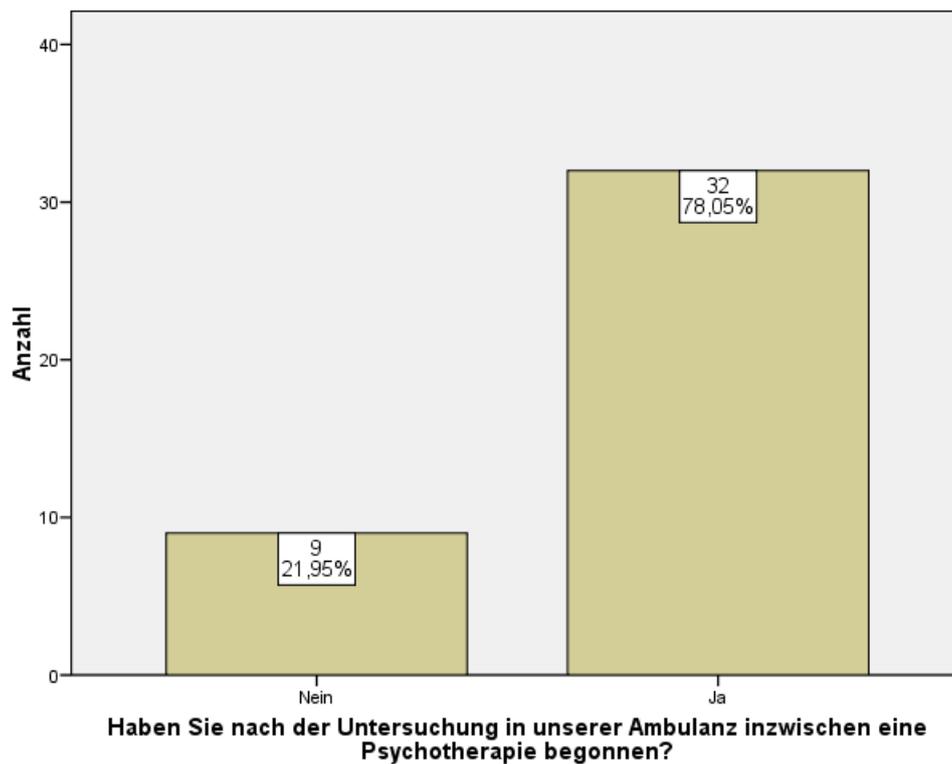


Abbildung 24: Therapiebeginn (n=41)

Von den 32 Patienten, die eine Therapie begonnen haben, befinden sich derzeit 20 in Therapie (62,50 %). 25,00 % (n=8) haben die Therapie bereits abgeschlossen, 12,50 % (n=4) haben ihre Behandlung vorzeitig abgebrochen.

3.3.3 Nutzen der vorgeschlagenen Adressen von Psychotherapeuten

Die fünfte Frage zielte darauf ab, ob die Adressen von Psychotherapeuten, die den Patienten vorgeschlagen wurden, für diese hilfreich waren. Die knappe Mehrheit der Patienten, 53,66 % (n=22) schätzte die Adressen als hilfreich ein, 46,34 % (n=19) sahen in dieser Hilfe keinen Nutzen (vgl. Abb. 25).

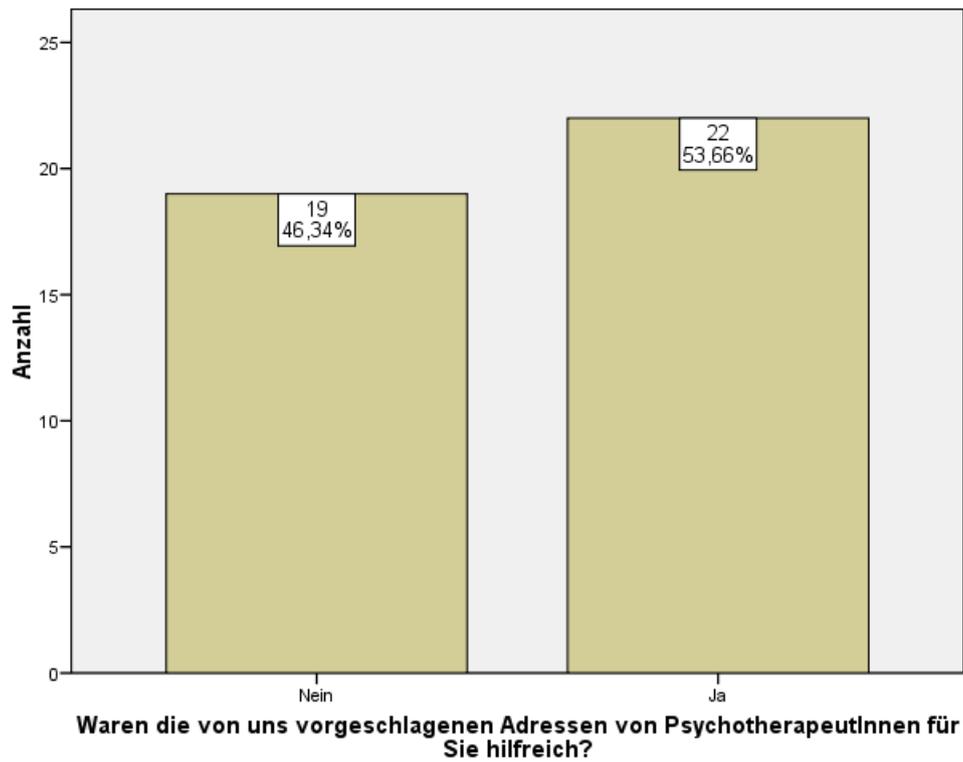


Abbildung 25: Hilfe durch Adressen von Psychotherapeuten (n=41)

3.3.4 Die Zufriedenheit der Patienten

Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Beratung an der Ambulanz (Frage 6) ergab sich ein sehr positives Ergebnis: 58,54 % waren sehr zufrieden, 31,71 waren zufrieden. Somit waren über 90 % der Patienten mindestens zufrieden mit der Beratung an der Ambulanz. Lediglich 9,76 % der Patienten äußerten sich unzufrieden (vgl. Abb. 26).

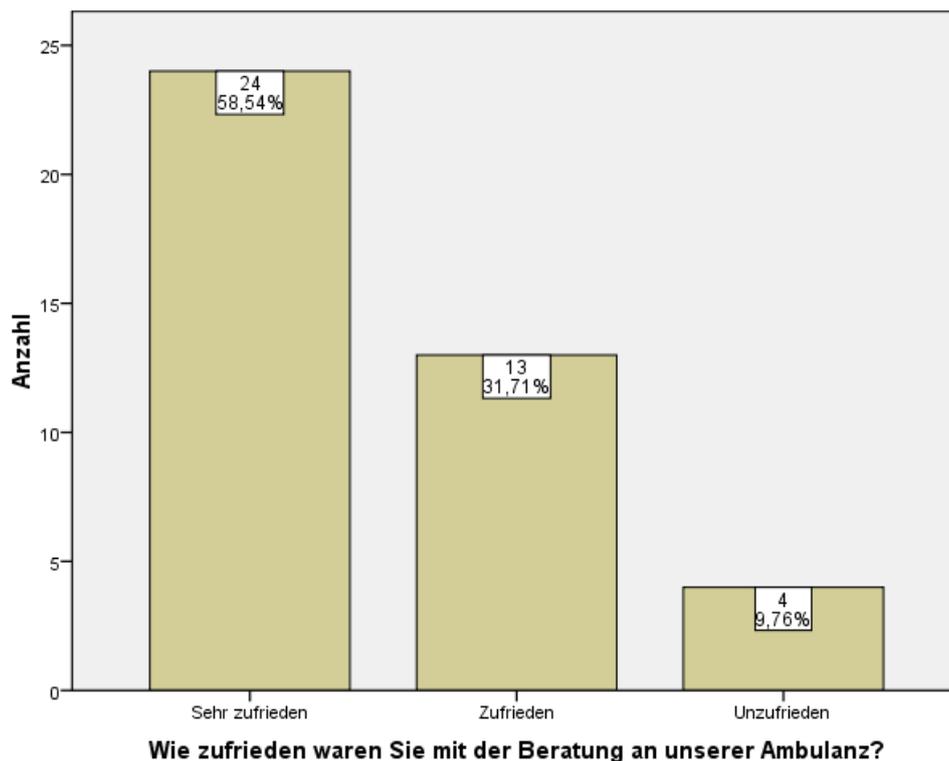


Abbildung 26: Zufriedenheit mit der Beratung an der Ambulanz (n=41)

3.3.5 Anregungen und Kritik

26 der 41 Patienten (63,41 %) nutzten die Möglichkeit, eigene Anregungen und Kritik mitzuteilen. Sechsmal betonten Patienten Dankbarkeit oder Lob der Ambulanz gegenüber, fünf Patienten beklagten zu lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, zwei Patienten beklagten mangelnde Empathie seitens des Therapeuten, bzw. konnten kein Vertrauen zum Therapeuten der Abulanz aufbauen. Zweimal wurde behauptet, die Liste der angeratenen Therapeuten sei nicht aktuell, zwei Patienten sagten, sie wären lieber bei dem Therapeuten der Ambulanz geblieben, da dieser Therapeut „besser“ war als der niedergelassene Therapeut. Ein Patient berichtete über eine spontane Besserung und habe deswegen keine Therapie mehr nötig gehabt, ein weiterer beklagte, dass die niedergelassenen Therapeuten schwer zu erreichen seien, ein Patient war mit der angeratenen Therapieform nicht zufrieden und einer gab an, zu wenig Information in der Ambulanz erhalten zu haben. Ein Patient äußerte sich positiv, sehr schnell einen Termin an der Ambulanz bekommen zu haben, ein anderer kritisierte die langen Wartezeiten.

4 Diskussion

4.1 Methoden

Diese Arbeit bezieht sich auf zwei unabhängig voneinander durchgeführte Studien. Zum einen wurden die Daten von 172 Patienten der Ambulanz rückwirkend durch Aktenanalyse gewonnen; es handelte sich somit um eine rein retrospektive Studie. Zum anderen wurde ein Fragebogen erstellt und 145 Patienten angeschrieben, die man durchschnittlich 19 Monate zuvor in der Ambulanz behandelt hatte.

Durch das vorliegende Studiendesign war es nicht möglich, manche nachträgliche Fragestellungen zu untersuchen. Beispielsweise war der Zuweisungsprozess nicht mehr eindeutig zu ermitteln, da der Arzt, der die Überweisung ausstellte, oft nicht identisch war mit dem eigentlichen Initiator der Zuweisung. Um diese Information zu erhalten, hätte man im Erstgespräch explizit danach fragen müssen (Doering 2008).

Ein weiterer methodischer Kritikpunkt betrifft die Diagnosebögen. 21 der ursprünglich 193 Patienten mussten ausgeschlossen werden, da deren Diagnosebögen nur unvollständig oder gar nicht ausgefüllt waren. Dies könnte daran liegen, dass mit diesen Patienten überwiegend nur ein Gespräch stattfand, da sie den zweiten Termin entweder absagten oder nicht mehr erschienen.

Eine Unsicherheit seitens der Therapeuten beim Ausfüllen der Diagnosebögen gab es bei der Diagnose von Psychosomatosen. Hier herrschte Unklarheit bezüglich der ICD-10-Nummer (F54 oder die Ziffer der körperlichen Störung) und somit uneinheitliche Angaben im Diagnosebogen. Folglich erschienen Psychosomatosen entweder bei den F-Diagnosen (Haupt-, Zweit- und Drittdiagnosen) oder bei den somatischen Diagnosen oder bei beiden. Ermann (2007) empfiehlt, die ICD-10-Nummer zusätzlich mit der Nummer F54 zu versehen, wenn sich ein diagnostisch und therapeutisch relevanter psychogener Anteil feststellen lässt.

Weiterhin ist die geringe Rücklaufquote der Evaluationsbögen kritisch zu betrachten. Sie liegt mit 32,54 % deutlich unter denen anderer Studien (z.B. 60 % bei Göllner 1983, 71,3 % bei Cube 1983, 66 % bei Brähler 1986, 42,5 % bei Strauß 1991, 65,1 % bei Rumpold 2004). Obwohl der Fragebogen nur sechs Fragen enthielt und im Begleitbrief ausdrücklich auf Anonymität verwiesen wurde, antworteten lediglich 41 der 126 ange-

schriebenen Patienten. Dies könnte daran liegen, dass in den anderen Studien der Kontakt mit den entsprechenden Einrichtungen durchschnittlich doch intensiver war (im vorliegenden Fall fanden im Durchschnitt 2,06 Gespräche statt). Es ist auch möglich, dass zu viel Zeit seit dem Kontakt mit der Ambulanz vergangen war (hier waren es durchschnittlich 19 Monate), obwohl in anderen Studien von einer ähnlichen Latenz berichtet wird (14 bis 26 Monate bei Cube 1983, zwei Jahre bei Rumpold 2004). Vielleicht hätte ein Erinnerungsschreiben an die Patienten die Rücksendequote erhöhen können, so wie dies bei Cube (1983) geschehen war. Eventuell wäre es sinnvoll gewesen, die Patienten vorher telefonisch zu informieren, doch wurde aus Gründen der Anonymität bewusst darauf verzichtet.

Überdies ist die Anzahl der Patienten, die in die Stichprobe beider Studien aufgenommen worden sind, kritisch zu betrachten, vor allem, da bei der Untersuchung hinsichtlich bestimmter Fragestellungen und mancher Gruppenvergleiche teilweise eine sehr geringe Zellbesetzung von nur wenigen Probanden bestand, so dass die Aussagekraft mancher Ergebnisse gelegentlich begrenzt ist.

4.2 Soziodemografische Daten

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Patienten Klientel entspricht hinsichtlich des durchschnittlichen Alters (38,52 Jahre) weitgehend Angaben in der Literatur. Dies gilt beispielsweise für andere psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen von Universitäts-Kliniken, wie die Ambulanz der Poliklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar (Huber 2000, 2002) oder die Ambulanz der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck (Rumpold 2004). Bei Heuft (2005) liegt der durchschnittliche Altersmittelwert einer Stichprobe der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster mit 44,7 Jahren am höchsten, was sich unter anderem aus der Tatsache erklären ließe, dass hier vermehrt Patienten mit somatoformen Störungen behandelt wurden (somatoforme Störungen weisen eine zweigipflige Altersverteilung auf: Der erste Gipfel liegt zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, der zweite zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr (Morschitzky 2007)). Lediglich das Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg berichtet mit 34,0 Jahren über niedrigere Werte (Faller 1998), was bedingt sein könnte durch die Unterrepräsentati-

on von Konsiliar- und Liaisondienst-Patienten, die durchschnittlich älter sind als Patienten der Ambulanz (Schäfer 2008).

Beim Vergleich der Altersverteilung des vorliegenden Patientengutes (es überwog mit 31,40 % die Gruppe der 26- bis 35-Jährigen) mit Angaben in der Literatur muss man kritisch erwähnen, dass die genaue Altersverteilung in einigen Studien nicht explizit aufgeschlüsselt wurde oder andere Einteilungen der Altersgruppen verwendet worden waren, so dass dahingehende Vergleiche kaum möglich sind. Beispielsweise sind bei Cube (1983) in einer Studie der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München die 20- bis 30-Jährigen mit 43,0 % stark überrepräsentiert, auf die Gruppe der 20- bis 40-Jährigen fallen 80,0 %. In unseren Untersuchungen, 25 Jahre später an derselben Klinik, überwiegen ebenfalls mit 73,26 % die 18- bis 45-jährigen Patienten. Auch in der Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt am Main überwogen mit 60,0 % die Patienten unter 40 Jahren (Kerz-Rühling 2005). Im Gegensatz dazu waren bei Heuft (2005) 56,2 % der Patienten 40 Jahre und älter, was mit dem gehäuften Vorkommen von somatoformen Störungen zusammenhängen könnte (s.o.). Allein eine Studie der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz (Schäfer 2008) dient dem direkten Vergleich, da hier dieselben Altersklassen verwendet wurden. Es lag dort eine relativ homogene Altersverteilung in allen Klassen vor, wobei die Gruppe der 46- bis 55-Jährigen mit 28,5 % die größte Fraktion stellte (in unserer Studie 25,00 %).

Insgesamt waren also Altersdurchschnitt und Altersverteilung bei unseren Patienten vergleichbar mit den Ergebnissen vorangegangener Studien. Im Bezug auf die Geschlechter tritt bei der Altersverteilung eine Auffälligkeit zutage: Bei den Männern erkrankten am häufigsten die 26- bis 35-Jährigen (43,14 %), während bei den Frauen der Anteil der 36- bis 45-Jährigen (28,10 %) überwog. Dies könnte bedeuten, dass ein der gesellschaftlichen Rolle konformes Abwehrverhalten der Männer gegenüber der Wahrnehmung und Akzeptanz psychischer Erkrankungen langsam zusammenbricht und auch die Therapiebereitschaft bei jüngeren Männern steigt.

In der Literatur wird immer wieder die Tatsache beschrieben, dass Frauen häufiger psychisch erkranken, bzw. mehr therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Nathanson 1977, Gove 1987, Gebhard 1989, Rudolf 1989). Der Frauenanteil der vorliegenden Untersuchung lag bei 70,35 % und entspricht den Werten vergleichbarer Studien, in denen häufig eine Geschlechterverteilung von ein Drittel Männer zu zwei Drittel Frauen er-

wähnt werden. Die Daten relevanter Studien psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen von Universitätskliniken schwanken zwischen 61,0 % Frauenanteil bei Cube (1983) und 67,8 % bei Huber (2000). Auch die Ambulanzen psychotherapeutischer Ausbildungsinstitute liegen annähernd in diesem Bereich (69 % bei Kerz-Rühling 2005). Lediglich bei Rumpold (2004) findet sich ein höherer Prozentsatz (75,7 %), was mit dem in dieser Studie gehäuften Vorkommen von Essstörungen (16,4 %) zusammenhängen könnte, die vorwiegend bei jungen Mädchen und Frauen vorkommen (Rudolf 2000, Ermann 2007).

Beim Vergleich verschiedener Studien hinsichtlich der Berufstätigkeit der Patienten stellt man fest, dass es je nach Autor verschiedene Einteilungen gibt und folglich die Werte stark divergieren. Die Patienten unserer Stichprobe waren zu 73,78 % berufstätig, bzw. in Ausbildung. Ähnliche Werte finden sich bei Faller (1998) mit 72,0 %, oder Huber (2002) mit 67,0 %, wobei hier zu beachten ist, dass 22 % der Patienten in die Kategorie „sonstige“ fielen und somit eine nicht unbeträchtliche Dunkelziffer besteht. Bei Schäfer (2008) waren lediglich 58,2 % berufstätig oder in Ausbildung; hier wurde noch unterschieden zwischen Angestellten, Selbstständigen, Arbeitern, Auszubildenden und Beamten, wobei die Daten von letzteren nicht eindeutig erfasst werden konnten und es somit eventuell zu falsch niedrigen Werten kam (ebd.). Noch niedrigere Werte fanden sich bei Heuft (2005) mit nur 52,4 % Berufstätigen, bzw. Auszubildenden. Ursache hierfür könnte das häufigere Auftreten von „schweren“ Erkrankungen wie Schizophrenien (3,3 %) und Persönlichkeitsstörungen (28,7 %) sein.

Eine weitere Auffälligkeit beim Literaturvergleich ist die beinahe gänzlich fehlende Berücksichtigung ausländischer Patienten. Entweder wurde diese Patientengruppe bei der Auswertung nicht gesondert erfasst oder es gab in bisherigen Studien fast nur rein deutsche Stichproben. Die einzige Ausnahme ist die Studie von Schäfer (2008), bei der ein Ausländeranteil von lediglich 7,6 % ausgewiesen wird. Der Anteil an ausländischen Patienten in der vorliegenden Studie beträgt immerhin 22,67 % und weist einige Besonderheiten auf, die weiter unten diskutiert werden sollen.

4.3 Krankheitsbezogene Merkmale

Bei 83,72 % der Patienten unserer Stichprobe konnte ein genauer Krankheitsbeginn datiert werden. Er entsprach mit durchschnittlich circa 6 Jahren (71,44 Monate) in etwa

den Werten vorangegangener Studien (6,6 Jahre bei Huber 2000, 5,5 Jahre bei Huber 2002). Erwähnenswert ist die Tatsache, dass bei Männern der Krankheitsbeginn weiter zurücklag als bei Frauen (vgl. Tab.4), diese also einen längeren Krankheitsverlauf aufwiesen. Im Literaturvergleich zeigt sich, dass Frauen sich eher an professionelle Helfer wenden und meist freiwillig in psychotherapeutische Behandlung kommen, während Männer hingegen Hilfe erst dann suchen, wenn ihnen die Umstände keine Alternative lassen (Horwitz 1977, Rudolf 1989). Nur 40,12 % unserer Patienten konnten sich erinnern, wann bei ihnen erstmalig psychogene Beschwerden auftraten. Im Durchschnitt lagen diese fast 17 Jahre zurück (201,86 Monate). Auch hier zeigte sich, dass das erste Auftreten von psychischen Symptomen sich bei den männlichen Patienten früher zeigte als bei den weiblichen (vgl. Tab.5). In Anbetracht der geringen Fallzahl und in Ermangelung eines Literaturvergleichs ist diese Aussage jedoch kritisch zu betrachten.

Im Vergleich verschiedener Studien hinsichtlich der Diagnosen zeigt sich die Schwierigkeit einer teilweise stark voneinander abweichenden Klassifikation. Daher wurde versucht, die Diagnosen der anderen Studien – so weit wie möglich – auf eine Weise zusammenzufassen, dass zumindest ein partieller Vergleich mit den Hauptdiagnosen dieser Untersuchung gelingt. Ein Vergleich und eine klare Aussage sind weiterhin auch dadurch teilweise erschwert, dass in manchen Untersuchungen zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden wurde, in anderen aber sämtliche Diagnosen ohne weitere Abstufung erfasst worden sind. Im Studienvergleich zeigen sich Gemeinsamkeiten, jedoch auch gravierende Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der behandelten Störungen. Eine Gemeinsamkeit vieler Untersuchungen ist, dass die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose eine *affektive Störung* war, wobei anzumerken ist, dass affektive Störungen in der vorliegenden Studie (44,19 %) sehr viel häufiger diagnostiziert wurden als in allen vorangegangenen Studien. Ähnliche Werte finden sich in Studien anderer Universitätskliniken, beispielsweise mit 34,0 % bei Faller (1998), oder mit 29,0 % bei Huber (2002). Bei Rumpold (2004) waren affektive Störungen zwar noch die häufigste Diagnose, es waren aber nur noch 19,3 % der Patienten betroffen. In der Studie von Schäfer (2008) waren affektive und somatoforme Störungen in etwa gleich verteilt. Lediglich bei Heuft (2005) überwogen die somatoformen Störungen, die affektiven Störungen machten hier nur 11,8 % aller Diagnosen aus. Es ist in diesem Fall aber zu beachten, dass bei 24,8 % der Patienten keine psychische Störung festgestellt wurde. Betrachtet man vergleichsweise die Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt,

so wird deutlich, dass hier affektive Störungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen überwiegen (24,7 % affektive Störungen und 28,7 % Persönlichkeitsstörungen, Kerz-Rühling 2005). Es stellt sich die Frage, warum beim untersuchten Patientengut so viel häufiger affektive Störungen diagnostiziert wurden als in den anderen Studien. Es wäre möglich, dass durch die Nähe zur psychiatrischen Ambulanz, die sich im selben Gebäude befindet, manche Erkrankungen, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen eher im Rahmen der Psychiatrie behandelt werden, während Patienten mit affektiven Störungen oder auch Anpassungsstörungen eher die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz aufsuchen.

Der Anteil der Patienten mit einer *Anpassungsstörung* lag in der Ambulanz bei 15,12 %. Vergleichbare Werte finden sich bei Schäfer 2008 mit 11,5 % und bei Huber 2002 mit 18,0 %. Die einzige Untersuchung, die sich diesbezüglich von den anderen unterscheidet, ist die Studie von Faller (1998), in der nur bei 8 % der Patienten eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden konnte. Hier ist zu berücksichtigen, dass in die Untersuchung Konsiliar- und Liaisondienst-Patienten, bei denen häufiger Anpassungsstörungen vorkommen (Schäfer 2008) nicht einbezogen worden waren.

Hinsichtlich der Hauptdiagnose *Angststörung* ergeben sich im Literaturvergleich Schwierigkeiten, da die Autoren hier unterschiedliche Einteilungen vornehmen. So berichten Huber (2002) und Faller (1998) von 9 %, bzw. 11 %, wobei in diesen Studien Zwangsstörungen nicht zu den Angststörungen gerechnet werden, sondern eine eigene Gruppe bilden. Auch bei Rumpold (2004) findet sich diese Klassifikation; 11,4 % wiesen eine Angsterkrankung auf. In der hier untersuchten Ambulanz waren es 11,63 % mit einer Angststörung, wobei Zwänge zu den Angststörungen gerechnet wurden. Schäfer (2008) verwendet die gleiche Einteilung und kommt auf 16,3 %. Auch bei der Diagnose *somatoformer Störungen* stößt man auf Schwierigkeiten bezüglich der Klassifikation. In der vorliegenden Studie wurden Konversionsstörungen (F44) und somatoforme Störungen (F45) als eine Gruppe betrachtet (somatoforme Störungen); die Häufigkeit betrug 12,79 % (es ist aber zu beachten, dass somatoforme Störungen mit 32,31 % die am häufigsten gestellte Zweitdiagnose war). Vergleichbare Ergebnisse findet man mit 11,4 % bei Rumpold (2004), wobei dieser zwischen somatoformen Störungen (10,0 %) und Konversionsstörungen (1,4 %) unterscheidet. Die gleiche Einteilung benutzt Faller (1998) und kommt auf 15 % somatoforme Störungen und 2 % Konversionsstörungen. Bei Huber (2002) taucht lediglich die Ziffer F45 (somatoforme Störungen) auf (11,0

%). Gleiches gilt für Schäfer (2008); hier waren somatoforme Störungen jedoch wesentlich häufiger (22,2 %), was mit der Tatsache zusammenhängen könnte, dass in dieser Studie nur Ambulanzpatienten und keine Konsiliar- und Liaisondienst-Patienten behandelt wurden, bei denen somatoforme Störungen seltener vorkommen (ebd.).

Auch bei den *Persönlichkeitsstörungen* ist zu berücksichtigen, dass diese meist nicht an erster Stelle diagnostiziert wurden und es somit zu „falsch niedrigen“ Werten kam. In der vorliegenden Studie waren Persönlichkeitsstörungen mit 9,88 % lediglich die fünfhäufigste Diagnose (bei den Zweitdiagnosen waren es 26,15 % und somit waren diesbezüglich nur somatoforme Störungen häufiger). Im Vergleich mit der Literatur zeigen sich in Studien anderer Universitätskliniken ähnliche Werte: 9,0 % bei Faller (1998), 10,9 % bei Huber (2000), 8,0 % bei Huber (2002) und 7,1 % bei Rumpold (2004). Bei Schäfer (2008) waren es lediglich 5,6 % (der niedrige Wert könnte bedingt sein durch die Häufigkeit der Zweit- und Drittdiagnosen in dieser Studie). In Ambulanzen psychotherapeutischer Ausbildungsinstitute scheinen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wesentlich häufiger vorzukommen, wie beispielsweise in der Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt am Main (28,7 %, Kerz-Rühling 2005).

Essstörungen waren mit 1,74 % bei den Patienten der vorliegenden Studie sehr selten. Beim Vergleich mit vorangegangenen Studien findet man nur bei Schäfer (2008) einen ähnlichen Wert (2,3 %). Andere Autoren berichten über einen größeren Anteil (6,0 % bei Faller 1998, 8,3 % bei Heuft 2005, 16,4 % bei Rumpold 2004). Warum waren Essstörungen an der hier beschriebenen Ambulanz so viel seltener? Die Tatsache, dass die Psychiatrische Klinik, in der sich auch die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz befindet, über eine Station für Patienten mit Essstörungen verfügt, mag dies erklären. Überdies existieren in Großstädten wie München häufig spezielle Institutionen, die sich auf die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen spezialisiert haben. Zudem zeigt die klinische Erfahrung, dass Patienten mit Essstörungen aufgrund der Ich-Syntonzität der Erkrankung selten aus eigener Initiative auf ambulante Angebote zurückgreifen.

Psychosomatosen kamen als Hauptdiagnose lediglich in 1,74 % der Fälle vor (wobei sie aber mit 33,33 % die häufigste aller Drittdiagnosen waren). Ein ähnlich geringer Anteil ist in den Studien neueren Datums festzustellen (z.B. 3,6 % bei Schäfer 2008), so dass festgehalten werden muss, dass die Störungsbilder, die ursprünglich das Fachgebiet Psychosomatische Medizin ausgezeichnet haben, mittlerweile nur noch äußerst selten in

Psychosomatischen Fachabteilungen zu finden sind. Ein Grund mag darin bestehen, dass die „klassischen Psychosomatosen“, wie beispielsweise Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa und Rheumatoide Arthritis, überwiegend internistisch behandelt werden und sich die Patienten daher selten zur Behandlung im psychotherapeutischen Bereich einfinden. Bezüglich der hier untersuchten Ambulanz ist anzumerken, dass die nahe gelegene Poliklinik ebenfalls über eine psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz verfügt und somit ein Teil der internistischen Patienten mit Psychosomatosen dort behandelt wird.

Hinsichtlich bestimmter Faktoren im Zusammenhang mit den gestellten Diagnosen lichtet sich die Zahl der Studien, die für Vergleichszwecke zur Verfügung stehen, da derartigen Fragestellungen bislang nur selten nachgegangen wurde. In der Stichprobe erkrankte ein höherer Anteil der weiblichen Patienten an somatoformen Störungen: 13,22 % Frauen verglichen mit 11,76 % Männer. Diese Datenlage überrascht nicht, insofern dies in der Literatur schon mehrfach beschrieben wurde (Ermann 2007, Morschitzky 2007). Hinsichtlich des Alters waren Patienten mit somatoformen Störungen im Durchschnitt am ältesten (43,77 Jahre). Morschitzky (2007) beschreibt bei somatoformen Störungen eine zweigipflige Altersverteilung: Der eine Gipfel liegt bei den 18- bis 25-Jährigen, der andere bei den 45- bis 55-Jährigen. Insofern die Gruppe der 18- bis 25-Jährigen in der vorliegenden Studie stärker vertreten war, wäre hier ein niedrigerer Altersdurchschnitt zu erwarten gewesen.

Ebenfalls ein höherer Frauenanteil war bei den Essstörungen festzustellen, die in diesem Patientenkontext ausschließlich bei weiblichen Patienten beobachtet wurden. Auch dies ist nicht überraschend, da es ganz den epidemiologischen Erwartungen einer weiblichen Geschlechtspräferenz bei Essstörungen entspricht: der Anteil betroffener Männer beträgt 5 bis 10 % (Möller 2001). Auch Anpassungsstörungen kamen bei den weiblichen Patienten (19,01 %) deutlich häufiger vor als bei den männlichen (5,88 %). Eine mögliche Erklärung wäre die Tatsache, dass bei Frauen eine höhere Vulnerabilität bezüglich belastender Ereignisse vorliegt; auch bei Traumatisierungen sind Frauen auf Grund der geringeren Resilienz mehr betroffen als Männer (Ermann, 2006).

Ein höherer Männeranteil lag bei den Persönlichkeitsstörungen vor: 13,73 % der Männer im Vergleich zu 8,26 % der Frauen. Von einem ähnlichen Verhältnis berichten Gove (1976) und Rudolf (1989).

Einige der anderen in der Literatur beschriebenen geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten konnten nicht bestätigt werden. Beispielsweise wurde in der Literatur mehrfach berichtet, dass affektive Störungen häufiger bei Frauen vorkommen (Eastwood 1981, Klinitz 1986, Gebhard 1989, Rudolf 1989). Die vorliegende Studie konnte dies nicht bestätigen; es lag hier ein ausgeglichenes Verhältnis der Geschlechter vor.

Angsterkrankungen kamen in dieser Studie häufiger bei männlichen Patienten vor (19,61 % Männer und 8,26 % Frauen). In der Literatur wird aber immer wieder von einem deutlich größeren Frauenanteil berichtet (Gove 1987, Rudolf 1989, Morschitzky 2004, Ermann 2007). Eine Ursache hierfür könnte sein, dass in dieser Studie die Zwangsstörungen zu den Angststörungen gerechnet wurden; Zwangsstörungen kommen bei beiden Geschlechtern in etwa gleich häufig vor (Ermann 2007). Es wäre aber auch möglich, dass eine der Gesellschaft entsprechende Haltung von Männern, Ängste zu unterdrücken, gerade bei jüngeren Männern, sich langsam auflöst.

Bei ausländischen Patienten wurden im Bezug auf die Hauptdiagnose weniger Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, stattdessen häufiger affektive Störungen (vgl. Tab.14 und 15). Die Unterschiede sind aber nicht gravierend. Einzig bei den Essstörungen (diese wurden bei Ausländern nicht diagnostiziert) unterscheiden sich die beiden Gruppen, wobei hier aber die geringe Fallzahl zu berücksichtigen ist.

Der Anteil von Patienten, bei denen auch eine *somatische Diagnose* gestellt wurde, lag in dieser Studie bei 21,51 % und damit etwas niedriger als beispielsweise bei Schäfer (2008). Hier hatten 37,4 % der Patienten zusätzlich eine somatische Diagnose. Ursächlich für diesen relativ niedrigen Wert könnte das geringere Durchschnittsalter der Patienten der vorliegenden Studie gewesen sein.

Bei den *ätiologischen Diagnosen* waren neurotische Störungen mit Abstand am häufigsten (77,97 %), wobei Psychoneurosen mit 40,09 % überwogen. Dies könnte bedingt sein durch den hohen Anteil an affektiven Störungen, die bei den Patienten der Ambulanz vorlagen. Reaktive Störungen kamen nur bei 11,45 % der Patienten vor; dies verwundert, da reaktive Störungen die größte Gruppe ausmachen dürfte, die in der Medizin überhaupt vorkommt (Ermann 2007). Es ist möglich, dass ein Teil dieser Patienten in der hausärztlichen Praxis behandelt wird oder dass die Beschwerden so rasch wieder abklingen, so dass ein großer Teil der Betroffenen keine psychotherapeutische Behandlung braucht (ebd.). Auch der Anteil der Patienten mit posttraumatischen Beschwerden

ist relativ gering (6,61 %); gerade in Anbetracht des hohen Anteils an Ausländern, die vermehrt aus ehemaligen Krisengebieten stammen (über 20 % kamen aus dem ehemaligen Jugoslawien), wäre hier ein höherer Wert zu erwarten gewesen.

Das *Strukturniveau* der Patienten der vorliegenden Studie lag bei circa zwei Drittel der Patienten im mittleren Bereich; 21,51 % hatten ein niederes, nur 11,05 % ein höheres strukturelles Entwicklungsniveau. In der einzig vergleichbaren Studie von Huber (2002) wiesen wesentlich mehr Patienten ein höheres Strukturniveau (34,4 %) auf. Dies ist erklärbar mit dem selteneren Vorkommen von Persönlichkeitsstörungen in dieser Studie (8,0 %); Persönlichkeitsstörungen findet man häufig bei niederem Strukturniveau (Rudolf 2005, OPD-2 2006). Hinsichtlich des Zusammenhangs von Strukturniveau und Grundkonflikt konnten durch diese Studie folgende Erkenntnisse gewonnen werden: Bei Patienten mit niederem Strukturniveau zeigte sich in über 90 % der Fälle keine neurotische Konfliktpathologie (bei vorrangiger Entwicklungspathologie). Dies ist nicht überraschend, da es der Literatur entspricht. Überdies zeigte sich bei niederem Strukturniveau eine Unsicherheit bezüglich der Konflikteinschätzung; diagnostisch könnte man viele Konflikte markieren – oder keinen (Rudolf 2005). Bei den Patienten mit einem mittleren Strukturniveau lag in circa 50 % der Fälle ein Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt vor (dieser Konflikt war auch insgesamt der häufigste Konflikt). Auch dies wurde in der Literatur schon beschrieben (ebd.). Bei Patienten mit höherem Strukturniveau kamen der ödipal-sexuelle- und der Versorgungsautarkie-Konflikt am häufigsten vor. Dies wurde ebenfalls schon bei Rudolf (2005) berichtet.

4.4 Behandlungsbezogene Merkmale

In der vorliegenden Studie konnte der genaue Überweisungsprozess nicht mehr eindeutig ermittelt werden, da der Arzt, der die Überweisung ausstellte, oft nicht identisch war mit dem eigentlichen Initiator der Überweisung (s.o.). Auch in der Literatur finden sich diesbezüglich widersprüchliche Angaben. Es scheint, dass der Hausarzt der häufigste Zuweiser an die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz ist (63,8 % bei Schäfer 2008, 32,9 % bei Schüßler 1999). Lediglich bei Cube (1983) wird berichtet, dass die Patienten am häufigsten von der Psychiatrischen Klinik kamen (28,0 %); die Ursache hierfür könnte darin liegen, dass sich die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz im Gebäude der Psychiatrischen Klinik befindet. Ein-

zig die Studie von Huber (2002) dient einem direkten Vergleich mit der hier vorliegenden Studie. An die Ambulanz der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar (TU München) kamen innerhalb eines halben Jahres 79,0 % aus eigenem Antrieb. In der hier vorliegenden Untersuchung waren es 86,63 %, die sich selbst angemeldet hatten. Es ist bei der vorliegenden Untersuchung zu berücksichtigen, dass die Patienten, die vom Konsiliardienst behandelt wurden, nicht in diese Studie mit einbezogen worden sind.

Wie oft sollte ein Patient an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz gesehen werden? Die Praxis scheint hier recht unterschiedlich zu sein, wobei empirische Daten rar sind. Die Anzahl der Gespräche hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zum Beispiel kann ein stark depressiver Patient den Fortgang der Untersuchung verzögern oder eine Borderline-Persönlichkeit durch ihre „chaotische Seite“ die Untersuchung erschweren (Doering 2008). Es sollte aber nur so viel Diagnostik wie nötig durchgeführt werden, um eine sichere Indikation gewährleisten zu können (ebd.). Hohage (1981) spricht in diesem Zusammenhang von der Wahrung der „Verhältnismäßigkeit der Mittel“, wobei zunächst der Gesprächsauftrag zu berücksichtigen ist, den der Patient dem Therapeuten erteilt. Ermann (1991) weist darauf hin, dass zu Beginn eines Erstinterviews noch kein ausdrückliches Arbeitsbündnis besteht, weil der Patient üblicherweise noch gar nicht beurteilen kann, worauf er sich einlässt. Es ist aber ungeklärt, wie viele Gespräche zum optimalen Überweisungserfolg führen. In der vorliegenden Studie fanden durchschnittlich 2,06 Gespräche pro Patient statt. Strauß (1991) hat sich auf maximal drei Sitzungen beschränkt, bei Rumpold (2005) fanden durchschnittlich 3,9 Gesprächstermine pro Patient statt. In anderen Ambulanzen lagen diese Zahlen deutlich niedriger (Schneider 1994, Diercks 1996, Heberle 2002) oder aber auch noch höher (Goldschmidt 1989). Darüber hinaus wäre es denkbar, dass bei Ambulanzen, die einem Ausbildungsauftrag verpflichtet sind (z.B. psychotherapeutische Ausbildungsinstitute oder Universitätskliniken), die Anzahl der Gespräche auf Grund der Unerfahrenheit der Auszubildenden und didaktischen Gründen höher angesiedelt wird.

Die Patienten der hier untersuchten Ambulanz nahmen zum Zeitpunkt des Kontaktes mit der Ambulanz in 27,91 % der Fälle Psychopharmaka, wobei der Anteil der Männer circa doppelt so groß war. Dies entspricht nicht den Angaben der Literatur, in welcher häufig erwähnt wird, dass Frauen häufiger als Männer psychotrope Medikamente nehmen (Cooperstock 1978, Gebhard 1989). Es wäre möglich, dass bei Männern - bis sie

eine psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz aufsuchen - die Leidenszeit mit Psychopharmaka überbrückt wird, hingegen Frauen sich früher in therapeutische Behandlung begeben und somit seltener Psychopharmaka nehmen. Eine weitere Erklärung könnte im Diagnoseprofil liegen: eine vermehrte Diagnosestellung von Angststörungen bei den männlichen Patienten (Angstpatienten nahmen am häufigsten Psychopharmaka). 51,16 % der Patienten der vorliegenden Studie verfügten über psychotherapeutische Vorerfahrung oder befanden sich zum Zeitpunkt des Ambulanzgesprächs in psychotherapeutischer Behandlung. In den bisherigen Angaben der Literatur finden sich etwas höhere Werte, beispielsweise 67,5 % bei Huber (2000) oder 66,8 % bei Schäfer (2008). Aus der Literatur geht auch hervor, dass Frauen sich häufiger in Psychotherapie begeben als Männer (Riecher-Rössler 2001). In der vorliegenden Studie wurde dies nicht bestätigt; Männer hatten eine größere psychotherapeutische Vorerfahrung. Möglicherweise kommt dadurch eine höhere Therapiebereitschaft – vornehmlich bei jüngeren Männern – zum Ausdruck.

Die Frage der Differenzialindikation zu verschiedenen Psychotherapieformen und -settings soll hier nicht diskutiert werden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung, das heißt die „Passform“ bzw. die Chemie zwischen Patient und Psychotherapeut von wesentlich größerer Bedeutung für den Therapieerfolg ist als die Therapieschule, der der Therapeut angehört (Wampold 2001). Darüber hinaus muss sich die Entscheidung für die Zuweisung an einen bestimmten Therapeuten oft nach pragmatischen Gesichtspunkten richten: ob überhaupt in der Nähe des Wohnorts des Patienten mehrere Therapeuten verschiedener Richtungen niedergelassen sind und freie Therapieplätze zur Verfügung haben (Doering 2008). Bei den Therapieempfehlungen, die den Patienten der vorliegenden Studie gegeben wurden, wird ersichtlich, dass in circa zwei Drittel der Fälle den Patienten eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (38,37 %) oder eine Psychoanalyse (27,91 %) angeraten wurde. Dies verwundert nicht, denn üblicherweise richtet sich die Indikationsstellung auch nach der Ausrichtung bzw. institutionellen Anbindung der psychosomatisch psychotherapeutischen Ambulanz. So überweisen Ambulanzen psychoanalytischer Ausbildungsinstitute einen Großteil ihrer Patienten in psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Behandlung (ebd.). Von der Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts Frankfurt wurden in den Jahren 1960 bis 1980 38,6 % der Patienten in eine psychoanalytische Therapieform überwiesen (Goldschmidt 1989). An der Ambulanz der Wiener Psychoanalytischen

Vereinigung erhielten in den Jahren 1991 bis 1994 69 % der Patienten eine vergleichbare Empfehlung (Diercks 1996). Auch bei Cube (1983) wurde am häufigsten zu einer analytischen Therapie geraten (42,3 %). Verhaltenstherapie wurde den Patienten der untersuchten Ambulanz nur in 5,23 % der Fälle empfohlen, was sich aber erklären lässt durch die psychodynamische Ausrichtung der Ambulanz. Relativ häufig wurde den Patienten eine stationäre Therapie in der Psychosomatik empfohlen (7,56 %). Eine Begründung wäre, dass sich die Psychosomatische Station hier ebenfalls in der Psychiatrischen Klinik und somit in unmittelbarer Nähe befindet. Es ist auch möglich, dass das Patientenklentel mehrfach eine stationäre Behandlung erforderte. Häfner (2001) nennt beispielsweise folgende Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung: Borderline-Patienten, Suchtpatienten, Patienten mit Fixierung auf eine organische Ursache, Patienten mit somatischen Krankheiten, die klinische Behandlung und gleichzeitig psychotherapeutische Betreuung erfordern, suizidale Patienten.

Über alle Diagnosen hinweg waren die Indikationen Psychoanalyse und besonders tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vorherrschend. Mögliche Ursachen hierfür sind die psychodynamische Ausrichtung der Ambulanz sowie eine mögliche Affinität der Überweiser zu einer tiefenpsychologischen Ausrichtung der Ambulanz.

Bei den Angststörungen fällt ein relativ hoher Anteil an verhaltenstherapeutischen Indikationen auf (10,0 %), auch häufig wurden Empfehlungen für eine stationäre psychosomatische Behandlung ausgesprochen (15,0 %). Ermann (2007) sieht in der Verhaltenstherapie eine sehr effiziente Möglichkeit bei der Behandlung von Angststörungen, weist aber auch darauf hin, dass bei ausgeprägten Symptombildungen eine stationäre Psychotherapie erforderlich sei, weil heftige oder chronische Ängste das Leben der Patienten im Alltag schwer behindern und gegebenenfalls den Weg zur ambulanten Psychotherapie unmöglich machen.

Die Geschlechter unterschieden sich hinsichtlich der Indikationen nur wenig. Bei Männern wie Frauen waren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und Psychoanalyse die mit Abstand am meisten angeratenen Therapieformen, wobei Männern häufiger eine TP empfohlen wurde, Frauen eher eine Psychoanalyse. In der Literatur finden sich ähnliche Angaben. Beispielsweise berichtet Cube (1983), dass Frauen häufiger zu einer Psychoanalyse geraten wurde; auch bei Leichsenring (2005) findet sich diesbezüglich ein größerer Frauenanteil.

Betrachtet man das Durchschnittsalter bei verschiedenen Indikationen, so waren Patienten, denen zu einem stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik geraten wurde, am ältesten (46,31 Jahre). Dies widerspricht jedoch der Tatsache, dass das Patientenkontingent einer Psychosomatischen Klinik durchschnittlich jünger ist (33,3 Jahre bei Bürgy 2002, 39,7 Jahre bei Junge). Im Gegensatz dazu waren Patienten, denen man eine Psychoanalyse empfohlen hatte, relativ jung (33,21 Jahre); ähnliche Angaben finden sich in vorangegangenen Studien (z.B. 35,0 Jahre bei Leichsenring 2005).

In der vorliegenden Studie wurde ausländischen Patienten seltener zu einer Psychoanalyse geraten, was sich durch kulturelle wie auch sprachliche Gründe erklären ließe. Ausländern wurde stattdessen häufiger eine TP empfohlen.

Bezüglich des Strukturniveaus unterschieden sich die Indikationen folgendermaßen: Patienten mit einem niederen strukturellem Entwicklungsniveau wurde seltener zu einer Psychoanalyse geraten, häufiger aber eine stationäre Therapie empfohlen. Dies mag dadurch bedingt sein, dass sich auf diesem Niveau häufig Patienten mit Persönlichkeitsstörungen befinden, meist vom Borderliner-Typ (Rudolf 2005, Ermann 2007) und diese aufgrund ihrer defizienten selbstreflexiven Fähigkeiten weniger zur Psychoanalyse geeignet sind (Heigl-Evers 1993) und häufiger eine stationäre Therapie benötigen (Häfner 2001). Auf mittlerem und besonders auf höherem Niveau wurde den Patienten häufiger zu einer Psychoanalyse geraten, da man bei diesen Patienten meist ein höheres Maß an Selbstreflexion und strukturell reifere Ich-Funktionen findet.

4.5 Behandlungsergebnisse – Evaluation

Die Rücklaufquote des Fragebogens betrug 32,54 % (41 von 126 Patienten) und lag damit deutlich unter denen anderer Studien (Göllner 1983, Cube 1983, Brähler 1986, Strauß 1991, Rumpold 2004). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse kritisch zu betrachten.

Nur ein Teil der Patienten bemüht sich selbstständig um eine Überweisung und einen Termin für die Diagnostik und Beratung. Häufig geben Fachärzte oder andere Institutionen (z.B. Kliniken oder Beratungsstellen) den Anstoß zum Besuch einer Ambulanz (Doering 2008). Auch in der hier vorliegenden Untersuchung ist ein Großteil der Patienten von Ärzten (43,90 %), Bekannten oder Freunden (24,39 %) auf die Ambulanz aufmerksam gemacht, bzw. an die Ambulanz überwiesen worden. Auch bei Cube (1983)

waren es überwiegend niedergelassene Ärzte und Kliniken, die den Anstoß zur Kontaktaufnahme mit der Ambulanz bzw. die Überweisung veranlassten (71,7 %). 15,7 % waren hier auf Anraten von Angehörigen und Freunden gekommen, 10,2 % waren spontan gekommen. In der hier untersuchten Ambulanz gaben 24,39 % der Patienten an, durch das Internet auf die Ambulanz aufmerksam gemacht worden zu sein. Diesbezüglich findet sich in der vorangegangenen Literatur kein Vergleich; dennoch verwundert dies nicht, da das Internet, das mittlerweile Psychotherapieforen und psychotherapeutische online-Beratungen bietet, für viele Patienten wie Angehörige eine Informationsquelle darstellt, die immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Betrachtet man das Patientengut der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich des Therapiebeginns bzw. des Therapieverlaufs, so zeigt sich ein positives Ergebnis. 78,05 % der Patienten hatten mittlerweile eine Psychotherapie begonnen. Nur bei Huber (2000) wird von einem ähnlichen Therapieerfolg berichtet (74,0 %). In Studien der 80er und 90er Jahre liegt die Erfolgsrate deutlich darunter (zwischen 47 und 63 % bei Göllner 1983, Cube 1983, Brähler 1986, Strauß 1991, Schneider 1994). In den Untersuchungen der letzten Jahre nahm der Überweisungserfolg zu (z. B. 66,7 % bei Schwichtenberg 2008); insofern ist es möglich, dass sich die Ambulanzarbeit der letzten Jahre soweit verbessert hat, dass immer mehr Patienten den Empfehlungen der Ambulanz nachkommen und eine Therapie beginnen. Es wäre aber auch denkbar, dass die Bereitschaft, eine Psychotherapie zu machen, allgemein größer geworden ist.

Von den 32 Patienten, die eine Therapie begonnen hatten, waren 62,50 % noch in Therapie, 25,00 % hatten die Therapie bereits abgeschlossen, 12,50 % hatten diese vorzeitig abgebrochen. Bei Rumpold (2004) findet sich eine größere Anzahl an Therapieabbrechern (32,5 %), was aber dadurch erklärt werden kann, dass in dieser Studie die Patienten erst zwei Jahre nach dem Kontakt mit der Ambulanz angeschrieben worden waren, während in der hier vorliegenden Untersuchung der Grossteil der Patienten zu diesem Zeitpunkt noch in Behandlung war. Es ist aber auch möglich, dass im Laufe der zwei Jahre spontan zumindest eine Teilremission eingetreten ist (ebd.). In der Studie von Cube (1983) wird lediglich von einer Therapieabbruchrate von 3,4 % berichtet; der kürzere Nachuntersuchungszeitraum (14 bis 26 Monate) könnte hierfür von Bedeutung sein.

Aus Gründen der Anonymität wurden die Fragebögen nicht codiert, bzw. waren auf den Antwortbögen die Namen der Patienten nicht vermerkt; insofern konnten keinerlei Rückschlüsse bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnosen usw. gezogen werden. Es geht

aber aus der neueren Literatur hervor, dass weniger soziodemografische Merkmale (wie Alter und Geschlecht) für den weiteren Therapieverlauf ausschlaggebend sind, als viel mehr die Beziehung von Therapeut zu Patient und die Motivation des Patienten eine Rolle spielen (Strauß 1991, Schneider 1994, Huber 2000). Bereits Möller (1986) wies in einer Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Suizidenten auf die Bedeutung von Motivationsgesprächen für die primäre Inanspruchnahme von Psychotherapie hin.

Des Weiteren wurden die Patienten gefragt, ob die ihnen vorgeschlagenen Adressen von Psychotherapeuten für sie hilfreich waren. Es zeigte sich, dass fast die Hälfte der Patienten keinen Nutzen von diesen Adressen hatte. Huber (2000) berichtete, dass Ambulanzpatienten, die persönlich an einen Therapeuten vermittelt wurden, das Ambulanzgespräch retrospektiv als von hohem Nutzen einstufen, während Patienten, die eine allgemeine Therapieempfehlung oder lediglich eine Adresse erhielten, aus dem Gespräch subjektiv eher einen geringen Nutzen ziehen konnten. Cube (1983) fand, dass Patienten einer Ambulanz signifikant häufiger eine Psychotherapie aufnahmen, wenn sie durch einen Telefonanruf an einen Therapeuten vermittelt wurden, als wenn sie sich mit einer Adressenliste den Therapieplatz selbst suchen mussten. Der Vermittlungsmodus kann jedoch nach Einschätzung der Bedeutung der Eigeninitiative des Patienten variieren.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Beratung an der Ambulanz zeigte sich bei den Patienten eine positive Resonanz. Über 90 % waren mindestens zufrieden, fast 60 % waren sehr zufrieden. In vergleichbaren Studien findet sich häufiger eine Verteilung der Antworten in der Nähe der Drittelparität zwischen sehr zufrieden, zufrieden und nicht zufrieden (beispielsweise bei Cube 1983), wie sie laut Cremerius (1962) häufig bei Fragebogenaktionen gefunden werden. Bei einem Datenrücklauf von 32,54 % könnte man in der vorliegenden Studie davon ausgehen, dass unter den Non-Respondern eher die Unzufriedenen waren, sodass der erfasste Wert die reale Zufriedenheit überschätzen könnte.

Von den 41 Patienten nutzten 26 die Möglichkeit, eigene Anregungen und Kritik mitzuteilen. Dies lässt erkennen, dass sich viele mit ihren Problemen und den im therapeutischen Gespräch angesprochenen Inhalten weiter auseinandersetzten. Beispielsweise wurde mehrfach Dank und Lob geäußert; dies könnte mitunter auch darauf zurückzuführen sein, dass die Patienten sozusagen „auf dem Gipfel“ ihres Leidensdrucks und ihrer Symptomatik in die Klinikambulanz kommen (Rumpold 2004) und die wenigen Ge-

sprache in dieser Phase eine wirksame Intervention waren, die bei den Patienten eine Besserung bewirkte. Häufig wurden zu lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz beklagt; es konnte aber nicht geklärt werden, wie lange die Patienten auf einen Therapieplatz warten mussten. Bei Cube (1983) mussten 63,9 % der Patienten weniger als drei Monate warten. Wenige beklagten mangelnde Empathie, bzw. mangelndes Vertrauen zum Therapeuten; von besonderer Bedeutung für den Überweisungserfolg hat sich mehrfach die Qualität der therapeutischen Beziehung während des Ambulanzkontaktes erwiesen (Strauß 1991, Huber 2000, Rumpold 2004). Manche Patienten berichteten, sie wären lieber bei dem Therapeuten der Ambulanz geblieben, da dieser „besser“ war als der niedergelassene Therapeut. Es liegt nahe, dass Patienten, die die Beziehung zum Therapeuten positiv einschätzen, Schwierigkeiten haben, sich vom Therapeuten der Ambulanz zu lösen und beim empfohlenen Therapeuten „anzukommen“ (Huber 2000). Ein optimaler Therapeut einer Ambulanz sollte deshalb am besten als eine Art „Katalysator“ im Prozess der Therapiefindung fungieren, der in den Austausch aktiv eintritt, dann aber wieder zurückgelassen werden kann (ebd.). Auch wurde seitens der Patienten von einer spontanen Besserung berichtet, so dass eine Psychotherapie nicht mehr als nötig erachtet wurde; es ist möglich, dass gerade leichter erkrankte Ambulanzpatienten unter Umständen schon durch den Besuch in der Ambulanz und im Weiteren durch eine geringe Dosis an Psychotherapie ausreichend stabilisiert waren, dass ihnen eine weitere Therapie unnötig erschien (Rumpold 2004).

5 Zusammenfassung und Ausblick

Diese Arbeit bezieht sich auf zwei unabhängig voneinander durchgeführte Studien. Zum einen wurden die Daten von 172 Patienten, die sich vom 01.01.2006 bis zum 30.09.2008 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik der Universität München befanden, untersucht. Zum anderen wurde ein Fragebogen erstellt und im Dezember 2008 145 Patienten angeschrieben, die durchschnittlich 19 Monate zuvor in der Ambulanz behandelt wurden.

Der Altersdurchschnitt der Ambulanzpatienten lag bei 38,52 Jahren, wobei die Gruppe der 26- bis 35-Jährigen überwog. Auffällig ist, dass bei den Männern am häufigsten die 26- bis 35-Jährigen erkrankten, während bei den Frauen der Anteil der 36- bis 45-Jährigen am größten war. Es wäre möglich, dass die Akzeptanz psychischer Erkrankungen und auch die Therapiebereitschaft bei jüngeren Männern steigt. Der Frauenanteil lag bei 70,35 % und entspricht den Werten vergleichbarer Studien. Der Krankheitsbeginn lag bei den Patienten durchschnittlich circa sechs Jahre zurück, erste psychogene Beschwerden circa 17 Jahre, wobei bei den männlichen Patienten ein längerer Krankheitsverlauf zu beobachten war. Folglich wäre es denkbar, dass Männer später als Frauen psychotherapeutische Hilfe suchen. Beim Vergleich verschiedener Studien hinsichtlich der Diagnosen, stößt man zunächst auf die Schwierigkeit einer teilweise stark voneinander abweichenden Klassifikation. Die in der vorliegenden Studie am häufigsten gestellte Hauptdiagnose war eine affektive Störung (44,19 %); ein (wie in der Literatur mehrfach erwähnter) höherer Frauenanteil konnte nicht bestätigt werden; es lag ein ausgeglichenes Verhältnis der Geschlechter vor. Am zweithäufigsten waren Anpassungsstörungen (15,12 %), die bei den weiblichen Patienten wesentlich häufiger waren; eine mögliche Ursache hierfür könnte eine höhere Vulnerabilität bezüglich belastender Ereignisse bei Frauen sein. Somatoforme Störungen lagen bei 12,79 % der Patienten vor (es ist aber zu beachten, dass somatoforme Störungen die am häufigsten gestellte Zweitdiagnose war) und Patienten mit dieser Diagnose waren im Durchschnitt am ältesten (43,77 Jahre). Bei 11,63 % der Patienten fanden sich Angststörungen, wobei Männer häufiger betroffen waren als Frauen (in den bisherigen Studien wurde immer von einem größeren Frauenanteil berichtet). Ursächlich hierfür könnte sein, dass in dieser Studie Zwangsstörungen zu den Angststörungen gerechnet wurden oder dass eine der Gesellschaft entsprechende Haltung von Männern, Ängste zu unterdrücken, sich lang-

sam auflöst. Bei den Persönlichkeitsstörungen ist zu berücksichtigen, dass diese meist nicht an erster Stelle diagnostiziert wurden und es somit eventuell zu falsch niedrigen Werten kam. In der vorliegenden Studie waren Persönlichkeitsstörungen (9,88 %) die fünfthäufigste Diagnose, wobei sie bei den männlichen Patienten häufiger vorkamen als bei den weiblichen. Essstörungen waren mit 1,74 % bei den Patienten der vorliegenden Studie sehr selten und kamen nur bei den weiblichen Patienten vor; die Tatsache, dass die Psychiatrische Klinik, in der sich auch die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz befindet, über eine Station für Patienten mit Essstörungen verfügt, mag diese geringe Anzahl erklären. Überdies existieren in Großstädten wie München häufig spezielle Institutionen, die sich auf die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen spezialisiert haben. Psychosomatosen kamen als Hauptdiagnose lediglich in 1,74 % der Fälle vor. Ein Grund hierfür mag sein, dass die klassischen Psychosomatosen heutzutage überwiegend internistisch behandelt werden; es wäre auch möglich, dass die nahe gelegene Poliklinik, die ebenfalls über eine psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz verfügt, einen Teil der Patienten dort behandelt. Eine somatische Diagnose wurde lediglich bei 21,51 % der Patienten der vorliegenden Studie festgestellt, was bedingt sein könnte durch das relativ niedrige Durchschnittsalter der Patienten.

Bei den ätiologischen Diagnosen waren neurotische Störungen am häufigsten (77,97 %), wobei Psychoneurosen hier mit 40,09 % überwogen. Reaktive Störungen, posttraumatische Störungen und Psychosomatosen kamen selten vor. Hinsichtlich des strukturellen Entwicklungsniveaus wurde bei circa zwei Drittel der Patienten ein mittleres Strukturniveau festgestellt; bei diesen Patienten lag meist ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt vor. Bei den Patienten mit höherem Strukturniveau (11,05 %) überwogen der ödipal-sexuelle- und der Versorgungs-Autarkie-Konflikt. Patienten mit niederem Strukturniveau (21,51 %) hatten in über 90 % der Fälle keine neurotische Konfliktpathologie.

In der vorliegenden Studie hatten sich 83,63 % der Patienten selbst an die Ambulanz gewandt und angemeldet; der genaue Überweisungsprozess war nicht mehr eindeutig zu ermitteln, da der Arzt, der die Überweisung ausstellte, oft nicht identisch war mit dem eigentlichen Initiator der Überweisung. Im Durchschnitt fanden an der Ambulanz 2,06 Gespräche pro Patient statt. Die Patienten der hier untersuchten Ambulanz nahmen zum Zeitpunkt des Kontaktes mit der Ambulanz in 27,91 % der Fälle Psychopharmaka, wobei der Anteil der Männer circa doppelt so groß war wie der der Frauen; dies entspricht

nicht den Angaben der Literatur. Eine mögliche Erklärung hierfür liegt im Diagnoseprofil: eine vermehrte Diagnosestellung von Angststörungen bei den männlichen Patienten (Angstpatienten nahmen am häufigsten Psychopharmaka). Es ist anzumerken, dass berufstätige Ambulanzpatienten (73,78 %) seltener Psychopharmaka nahmen als Arbeitslose. Der Anteil der Patienten, die schon eine Psychotherapie gemacht hatten, lag in der vorliegenden Studie bei 51,16 %; auch hier überwog der Anteil der Männer. Vielleicht drückt dies aus, dass die Auseinandersetzung mit psychischen Problemen und die Therapiebereitschaft bei Männern wächst.

In circa zwei Drittel der Fälle wurde den Patienten zu einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) (38,37 %) oder zu einer Psychoanalyse (27,91 %) geraten; dies verwundert nicht, denn üblicherweise richtet sich die Indikationsstellung auch nach der Ausrichtung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz (im vorliegenden Fall eine tiefenpsychologisch fundierte Ausrichtung). Relativ häufig wurde den Patienten eine stationäre Therapie in der Psychosomatik empfohlen (7,56 %), was sich erklären ließe, dass sich die Psychosomatische Station ebenfalls im Gebäude der Psychiatrischen Klinik und somit in unmittelbarer Nähe befindet. Bei den Patienten mit einer Angststörung fällt ein relativ hoher Anteil an verhaltenstherapeutischen Indikationen auf (10,00 %), häufig wurden hier auch Empfehlungen für eine stationäre psychosomatische Behandlung ausgesprochen (15,00 %). Männern wurde häufiger eine TP empfohlen, Frauen eher zu einer Psychoanalyse geraten. Patienten, denen zu einem stationären Aufenthalt in der Psychosomatik geraten wurde, waren im Durchschnitt am ältesten (46,31 Jahre), Patienten mit der Indikation Psychoanalyse waren durchschnittlich relativ jung (33,21 Jahre). Patienten mit einem niederen strukturellen Niveau wurde seltener zu einer Psychoanalyse geraten, bei mittlerem und besonders höherem Strukturniveau wurde Psychoanalyse häufiger empfohlen, was dadurch bedingt sein könnte, dass man bei den Patienten dieses Niveaus meist ein höheres Maß an Selbstreflexion findet.

Besonders auffällig in der vorliegenden Untersuchung war der Anteil an ausländischen Patienten (22,67 %), der sich zudem durch einige Besonderheiten auszeichnete. In der Literatur wurde dieses Patienten Klientel so gut wie nie berücksichtigt. In dieser Untersuchung wurde den ausländischen Patienten im Vergleich zu den Deutschen seltener zu einer Psychoanalyse geraten, was sich durch kulturelle wie auch sprachliche Gründe erklären ließe. Ausländern wurde stattdessen häufiger eine TP empfohlen. Hinsichtlich der Hauptdiagnosen ist festzustellen, dass bei den deutschen Patienten häufiger Persön-

lichkeitsstörungen und Essstörungen (diese kamen bei Ausländern nicht vor) diagnostiziert wurden, bei den ausländischen Patienten häufiger affektive Störungen. Diese Befunde sind bei der relativ großen Patientengruppe beachtenswert und sollten Anlass geben, sich vermehrt Gedanken zu machen über die Besonderheiten der ausländischen Patienten und deren Behandlung.

Die Rücklaufquote der Evaluationsbögen (32,54 %) legt eine vorsichtige Interpretation nahe. Der größte Teil der Patienten der hier untersuchten Ambulanz wurde von Ärzten auf die Ambulanz aufmerksam gemacht, bzw. an diese überwiesen (43,90 %). Auffällig ist der große Anteil an Patienten, die über das Internet an die Ambulanz geraten sind (24,39 %); es verwundert jedoch nicht, da das Internet, das mittlerweile Psychotherapieforen und psychotherapeutische online-Beratungen bietet, als Informationsquelle diesbezüglich immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Im Bezug auf Therapiebeginn und Therapieverlauf zeigte sich bei den Patienten der vorliegenden Untersuchung ein positives Ergebnis; 78,05 % der Patienten hatten mittlerweile eine Psychotherapie begonnen, lediglich 12,50 % hatten diese vorzeitig abgebrochen. Insofern wäre es denkbar, dass sich die Ambulanzarbeit so weit verbessert hat, dass immer mehr Patienten den Empfehlungen der Ambulanz nachkommen und eine Therapie beginnen; es wäre aber auch möglich, dass die Bereitschaft, eine Psychotherapie zu machen, allgemein größer geworden ist.

Die Adressen von Psychotherapeuten, die den Patienten der Ambulanz gegeben wurden, erwiesen sich nur bei circa 50 % der Patienten als hilfreich; vielleicht wäre eine persönliche Vermittlung an einen Therapeuten für die Patienten von größerem Nutzen gewesen. Dennoch zeigte sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Beratung an der Ambulanz eine positive Resonanz. Über 90 % waren mindestens zufrieden, fast 60 % waren sehr zufrieden. Bei dem geringen Datenrücklauf ist jedoch zu bedenken, dass sich eventuell unter den Non-Respondern eher Unzufriedene befanden. Ein Großteil der Patienten nutzte die Möglichkeit, eigene Anregungen und Kritik mitzuteilen. Beispielsweise wurde mehrfach Dank und Lob geäußert, aber auch der Wunsch, vom Psychotherapeuten der Ambulanz weiter behandelt zu werden; es wäre möglich, dass Patienten, die die Beziehung zum Therapeuten positiv einschätzen, Schwierigkeiten haben, sich vom Therapeuten der Ambulanz zu lösen. Bei den Patienten, die über eine spontane Besserung berichteten, könnte die minimale Dosis an „Psychotherapie“, die sie in der Ambulanz erhalten haben, dafür ausschlaggebend gewesen sein. Einige Patienten beklagten zu lange

Wartezeiten auf einen Therapieplatz; auch mangelnde Empathie, bzw. fehlendes Vertrauen zum Therapeuten wurde seitens der Patienten erwähnt.

Abschließend soll angemerkt werden, dass es hinsichtlich der Datenlage der verschiedenen Studien in der Literatur schwierig ist, Vergleiche durchzuführen, da beispielsweise die Altersverteilung nicht explizit aufgeschlüsselt wird oder bei den Diagnosen stark voneinander abweichende Klassifikationen verwendet werden. Aus den genannten Gründen ist es wünschens- und erstrebenswert, einheitliche Standards zur besseren Vergleichbarkeit zu entwickeln.

In der vorliegenden Arbeit wurde das Patientengut einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz einer Psychiatrischen Klinik beschrieben. In der Literatur finden sich hierzu kaum Vergleiche. Es ist auf den hohen Überweisungserfolg hinzuweisen, bzw. die hohe Anzahl an Therapiebeginnern; dies spricht für eine positive Rezeption der Ambulanzarbeit. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass in dieser Studie erstmalig ausländische Patienten an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz näher beschrieben werden. Hier sind weitere Überlegungen notwendig, um zukünftig auch diesem Patientenkontext in adäquater und erfolgsversprechender Weise helfen zu können.

Literaturverzeichnis

- Ahrens S, Elsner H (1981) Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept bei neurotischen, psychosomatischen und somatisch kranken Patienten. Teil 1 und 2. *Med Psychol* 7, 95-109, 175-190
- Arbeitskreis OPD (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2 – Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, Bern
- de Boor C, Künzler E (1963) Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten – Erfahrungsbericht der psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg. Huber und Klett, Bern/Stuttgart
- Brähler C, Brähler E (1986) Der Einfluss von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme – eine katamnestische Untersuchung zum therapeutischen Erstinterview. *Z Psychosom Med Psychother* 32, 140-160
- Bürgy M, Barnett W, Mundt C (2002) Stationäre psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. *Fundamenta Psychiatrica* 16, 101-110
- Cooperstock R (1978) Sex differences in psychotropic drug use. *Soc Sci&Med* 12B, 179-186
- Cremerius J (1962) Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Springer, Berlin
- von Cube T (1983) Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. *Z Psychosom Med Psychother* 29, 49-75
- Diefenbacher A, Rothermundt M, Arolt V (2004) Aufgaben der Konsilpsychiatrie und Psychotherapie. In: Arolt V, Diefenbacher A (Hg) *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Steinkopf, Darmstadt, 3-18
- Diercks C (1996) Ergebnisse einer Untersuchung über die Beratungsstelle für Psychoanalyse der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung 1991 bis 1994. *Bulletin – Zeitschrift der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung* 6, 17-54
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2008) Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10 Kapitel F. Huber, Bern
- Doering S, Lampe A, Schüßler G (2007) Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz – Konzepte und klinische Praxis. Schattauer, Stuttgart
- Eastwood M (1981) Epidemiology and Depression. *Psycholog Med* 11, 229-234
- Ermann M (1991) Psychoanalytische Diagnostik und das psychoanalytische Erstinterview. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36, 97-103
- Ermann M, Frick E, Kinzel C, Seidl O (2006) Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart
- Ermann M (2007) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy – An evaluation. *J con Psychol* 16, 319-342
- Faller H (1998) Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut* 43, 8-17

- Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930. In: Rado S (Hg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut (Poliklinik und Lehranstalt). Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 13-19
- Franz M (1997) Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Gebhard G, Klimitz H (1989) Geschlechtsunterschiede in der ärztlichen Praxis. Aus der psychiatrischen Klinik und Poliklinik der FU Berlin 1989
- Goldschmidt P (1989) Die Patienten einer psychoanalytischen Großstadtambulanz. Statistische Auswertung einer Stichprobe von 646 Patienten des Sigmund-Freud-Instituts aus den Jahren 1960–1980. In: Bareuther H, Busch HJ, Ohlmeier D, Plänklers T (Hg) Forschen und Heilen. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 344-418
- Göllner R, Ringler M, Jandl-Jäger E (1983) Überweisungsstrategien nach Indikationsstellung zur ambulanten Psychotherapie. In: Enke H, Tschuschke V, Volk W (Hg) Psychotherapeutisches Handeln – Grundlagen, Methoden und Ergebnisse der Forschung. Kohlhammer, Stuttgart
- Gove W (1976) Sex differences in the epidemiology of mental disorders – evidence and explanations. Soc Sci&Med 12 B, 23-68
- Gove W (1987) Sex differences in mental illness among adult men and women – an evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. Soc Sci&Med 12 B, 187-198
- Häfner S, Lieberz K, Hölzer M, Wöller W (2001) Indikationen für die stationäre Psychotherapie – Wann gehört ihr Patient in die Klinik? Münch Med Wochenschr – Fortschritte der Medizin 43, 28-31
- Heberle B (2002) Die Ambulanz des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts – Ein Werkstattbericht. psychoanalyse, ästhetik, kulturkritik 22, 70-89
- Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J (Hg) (1993) Lehrbuch der Psychotherapie. UTB G. Fischer, Stuttgart
- Heuft G, Schneider G, Lange C (2005) Dokumentation ambulanter Diagnostik in psychosomatischer Medizin und Psychotherapie. Psychotherapeut 50, 57-67
- Hohage B, Klöss L, Kächele H (1981) Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psyche 35, 544-556
- Horwitz A (1977) The pathways into psychiatric treatment: some differences between men women. J Health soc Behav 18, 169-178
- Huber D, Henrich G, von Rad M (2000) Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Psychother Psychosom Med Psychol 50, 147-156
- Huber D, Brandl T, Henrich G, Buchheim P (2002) Indikationsbesprechung an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz – eine explorative Feldstudie. Z Klin Psychol Psychother 31, 251-256
- Jordan J, Sapper H, Schimke H, Schulz W (1989) Zur Wirksamkeit des Patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Psychother Med Psychol 39, 127-134
- Junge A, Ahrens S (1996) Stationäre psychosomatische Behandlung – Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. Psychother Psychosom Med Psychol 46, 430-437

- Kerz-Rühling I (2005) Wie beurteilen Patienten ihre Erfahrung in einer psychoanalytischen Ambulanz? – Eine katamnestiche Untersuchung psychoanalytischer Erstinterviews. *Psyche* 59, 589-610
- Klinitz H, Gebhardt R (1986) Der Einfluss des Alters auf die Geschlechtsverteilung depressiver Störungen. *Psychiat Prax* 13, 58-62
- Köpp W, Helle M, Eichingen HJ, Elits HJ, Keller W, Deter H (2003) Hat sich das Diagnoseprofil bei psychosomatisch unersuchten Konsilpatienten an Berliner Krankenhäusern verändert? *Psychother Psychosom Med Psychol* 53, 412-418
- Krautgartner M, Alexandrowicz R, Benda N, Wancata J (2006) Need and utilization of psychiatric consultation services among general hospital inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41, 294-301
- Lamprecht F (1979) Arzt, Patient und Krankheit im Blickfeld der medizinischen Psychologie. *Z Allgem Med* 55, 1837-1846
- Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H (2005) The effectiveness of psychoanalytic therapy – First results of the „Göttingen study“ of psychoanalytic and psychodynamic therapy. *Int J Psychoanal* 86, 433-455
- Linden M (1979) Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von Compliance. *Nervenarzt* 50, 109-114
- Möller HJ, Lauter H (1986) Der psychiatrische Liaisondienst – Neue Gesichtspunkte bei der stationären und poststationären Versorgung nach Suizidversuch. In: Helmchen H, Hippus H (Hg) *Psychiatrie für die Praxis 3*. Medizin Verlag, München, 116-123
- Möller HJ, Laux G, Deister A (2001) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart
- Morschitzky H (2004) *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Springer, Wien
- Morschitzky H (2007) *Somatoforme Störungen*. Springer, Wien
- Mose G, Kiss A, Sachs G et al. (1989) Die Bedeutung psychosozialer Beschwerden in der Erstanamnese. *Psychother Med Psychol* 39, 161-167
- Nathanson C (1975) Illness and the feminine role – a theoretical review. *Soc Sci&Med* 9, 57-62
- Riecher-Rössler A, Rhode A (Hg) (2001) *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. Karger, Basel
- Rudolf G (2000) *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Thieme, Stuttgart
- Rudolf G (2005) *Strukturbezogene Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart
- Rumpold G, Janecke N, Smrekar U, Schüßler G, Doering S (2004) Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz und des späteren Therapieerfolgs. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 167-185
- Rumpold G, Doering S, Smrekar U, Schubert C, Koza R, Schatz DS, Bert-Schüßler A, Janecke N, Lampe A, Schüßler G (2005) Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychother Res* 15 (1-2), 117-127
- Schneider G, Bursy D (1994) Die therapeutische Weitervermittlung von Patienten/innen – Ergebnisse einer katamnestiche Nachuntersuchung. *Z Psychosom Med Psychoanal* 40 (2), 128-154
- Schwichtenberg J, Doering S (2008) Überweisungserfolg einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in der Zahnheilkunde. *Z Psychosom Med Psychother* 54, 285-292

- Simmel E (1930) Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychanalytischen Instituts. In: Rado S (Hg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut (Poliklinik und Lehranstalt). Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 7-12
- Söllner W, Diefenbacher A, Creed F (2005) Future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics. *Psychosom Res* 58, 111-112
- Stille D, Rudolf G (1982) Krankheitsbild und Krankheitsverhalten bei 615 ambulanten psychoneurotischen und psychosomatischen Patienten. *Z Psychosom Med* 28, 150-159
- Strauß B, Speidel H, Seifert A, Probst P (1991 a) Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz – Rückblickende Bewertung durch die Patienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 41, 43-52
- Strauß B, Speidel H, Seifert A, Probst P (1991 b) Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz - Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 41, 53-60
- Wampold BE (2001) *The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah NJ, 149-158
- Weiger H, Wirsching M (1977) Aspekte der Patientenselektion in der psychosomatischen Ambulanz. *Z Psychosom Med* 23, 170-178
- Widok W (1970) Verlaufsbeobachtung und Erfolgsbeurteilung in der Psychotherapie. *Psychother med Psychol* 20, 184-185

Anhang

- Statistische Auswertung: Hauptdiagnose
- Statistische Auswertung: Zweitdiagnose
- Statistische Auswertung: Drittdiagnose
- Diagnosebogen
- Evaluationsbogen

Hauptdiagnose nach ICD-10 - Code

Hauptdiagnose nach ICD-10 - Code

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1020	1	,6	,6	,6
2000	1	,6	,6	1,2
3200	5	2,9	2,9	4,1
3201	1	,6	,6	4,7
3210	11	6,4	6,4	11,0
3211	1	,6	,6	11,6
3220	4	2,3	2,3	14,0
3280	1	,6	,6	14,5
3290	1	,6	,6	15,1
3300	13	7,6	7,6	22,7
3310	19	11,0	11,0	33,7
3320	5	2,9	2,9	36,6
3410	14	8,1	8,1	44,8
3810	1	,6	,6	45,3
4000	1	,6	,6	45,9
4001	1	,6	,6	46,5
4010	3	1,7	1,7	48,3
4020	1	,6	,6	48,8
4100	5	2,9	2,9	51,7
4110	1	,6	,6	52,3
4120	4	2,3	2,3	54,7
4200	1	,6	,6	55,2
4210	1	,6	,6	55,8
4220	2	1,2	1,2	57,0
4310	7	4,1	4,1	61,0
4320	10	5,8	5,8	66,9
4321	3	1,7	1,7	68,6
4322	5	2,9	2,9	71,5
4325	1	,6	,6	72,1
4440	1	,6	,6	72,7
4490	1	,6	,6	73,3
4500	4	2,3	2,3	75,6
4510	4	2,3	2,3	77,9
4530	2	1,2	1,2	79,1
4531	2	1,2	1,2	80,2
4532	2	1,2	1,2	81,4
4537	1	,6	,6	82,0
4540	5	2,9	2,9	84,9
4800	2	1,2	1,2	86,0
5020	1	,6	,6	86,6
5030	2	1,2	1,2	87,8
5100	1	,6	,6	88,4

5400	3	1,7	1,7	90,1
6010	3	1,7	1,7	91,9
6030	4	2,3	2,3	94,2
6031	6	3,5	3,5	97,7
6080	4	2,3	2,3	100,0
Gesamt	172	100,0	100,0	

Zweitdiagnose nach ICD-10 - Code

Zweitdiagnose nach ICD-10 - Code

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	107	62,2	62,2	62,2
	1010	1	,6	,6	62,8
	1020	1	,6	,6	63,4
	3200	4	2,3	2,3	65,7
	3201	1	,6	,6	66,3
	3210	3	1,7	1,7	68,0
	3300	1	,6	,6	68,6
	3310	3	1,7	1,7	70,3
	3311	1	,6	,6	70,9
	3410	1	,6	,6	71,5
	4010	1	,6	,6	72,1
	4020	2	1,2	1,2	73,3
	4100	1	,6	,6	73,8
	4210	1	,6	,6	74,4
	4220	1	,6	,6	75,0
	4300	1	,6	,6	75,6
	4460	1	,6	,6	76,2
	4500	7	4,1	4,1	80,2
	4510	2	1,2	1,2	81,4
	4530	2	1,2	1,2	82,6
	4531	2	1,2	1,2	83,7
	4532	2	1,2	1,2	84,9
	4537	1	,6	,6	85,5
	4540	2	1,2	1,2	86,6
	4580	2	1,2	1,2	87,8
	5040	2	1,2	1,2	89,0
	5400	2	1,2	1,2	90,1
	6030	5	2,9	2,9	93,0
	6031	2	1,2	1,2	94,2
	6080	4	2,3	2,3	96,5
	6090	1	,6	,6	97,1
	6100	3	1,7	1,7	98,8
	6210	1	,6	,6	99,4
	6810	1	,6	,6	100,0
	Gesamt	172	100,0	100,0	

Drittdiagnose nach ICD-10 - Code

Drittdiagnose nach ICD-10 - Code

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	157	91,3	91,3	91,3
	3330	1	,6	,6	91,9
	4100	2	1,2	1,2	93,0
	4330	1	,6	,6	93,6
	4440	1	,6	,6	94,2
	4500	1	,6	,6	94,8
	4540	1	,6	,6	95,3
	5400	5	2,9	2,9	98,3
	6031	1	,6	,6	98,8
	6050	1	,6	,6	99,4
	6080	1	,6	,6	100,0
	Gesamt	172	100,0	100,0	

Diagnosebogen

bei Beendigung der ambulanten Diagnostik / Entlassung aus stationärer Behandlung ausfüllen

Patient: Name _____ Vorname _____
Bitte Druckschrift

1. Klinische Diagnose

• **Beschreibung des klinischen Syndroms (Hauptsymptome)**

• **Klassifikation nach ICD-10:**

Hauptdiagnose F[][][][]-[][][] _____ (Klartext)

Zweitdiagnose F[][][][]-[][][] _____

Drittdiagnose F[][][][]-[][][] _____

Somatische Diagnose [][][][]-[][][] _____

- Krankheitsbeginn (bezogen auf Hauptdiagnose): vor ____ Jahren und ____ Monaten
- Erste psychogene Beschwerden überhaupt: vor ____ Jahren

2. Ätiologisch-psychodynamische Diagnose*

• **Reaktive Störung**

- Belastungsreaktion
- Anpassungsstörung
- Somato-psychische Störung bei ...

*Grundkonflikt (nach OPD)
bei neurotischer Konfliktpathologie*

- Autonomie-Abhängigkeits-/Trennungs-Konflikt
- Unterwerfungs-Kontroll-Konflikt
- Versorgungs-Autarkie-Konflikt
- Narzisstischer Konflikt, Selbstwertkonflikt
- Schuldkonflikt
- Ödipal-sexueller Konflikt
- Identitätskonflikt
- Nicht eindeutig

• **Posttraumatische Störung**

- Akute Traumareaktion
- Anhaltende posttraumatische Störung
- Verdacht auf posttraumatische Störung

Keine neurotische Konfliktpathologie (bei vorrangiger Entwicklungs-pathologie [strukturelle Ich-Störung], posttraumatischer oder reaktiver Störung)

• **Neurotische Störung***

- Psychische Störung (Psychoneurose)
- Somatoforme Störung (Organneurose)
- Verhaltensstörung
- Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose)

• **Psychosomatose**

- Chronisches Organsyndrom

• **Komplexe Störung**

- Komplexe Störung (Komorbidität)

3. Strukturdiagnose

Aktuelles Funktionsniveau über die letzten 2 Jahre

- Niederes strukturelles Entwicklungsniveau sicher beurteilbar
- Mittleres strukturelles Entwicklungsniveau fraglich
- Höheres strukturelles Entwicklungsniveau
- Reifes strukturelles Entwicklungsniveau
- Akute Dekompensation, Entwicklungsniveau nicht beurteilbar

*Bei Komorbidität mehrere Untergruppen möglich

Ausgefüllt von _____
Bitte Druckschrift

Datum _____

Antwortbogen

Wie sind Sie auf unsere Ambulanz aufmerksam geworden?

- Anraten/Überweisung durch Hausarzt/Facharzt
- Empfehlung von Bekannten/Freunden
- Internet
- Sonstiges:

Haben Sie nach der Untersuchung in unserer Ambulanz inzwischen eine Psychotherapie begonnen?

- ja
- nein

Haben Sie die Therapie bereits abgeschlossen?

- ja
- nein

Haben Sie die Therapie vorzeitig beendet?

- ja
- nein

Waren die von uns vorgeschlagenen Adressen von PsychotherapeutInnen für Sie hilfreich?

- ja
- nein

Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung an unserer Ambulanz?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- unzufrieden

Anregungen/Kritik:

Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen Antwortbogen innerhalb der nächsten 14 Tage an uns zurück senden/faxen (089/5160-3930).

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und alles Gute für Ihre Gesundheit!

Lebenslauf

Name:		Florian Markus Pöttsch
Geburtsdatum:		6. Juli 1974
Geburtsort:		München
Staatsangehörigkeit:		Deutsch
Konfession:		römisch-katholisch
Eltern:		Claudia Pöttsch, geb. Werner Dr.med. Peter Pöttsch
Schulbildung:	1981-1985	Grundschule Seefeld
	1985-1994	Christoph-Probst-Gymnasium Gilching
	Juli 1994	Abitur
Zivildienst:	1994-1995	Stiftung Pfennig-Parade München, Pflege körperbehinderter Kinder
Studium:	1996-1997	Studium der Politischen Wissenschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München
	1997-1998	Studium der Biologie an der Universität Erlangen-Nürnberg
	1998-1999	Studium der Humanmedizin an der Universität Ulm
	2003-2010	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
	März 2006	Ärztliche Vorprüfung
	Mai 2010	Staatsexamen