

Veränderungen in der Symptombelastung während der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz

Changes in Psychopathological Symptoms During the Waiting Period for Outpatient Psychotherapy

Autoren Thomas Frank Huckert, Petra Hank, Günter Krampen

Institut Fachbereich Psychologie, Universität Trier

Schlüsselwörter

- ambulante Psychotherapie
- Wartezeit
- Remission
- Symptombelastung
- Veränderungsmessung

Keywords

- psychotherapy
- outpatients
- waiting period
- waiting list
- remission

Zusammenfassung

An 106 ambulanten Psychotherapiepatienten wurde die Veränderung ihrer Symptombelastung in der 6-monatigen Wartezeit auf den Therapieplatz untersucht. Nach einem indirekten Veränderungskriterium kam es zu einer globalen Abnahme der Symptombelastung. Bei einem direkten Veränderungskriterium zeigten 48% der Patienten in der Wartezeit keine bedeutsame Veränderung, 29% eine Verbesserung und 23% eine Verschlechterung. Durch Persönlichkeitsmerkmale konnten die Verläufe prospektiv anhand einer multinomialen logistischen Regression für 60% der Patienten korrekt vorhergesagt werden: Soziales Vertrauen ist ein Resilienzfaktor gegenüber Verschlechterungen, eine liberale Geschlechtsrollen-Orientierung ein Prädiktor für Verbesserungen und ein positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ein Risikofaktor für Verschlechterungen. Soziodemografische Merkmale konnten die Veränderungen für 57% der Patienten vorhersagen: Das Alter ist ein positiver Prädiktor für Verschlechterungen. Frauen verbesserten sich seltener als Männer.

Abstract

This study empirically tests symptom changes in a sample of 106 psychotherapy outpatients during a 6-month waiting period before treatment commencement. Using indirect measurement of change, the patients improve in psychopathological symptoms. Using direct measurement of change, 48% of the outpatients show no significant change in psychopathological symptoms. However, the symptoms of 29% improve and 23% worsen. Using multinomial logistic regression, group membership (no change, positive change, negative change) can be predicted by personality traits for 60% of the patients. Social trust negatively predicts changes for the worse. Liberal gender-role orientation positively predicts improvement. A positive self-concept of ability positively predicts changes for the worse. Moreover sociodemographic variables correctly predict group membership for 57% of the patients. Age positively predicts changes for the worse. Female gender negatively predicts improvement.

eingereicht 22. Januar 2012
akzeptiert 7. Mai 2012

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1314837>
Psychother Psych Med 2012; 62: 301–309
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Frank Huckert
Fachbereich Psychologie
Universität Trier
54286 Trier
huckert.thomas@gmail.com

Einleitung¹

Monatelange Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz sind der Regelfall im deutschen Gesundheitssystem. In einer aktuellen bundesrepräsentativen Umfrage an etwa 2500 niedergelassenen Psychotherapeuten wird über mittlere Wartezeiten von mehr als 2½ Monaten berichtet [1]. In einer anderen Studie wurden gar mittlere Wartezeiten von mehr als 4 Monaten festgestellt [2]. Derart ausgeprägte Wartezeiten sind ein Beleg für die Unterversorgung im Be-

reich der ambulanten Psychotherapie und verstoßen gegen das Prinzip des zügigen Direktzugangs zu einer Heilbehandlung bei Vorliegen einer (psychischen) Störung mit Krankheitswert nach SGB V. Nicht zuletzt wegen der Offensichtlichkeit des Problems ist es erstaunlich, dass die vorliegende empirische Fachliteratur zur Frage, was eigentlich während der Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie bei den Patienten hinsichtlich ihrer Symptombelastung passiert, defizitär ist. Diese Frage wird in der vorliegenden Studie anhand einer Stichprobe von Psychotherapiepatienten einer Hochschulambulanz empirisch überprüft.

¹Dieser Artikel enthält die zentralen Ergebnisse der Dissertation des Erstautors, die unter URN: urn:nbn:de:hbz:385-7232, URL: <http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2011/723> zu beziehen ist.



Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, mit welchen Merkmalen Veränderungen der Symptombelastungen während der Wartezeit zusammenhängen. Neben soziodemografischen und störungsbezogenen Merkmalen wird hierbei der Fokus auf eine Auswahl an Persönlichkeitsmerkmalen gelegt, die sowohl im Rahmen der primären Prävention als auch im Kontext einer psychologischen Intervention potenziell beeinflussbar sind. Die Auswahl der spezifischen Persönlichkeitsmerkmale wurde theoriegeleitet vor dem Hintergrund der aktionalen Entwicklungspsychologie getroffen und an anderer Stelle differenziert erörtert [3].

Soziales Vertrauen

Soziales Vertrauen als generalisierte Erwartungshaltungen gegenüber Personen und Personengruppen ist eng verwandt mit dem Konstrukt des interpersonalen Vertrauens, das Rotter innerhalb seiner sozialen Lerntheorie als „Erwartung eines Individuums oder einer Gruppe, dass man sich auf das Wort, die Versprechen, verbalen oder geschriebenen Aussagen anderer Individuen verlassen kann“ ([4] S. 242). Soziales Vertrauen stellt einen allgemeinen Resilienzfaktor für psychisches Wohlbefinden dar. Empirisch lassen sich etwa negative Zusammenhänge mit Depressivität [5], negativer Affektivität [6], psychopathologischer Belastung [7], der neuroendokriner Stressreaktion [8] sowie positive Zusammenhänge mit Lebenszufriedenheit auffinden [9]. Auch zum Verlauf psychischer Störungen bestehen Zusammenhänge. So zeigen Personen mit positiven Verläufen unbehandelter psychischer Störungen eine größere Anzahl aktuell zufriedenstellender sozialer Kontakte und berichten positivere Beziehungen zu den Eltern in der primären Sozialisation als Personen mit negativen Verläufen [10, 11].

Selbstkonzept eigener Fähigkeiten

Die Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartungen und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten beschreiben das Ausmaß, in dem Personen sich imstande sehen, über die Motivation, die kognitiven Ressourcen und behavioralen Kompetenzen zu verfügen, um zielgerichtete Handlungen ausführen zu können [12]. Ein positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bzw. ein hohes Ausmaß an Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stellt ebenfalls einen allgemeinen Resilienzfaktor gegenüber psychopathologischen Symptomen dar. Dies lässt sich empirisch durch negative Zusammenhänge mit selbstwahrgenommenem Stress, Depressivität, Angstsymptomen, Neurotizismus und psychosomatischen Beschwerden nachweisen [13–16]. Auch finden sich positive Zusammenhänge mit Lebenszufriedenheit, Extraversion und optimistischen Zukunftsaussichten [14].

Hoffnungslosigkeit

Hoffnungslosigkeit kann definiert werden als „negative Erwartungen einer Person über sich selbst, die personenspezifische Umwelt und über das künftige Leben, die mit reduzierten Handlungs- und Lebenszielen verbunden sind“ ([17] S. 16). Bei Hoffnungslosigkeit handelt es sich um ein im Kontext mannigfaltiger psychischer, psychosomatischer und somatischer Störungen untersuchtes Konstrukt. Etwa lassen sich positive Zusammenhänge mit Suizidalität [18], Depressivität [19], Ängstlichkeit, Selbstwertproblemen, Ärger und Einsamkeit [20] sowie negative Zusammenhänge mit Lebenszufriedenheit, psychischem Wohlbefinden und dem Ausüben von Alltagsaktivitäten aufzeigen [17]. Weiterhin hängen Kohärenzsinn und Optimismus – als positive

Gegenentwürfe zu Hoffnungslosigkeit – mit Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden zusammen [21, 22].

Kontrollüberzeugungen

Internale Kontrollüberzeugungen umfassen die generalisierte Erwartung, dass Ereignisse im Leben vorwiegend durch eigene Handlungen verursacht werden. Externale Kontrollüberzeugungen umfassen die generalisierte Erwartung, dass Ereignisse im Leben vorwiegend durch äußere Einflüsse bewirkt werden, etwa durch andere Personen (sozial externale Kontrollüberzeugungen) oder übernatürliche Einflüsse wie Schicksal, Glück oder Zufall (fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen) [14]. Zwischen fatalistisch sowie sozial externen Kontrollüberzeugungen und psychischer Symptombelastung, Stressempfinden und Depressivität finden sich positive Zusammenhänge [13, 23–25]. Zwischen internalen Kontrollüberzeugungen und psychischem Wohlbefinden sowie Lebenszufriedenheit bestehen positive Zusammenhänge [14, 26], mit Depressivität negative Zusammenhänge [14, 24, 25]. Auch gibt es empirische Hinweise, dass Personen mit negativen Verläufen unbehandelter psychischer Störungen stärker ausgeprägte fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen und schwächer ausgeprägte internale Kontrollüberzeugungen aufweisen als jene mit positiven Verläufen [13].

Normative Geschlechtsrollen-Orientierung

Die normative Geschlechtsrollen-Orientierung umfasst Einstellungen zur Angemessenheit der geschlechtstypischen Arbeitsteilung und Regeln des sozialen Umgangs zwischen Frauen und Männern und impliziert moralische Wertungen darüber, welche (geschlechtsstereotypischen) Verhaltensweisen und Attribute für Frauen und Männer als angebracht erachtet werden [27]. Es bestehen empirische Hinweise, dass eine traditionelle normative Geschlechtsrollen-Orientierung positiv mit psychopathologischer Symptombelastung zusammenhängt. So lassen sich etwa – zum Teil geschlechtsdifferenzielle – Zusammenhänge mit Alkoholismus [27], Aggressivität, Angst, Neurotizismus [28], Depressivität [29] und psychosomatischen Beschwerden [30] aufzeigen.

Copingstrategien

Tenazität als Indikator assimilativer Bewältigungsprozesse und Flexibilität als Indikator akkommodativer Bewältigungsprozesse dienen dem Umgang mit Diskrepanzen zwischen erwünschten und tatsächlichen Entwicklungsverläufen. Bei Tenazität handelt es sich um die Fähigkeit, Handlungsbestrebungen zur aktiven Veränderung des tatsächlichen Entwicklungsverlaufs aufrechtzuerhalten, während Flexibilität die Fähigkeit zur kognitiven Veränderung von Wert- und Zielvorstellungen hinsichtlich des erwünschten Entwicklungsverlaufs meint. Empirisch lassen sich negative Zusammenhänge von Tenazität und Flexibilität mit Ängstlichkeit, Deprimiertheit, Mutlosigkeit, Beunruhigung, Depressivität sowie positive Zusammenhänge mit Hoffnung, Optimismus, Lebenszufriedenheit, emotionaler Stabilität und dem Selbstwert nachweisen [31–33].

Fragestellungen und Hypothesen

Das Eingeständnis der eigenen Behandlungsbedürftigkeit, das einer Anmeldung zur Psychotherapie vorausgeht, deutet darauf hin, dass defensive Bewältigungsstrategien [34] bzw. Abwehrmechanismen [35] partiell aufgegeben wurden. Dies ermöglicht den Individuen einen vorher blockierten assimilativen und akkommodativen Umgang [34] mit Problemen, Wünschen,



unerfüllten Bedürfnissen usw., der bei einer bestimmten Anzahl von Patienten zu einem gewissen Grade erfolgreich sein kann. Insgesamt wird demnach von einer positiven Veränderung der Symptombelastung in der Wartezeit zwischen Anmeldung und Erstgespräch ausgegangen, wenngleich lediglich ein kleiner Effekt antizipiert wird. Dies ist auch konsistent mit einer Meta-Analyse zur Veränderung der Symptomatik von unbehandelten Kontrollgruppen aus Psychotherapiestudien, in der geringfügig positive Veränderungen am häufigsten vorkamen [36]. Hinsichtlich der zuvor angeführten Persönlichkeitsmerkmale sind folgende Zusammenhänge zu erwarten: Soziales Vertrauen, Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, internale Kontrollüberzeugungen, Tenazität und Flexibilität hängen positiv mit einer Verbesserung der Symptombelastung zusammen. Eine traditionelle normative Geschlechtsrollen-Orientierung, sozial externe Kontrollüberzeugungen, fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen und Hoffnungslosigkeit hängen negativ mit einer Verbesserung der Symptombelastung zusammen. Zwischen dem Geschlecht, dem Alter und der Dauer der Wartezeit werden keine Zusammenhänge zur Veränderung der Symptombelastung erwartet. Zwischen einer bereits erfolgten Vorbehandlung wird ein positiver Zusammenhang, zwischen dem Vorliegen komorbider psychischer Störungen ein negativer Zusammenhang zur Verbesserung der Symptombelastung in der Wartezeit vorhergesagt. Zudem soll untersucht werden, welche der genannten Merkmale bedeutsame Prädiktoren für eine Verbesserung und eine Verschlechterung der Symptombelastung in der Wartezeit darstellen.

Methode



Probanden und Prozedur

Die Studie wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts durchgeführt, für das eine positive Stellungnahme der Ethik-Kommission vorliegt. Die Patienten wurden darüber informiert, dass die erhobenen Daten zur Verlaufskontrolle der Behandlung (inklusive Feedback) und in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Die Ausgangsstichprobe besteht aus 282 Patienten, die sich innerhalb des Zeitraums von etwa einem Jahr zu einer Therapie an der Hochschulambulanz für Psychotherapie einer Universität in einer westdeutschen Großstadt angemeldet hatten. Allen Patienten, die sich innerhalb dieses Zeitraums angemeldet haben, wurde mit der schriftlichen Bestätigung der Anmeldung (T1) eine Fragebogenbatterie mit 7 psychodiagnostischen Instrumenten zugesandt. Nach der obligatorischen Zurücksendung der Fragebogenbatterie, die von allen Patienten getätigt wurde (wenngleich nur 253 Fragebögen vollständig ausgefüllt wurden), wurden die Patienten auf eine Warteliste gesetzt und erhielten ein Angebot für ein probatorisches Erstgespräch, so zeitnah dies nach den Kapazitäten der Psychotherapie-Ambulanz möglich war. Die durchschnittliche Wartezeit betrug 6,2 Monate ($SD=2,31$), was relativ konsistent mit den Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz in den vorausgegangenen Jahren ist. Zum probatorischen Erstgespräch (T2), das von nur etwa einem Drittel der Patienten ($n=106$; 38%) wahrgenommen wurde, wurde den Patienten eine nahezu identische Fragebogenbatterie ausgehändigt, die zum eine Woche später stattfindenden probatorischen Zweitgespräch ausgefüllt mitzubringen war. Diese Stichprobe besteht aus 65 Frauen und 41 Männern im Alter von 18 bis 61 Jahren ($M=37,1$, $SD=11,31$). Etwa 65% der Patienten waren zum Zeitpunkt der Erhebung erwerbstätig, 30% gingen keiner Erwerbstätigkeit nach und für 5%

liegen hierzu keine Angaben vor. Unter den Erwerbstätigen machten Personen in kaufmännischen Berufen mit 11% die größte Gruppe aus. Unter die Nichterwerbstätigen fallen primär Studierende (16%) und Arbeitslose (7%). Von den Patienten gaben 43% an, wegen psychischer Probleme bereits eine Behandlung erfahren zu haben (Neurologe, Psychiater, Psychiatrie, Fachklinik, Psychotherapie).

Bei der Behandlungsaufnahme in der Hochschulambulanz wurde bei allen Patienten das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID, Achse I und II [37]) durchgeführt. Bei 15% der Patienten wurde keine Diagnose gestellt, da sie entweder vor Abschluss des diagnostischen Prozesses ihre Behandlung abbrachen oder keine Psychotherapie indiziert war. Bei den anderen waren affektive Störungen (35%), Angststörungen (21%) und Anpassungsstörungen (13%) die häufigsten Diagnosen nach der ICD-10, was dem typischen Diagnosespektrum des Patientenguts von Hochschulambulanzen für Psychotherapie entspricht. Die übrigen 16% waren überwiegend von Essstörungen (5%), Belastungsstörungen (4%) und somatoformen Störungen (3%) betroffen. Bei den affektiven Störungen handelte es sich primär um rezidivierende depressive Störungen (19%), depressive Episoden (8%) und anhaltende affektive Störungen (6%). Die Gruppe der Angststörungen setzt sich überwiegend aus sozialen Phobien (7%), Agoraphobien (4%) und Zwangsstörungen (4%) zusammen. Bei insgesamt 31% der Patienten war eine Zweitdiagnose nach ICD-10 zu stellen. Hierbei handelte es sich in erster Linie um affektive Störungen (9%), Persönlichkeitsstörungen (5%), Angststörungen (5%), posttraumatische Belastungsstörungen (3%), Störungen durch psychotrope Substanzen (3%) und somatoforme Störungen (3%).

Psychodiagnostische Verfahren Brief Symptom Inventory (BSI)

Das BSI [38] stellt eine 53-Item-Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis dar. Mit einer 5-stufigen Likert-Skala werden subjektiv empfundene Beeinträchtigungen durch psychische und körperliche Symptome erfasst. 9 Skalen erfassen einzelne Symptombereiche, während globale Kennwerte eine Übersicht über die allgemeine psychische Belastung darbieten. Hierzu gehören die grundsätzliche psychische Belastung (GSI), die Intensität der Antworten (PSDI) und die Anzahl der Symptome (PST). In der vorliegenden Studie betragen die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) 0,83 (T1) und 0,79 (T2) für die Skala Somatisierung, 0,78 und 0,79 für die Skala Zwanghaftigkeit, 0,80 und 0,85 für die Skala Unsicherheit im Sozialkontakt, 0,82 und 0,85 für die Skala Depressivität, 0,83 und 0,81 für die Skala Ängstlichkeit, 0,80 und 0,67 für die Skala Aggressivität/Feindseligkeit, 0,85 und 0,81 für die Skala Phobische Angst, jeweils 0,81 für die Skala Paranoides Denken sowie 0,65 und 0,74 für die Skala Psychotizismus. Für die Gesamtskala liegt Cronbachs Alpha bei 0,96 und 0,95.

Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Wohlbefinden – Psychotherapie (VFE-PT)

Der VFE-PT [39] erfasst mit 12 siebenfach abgestuften Items das direkte Veränderungserleben in 6 Indikationsbereichen von psychotherapeutischen Interventionen: körperliche und psychische Erschöpfung, Nervosität und innere Anspannung, psychophysiologische Dysregulationen, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, Schmerzbelastungen und Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle. Die mögliche Spannweite des Skalenwertes liegt bei ± 36 . Cronbachs Alpha beträgt 0,95 (T2).



Skala zur Erfassung dreier Aspekte von sozialem Vertrauen, revidierte Version (SV-24-R)

Die SV-24-R-Skala [40] erfasst anhand von jeweils 8 sechsfach abgestuften Items das Vertrauen in primäre Bezugspersonen (Eltern, Freunde, Lebenspartner, Familie), das Vertrauen in weitere Bezugspersonen (Nachbarn, Bekannte, Kollegen, neue Bekanntschaften) und das Vertrauen in soziale Rollenträger (Politiker, Verkäufer, Handwerker) sowie übergeordneter Institutionen (Gericht, das Land, die Politik). In der vorliegenden Studie wurde lediglich die Gesamtskala als Indikator für das generalisierte soziale Vertrauen verwendet. Cronbachs Alpha beträgt 0,88 (T1).

Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Der FKK [14] erhebt mit jeweils 8 Items im 6-fach abgestuften Antwortformat generalisierte Kompetenz- und Kontingenzerwartungen auf 4 Primärskalen: Internalität als die subjektiv wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben, soziale Externalität als generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss anderer Personen abhängen, fatalistische Externalität als generalisierte Erwartung, dass Ereignisse im Leben von Schicksal, Glück, Pech oder dem Zufall abhängen und das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten als generalisierte Erwartung, dass in Lebenssituationen Handlungsmöglichkeiten bestehen. Cronbachs Alpha beträgt 0,64 für die Skala Internalität (T1), 0,79 für die Skala soziale Externalität (T1), 0,78 für die Skala fatalistische Externalität (T1) sowie 0,79 für die Skala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (T1).

Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen)

Bei den H-Skalen [17] handelt es sich um eine deutsche Adaption und Weiterentwicklung der von Beck im Rahmen seiner kognitiven Depressionstheorie entwickelten Hopelessness Scale. Im Rahmen dieser Studie wird eine Halbform der revidierten Version (H-RA-Skala) verwendet, die 10 Items mit 6-fach abgestuften Likert-Antwortskalen beinhaltet. Cronbachs Alpha beträgt 0,78 (T1).

Kurzform der Skala zur Messung der normativen Geschlechtsrollen-Orientierung (GRO-K-Skala)

Die GRO-K-Skala [41] stellt eine 11-Item-Kurzform einer deutschsprachigen Adaption der sex-role-orientation scale zur Messung der normativen Geschlechtsrollen-Orientierung dar. Auf einer 6-stufigen Likert-Skala haben die Probanden zu beurteilen, inwiefern sie bestimmten Aussagen über angemessenes Verhalten von Frauen und Männern hinsichtlich Normen des sozialen Umgangs zwischen den Geschlechtern und der geschlechtstypischen Arbeitsteilung zustimmen. Cronbachs Alpha beträgt 0,88 (T1).

Kurzform der Skala zur Erfassung hartnäckiger Zielverfolgung und flexibler Zielanpassung (Ten-Flex-K-Skala)

Bei der Ten-Flex-K-Skala [3] handelt es sich um eine 16-Item-Kurzform der Skala zur Erfassung hartnäckiger Zielverfolgung und flexibler Zielanpassung [31]. Die Probanden haben auf einer 5-fach abgestuften Likert-Skalen zu beurteilen, inwiefern sie in Situationen, in denen die Verwirklichung von Entwicklungszielen gefährdet ist, Bewältigungsstrategien nachkommen, die entweder auf eine hartnäckige Zielverfolgung (Tenazität) oder aber auf eine flexible Modifikation von Entwicklungszielen

(Flexibilität) ausgerichtet sind. Cronbachs Alpha beträgt 0,81 für die Skala Tenazität (T1) und 0,76 für die Skala Flexibilität (T1).

Ergebnisse



Analyse der Dropouts

Zunächst wurde anhand einer multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) überprüft, ob die Ausgangsstichprobe sich signifikant von der untersuchten Stichprobe unterscheidet. Die MANOVA mit dem 2-stufigen Faktor Erstgespräch-Daten-verfügbar vs. Erstgespräch-Daten-nicht-verfügbar und allen erhobenen intervallskalierten Daten als abhängige Variablen ist nicht signifikant (Wilks $\Lambda=0,98$, $F_{(12, 240)} < 1$). In den univariaten Tests zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (jeweils $p > 0,05$) für das Alter ($F_{(1, 251)} < 1$), die normative Geschlechtsrollen-Orientierung ($F_{(1, 251)} = 1,31$), die grundsätzliche psychische Belastung ($F_{(1, 251)} < 1$), die direkt erfasste Veränderung der Symptombelastung bei der Anmeldung ($F_{(1, 251)} < 1$), das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ($F_{(1, 251)} < 1$), internale Kontrollüberzeugungen ($F_{(1, 251)} = 1,19$), sozial externe Kontrollüberzeugungen ($F_{(1, 251)} = 2,86$), fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen ($F_{(1, 251)} = 1,35$), soziales Vertrauen ($F_{(1, 251)} < 1$), Hoffnungslosigkeit ($F_{(1, 251)} = 1,13$), Tenazität ($F_{(1, 251)} < 1$) sowie Flexibilität ($F_{(1, 251)} < 1$). Auch hinsichtlich der Geschlechterverteilung gab es keine bedeutsamen Unterschiede ($\chi^2_{(1)} = 0,06$, $p > 0,10$), sodass angenommen werden kann, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe hinsichtlich der erfassten Merkmale um eine hinreichend repräsentative Teilstichprobe der Ausgangsstichprobe handelt [3].

Veränderung der Symptombelastung

• **Abb. 1** sind die Ausprägungen der einzelnen Symptombereiche und globalen Kennwerte des BSI zu T1 und T2 entnehmen. Die statistische Signifikanz der Symptomveränderungen wurde nach dem Ansatz der indirekten Veränderungsmessung für die Einzelskalen mit einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (MANOVA-R) überprüft. Für die 3 globalen Kennwerte wurden 3 eindimensionale Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA-R) durchgeführt, da die globalen Kennwerte des BSI weder unabhängig voneinander noch von den Einzelskalen sind. Die MANOVA-R mit den Einzelskalen ist signifikant (Wilks $\Lambda=0,75$, $F_{(9, 94)} = 3,52$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,25$). Aus • **Abb. 1** lassen sich die Ergebnisse der univariaten Tests hinsichtlich der Einzelskalen und die Ergebnisse der ANOVA-Rs hinsichtlich der globalen Kennwerte entnehmen. Demnach ist es in sämtlichen Skalen zu einer signifikanten Abnahme der Symptombelastung gekommen. Dennoch gilt zu beachten, dass die Verbesserung als relativ zu betrachten ist, da die mittleren T-Werte fast aller Skalen zu T2 noch immer über dem kritischen Wert einer auffälligen psychischen Symptombelastung liegen (> 63). Mit $ES_{\text{pool}}[42] = 0,40$ liegt ein kleiner Effekt vor. Als Kriterium für eine klinisch bedeutsame Veränderung wurden die empirischen Differenzwerte zwischen den GSI-T-Werten zu T1 und den GSI-T-Werten zu T2 mit den kritischen Differenzwerten [38] verglichen. Hiernach ist es bei 68% der Patienten zu keiner bedeutsamen Veränderung der Symptombelastung gekommen. Bei 29% der Patienten hat die Symptombelastung abgenommen, bei 4% zugenommen.

Zusätzlich wurde das direkte Veränderungserleben der Patienten in der Wartezeit erfasst. Der Mittelwert des T2-VFE-PT liegt bei 0,36 ($SD = 12,22$). Das bedeutet, dass von den Patienten im



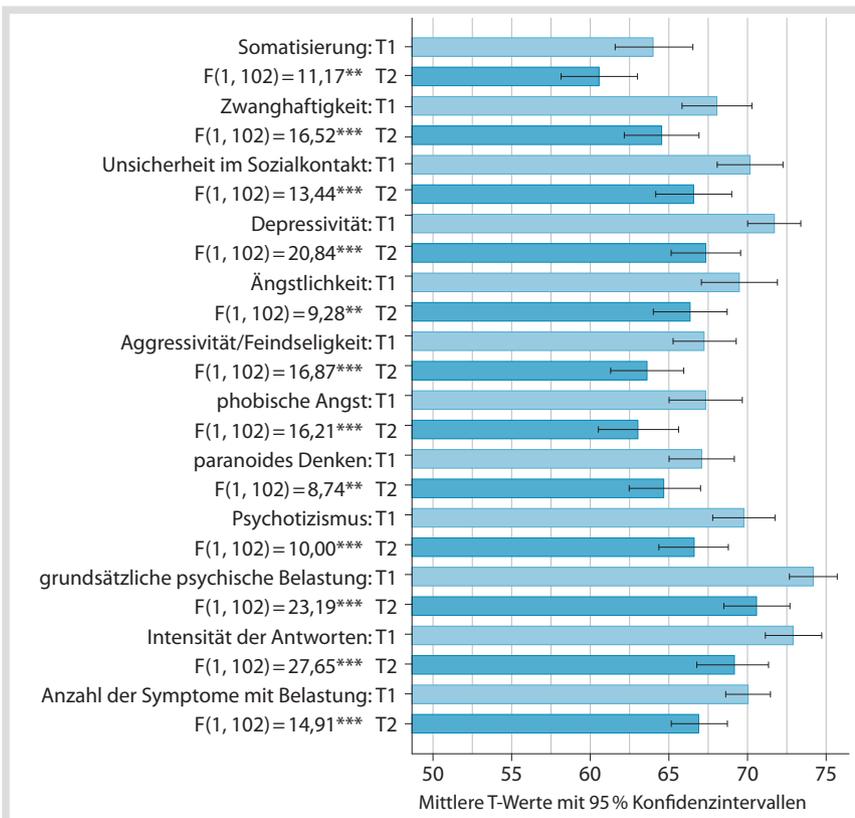


Abb. 1 Symptombelastung zum Zeitpunkt der Anmeldung (T1) und zum Zeitpunkt des Erstgesprächs (T2) mit 95-%-Konfidenzintervallen sowie Überprüfung der Signifikanz der Veränderung anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung (** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$).

Mittel keine Veränderung der Symptombelastung in der Wartezeit wahrgenommen wurde. Nach den intraindividuellen Veränderungsnormen des VFE-PT [39] erlebten 48% der Patienten subjektiv eine gleichbleibende Symptombelastung, 29% eine Verbesserung und 23% eine Verschlechterung.

Tab. 1 Bivariate Korrelationen zwischen soziodemografischen Merkmalen, störungsbezogenen Merkmalen sowie Persönlichkeitsmerkmalen und der Veränderung der Symptombelastung in der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz.

	T2-VFE-PT (N=95)	GSI-Residual- Change (N=92)
Alter	-0,29**	-0,01
Geschlecht (0 = weiblich, 1 = männlich)	-0,03	0,10
Wartezeit	0,15	0,00
Vorbehandlungen (0 = nein, 1 = ja)	-0,08	-0,06
Anzahl der Diagnosen (0–3)	-0,18	-0,19
normative Geschlechtsrollen-Orientierung	-0,27**	-0,14
Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	-0,01	0,05
internale Kontrollüberzeugungen	0,24**	0,17
sozial externe Kontrollüberzeugungen	-0,08	-0,07
fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen	-0,14	-0,08
soziales Vertrauen	0,32**	0,11
Hoffnungslosigkeit	-0,20*	-0,09
Tenazität	0,07	0,16
Flexibilität	0,03	0,08

T2-VFE-PT = direkt erfasste Veränderung der Symptombelastung, GSI-Residual-Change = indirekt erfasste Veränderung der Symptombelastung

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Korrelate von Veränderungen der Symptombelastung

Tab. 1 enthält die Korrelationen zwischen soziodemografischen Merkmalen, störungsbezogenen Merkmalen und Persönlichkeitsmerkmalen mit der direkt (T2-VFE-PT) und indirekt (GSI-Residual-Change [43]) erfassten Veränderung der Symptombelastung in der Wartezeit.

Von den soziodemografischen und störungsbezogenen Merkmalen hängt einzig das Alter signifikant (negativ) mit der direkt erfassten Verbesserung der Symptombelastung in der Wartezeit zusammen. Von den Persönlichkeitsmerkmalen kovariieren die normative Geschlechtsrollen-Orientierung, internale Kontrollüberzeugungen, das soziale Vertrauen und Hoffnungslosigkeit in der erwarteten Richtung mit der direkt erfassten Veränderung der Symptombelastung. Zwischen dem Residual Change Score des GSI und den untersuchten Merkmalen gibt es keine signifikanten Zusammenhänge.

Prädiktoren von Veränderungen der Symptombelastung

Soziodemografische und störungsbezogene Merkmale

Es wurde überprüft, ob die Zugehörigkeit zu einer Veränderungsgruppe durch die soziodemografischen und störungsbezogenen Merkmale vorhergesagt werden kann. Aufgrund der geringen Anzahl von Verschlechterungen, die nach der indirekten Veränderungsmessung diagnostiziert worden sind (4%), lässt sich hier die Verschlechterungskategorie allerdings nicht aufrechterhalten, da dies zu einer ungenügenden Teststärke führen würde. Die Kategorien Verschlechterung und Keine Veränderung mussten deshalb zu einer gemeinsamen Kategorie zusammengefasst werden. Demnach wurde eine binäre logistische Regression mit dem Alter, dem Geschlecht, der Wartezeit, Vorbehandlungen (nein, ja) sowie der Anzahl der Diagnosen als



Tab. 2 Multinomiale logistische Regression zur Vorhersage der Zugehörigkeit zur Veränderungsgruppe (Verschlechterung, Keine Veränderung, Verbesserung) durch soziodemografische und störungsbezogene Merkmale.

Prädiktor-Variable	B	SE(B)	Wald χ^2 (df=1)	Exp(B)	95%-CI Exp(B)	
					untere Grenze	obere Grenze
Verschlechterung vs. Keine Veränderung						
Alter	0,09	0,03	10,24**	1,09	1,04	1,15
weibliches Geschlecht	-1,24	0,64	3,77	0,29	0,08	1,01
Wartezeit	-0,11	0,14	0,67	0,89	0,68	1,17
keine Vorbehandlung	0,73	0,62	1,39	2,08	0,62	7,00
Anzahl der Diagnosen (0-3)	-0,05	0,40	0,01	0,95	0,43	2,11
Verbesserung vs. Keine Veränderung						
Alter	0,02	0,03	0,74	1,02	0,97	1,07
weibliches Geschlecht	-1,35	0,57	5,59*	0,26	0,08	0,79
Wartezeit	0,13	0,12	1,24	1,14	0,91	1,42
keine Vorbehandlung	1,10	0,56	3,90*	2,99	1,01	8,89
Anzahl der Diagnosen (0-3)	-0,79	0,37	4,56*	0,46	0,22	0,94

R^2 (Nagelkerke)=0,31, Modell χ^2 (df=10)=29,72, $p<0,01$, richtige Klassifikationen: 57%

* $p<0,05$, ** $p<0,001$

Prädiktoren und der nach den kritischen Differenzwerten des BSI eingeteilten Veränderungsgruppenzugehörigkeit (Keine Verbesserung, Verbesserung) als Kriterium gerechnet. Das Regressionsmodell ist nicht signifikant (R^2 (Nagelkerke)=0,11, Modell $\chi^2_{(5)}=7,49$, $p>0,10$). Wird als Kriterium hingegen die direkt anhand des VFE-PT eingeteilte Gruppenzugehörigkeit (Verschlechterung, Keine Veränderung, Verbesserung) verwendet, können die Patienten in einer multinomialen logistischen Regression anhand der berücksichtigten Merkmale statistisch bedeutsam zu den entsprechenden Veränderungsgruppen zugeordnet werden (s. **Tab. 2**). Global leisten hierzu das Alter ($\chi^2_{(2)}=11,89$, $p<0,01$) und das Geschlecht ($\chi^2_{(2)}=7,23$, $p<0,05$) einen signifikanten Beitrag.

Die erste Hälfte der **Tab. 2** zeigt an, welche Prädiktoren bedeutsam die Zugehörigkeit zur Gruppe der Verschlechterten gegenüber der Patienten mit gleichbleibender Symptombelastung vorhersagen können. Hierbei kommt einzig dem Alter ein signifikant positives Gewicht zu. Die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der Verschlechterten zu gehören, steigt, je höher das Alter der Patienten ist.

Die zweite Hälfte der **Tab. 2** illustriert, welche Prädiktoren die Zugehörigkeit zur Gruppe der Verbesserten gegenüber der Patienten mit gleichbleibender Symptombelastung vorhersagen können. Es zeigt sich, dass Frauen signifikant seltener zur Gruppe der Verbesserten gehören. Die signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Anzahl der Diagnosen und der Bedeutung von Vorbehandlungen werden nicht interpretiert, da diese Variablen im globalen Test der Prädiktoren nicht signifikant wurden. Insgesamt können 57% der Patienten der richtigen Veränderungsgruppe zugeordnet werden.

Persönlichkeitsmerkmale

Anhand einer binär-logistischen Regression wurde zunächst überprüft, ob die Persönlichkeitsmerkmale die Zugehörigkeit zu den nach dem BSI indirekt eingeteilten Veränderungsgruppen (Keine Verbesserung, Verbesserung) vorhersagen können. Dies trifft nicht zu (R^2 (Nagelkerke)=0,08, Modell $\chi^2_{(9)}=5,14$, $p>0,10$). In einem nächsten Schritt wurde mit einer multinomialen logistischen Regression untersucht, ob die in der vorliegenden Studie erfassten Persönlichkeitsmerkmale die Zugehörigkeit zu den anhand des VFE-PT direkt eingeteilten Veränderungsgruppen (Verschlechterung, Keine Veränderung, Verbesserung) vorhersagen können. Es zeigt sich, dass die Zugehörigkeit zu diesen Verände-

rungsgruppen statistisch bedeutsam durch die zum Zeitpunkt der Anmeldung erhobenen Persönlichkeitsmerkmale vorhergesagt werden kann (s. **Tab. 3**). Global leisten hierzu die normative Geschlechtsrollen-Orientierung ($\chi^2_{(2)}=7,92$, $p<0,05$), das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ($\chi^2_{(2)}=8,29$, $p<0,05$) und das soziale Vertrauen ($\chi^2_{(2)}=20,42$, $p<0,001$) einen signifikanten Beitrag.

Die erste Hälfte der **Tab. 3** zeigt an, welche Prädiktoren bedeutsam die Zugehörigkeit zur Gruppe der Verschlechterten gegenüber der Gruppe mit konstanter Symptombelastung vorhersagen können. Hierbei kommt dem sozialen Vertrauen ein statistisch signifikant negatives Gewicht zu. Die Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der Verschlechterten zu gehören, nimmt erwartungsgemäß bei hohem sozialen Vertrauen in starkem Maße ab. Weiterhin kommt dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ein bedeutsames positives Gewicht in der Prädiktion der Zugehörigkeit zur Gruppe der Verschlechterten zu. Die Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der Verschlechterten zu gehören, erhöht sich mit einem bei der Anmeldung zur Psychotherapie positiv ausgeprägten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten.

Die zweite Hälfte von **Tab. 3** zeigt an, welche Prädiktoren bedeutsam die Zugehörigkeit zur Gruppe der Verbesserten gegenüber der Gruppe ohne Veränderung der Symptombelastung vorhersagen können. Hierbei kommt einzig der normativen Geschlechtsrollen-Orientierung ein signifikantes Gewicht mit negativer Ausprägung zu. Dieses erwartungsgemäße Ergebnis besagt, dass die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der Verbesserten zu gehören, abnimmt, je traditioneller die normative Geschlechtsrollen-Orientierung ausgeprägt ist. Insgesamt leistet das Regressionsmodell 60% richtige Zuordnungen.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde die Veränderung der allgemeinen psychischen Symptombelastung zwischen der Anmeldung zu einer ambulanten Psychotherapie und dem Erstgespräch untersucht. Beachtenswert ist zunächst, dass nur gut ein Drittel der Patienten, die sich angemeldet haben, nach dem Ablauf der Wartezeit der Einladung zum Erstgespräch Folge leistete. D. h., dass bei nahezu zwei Dritteln der Patienten davon auszugehen ist, dass sie während dieser Wartezeit andernorts eine Behandlung aufnehmen konnten. Bei einem gewissen Anteil an Patienten wäre auch denkbar, dass sich die psychische Belastung soweit



Tab. 3 Multinomiale logistische Regression zur Vorhersage der Zugehörigkeit zur Veränderungsgruppe (Verschlechterung, Keine Veränderung, Verbesserung) durch Persönlichkeitsmerkmale zu T1.

Prädiktor-Variable	B	SE(B)	Wald χ^2 (df=1)	Exp(B)	95%-CI Exp(B)	
					untere Grenze	obere Grenze
Verschlechterung vs. Keine Veränderung						
normative Geschlechtsrollen-Orientierung	0,03	0,05	0,36	1,03	0,94	1,12
Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	0,24	0,10	6,54*	1,28	1,06	1,54
internale Kontrollüberzeugungen	-0,06	0,08	0,59	0,94	0,81	1,09
sozial externe Kontrollüberzeugungen	-0,13	0,10	1,79	0,88	0,73	1,06
fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen	0,07	0,09	0,68	1,08	0,90	1,29
soziales Vertrauen	-3,29	0,92	12,69***	0,04	0,01	0,23
Hoffnungslosigkeit	0,05	0,07	0,61	1,05	0,92	1,20
Tenazität	0,48	0,60	0,65	1,61	0,50	5,18
Flexibilität	-0,59	0,75	0,60	0,56	0,13	2,44
Verbesserung vs. Keine Veränderung						
normative Geschlechtsrollen-Orientierung	-0,10	0,05	4,75*	0,90	0,82	0,99
Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	0,10	0,08	1,77	1,11	0,95	1,29
internale Kontrollüberzeugungen	-0,01	0,06	0,01	0,99	0,88	1,12
sozial externe Kontrollüberzeugungen	0,01	0,07	0,01	1,01	0,87	1,16
fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen	0,06	0,07	0,76	1,06	0,93	1,20
soziales Vertrauen	-1,23	0,64	3,72	0,29	0,08	1,02
Hoffnungslosigkeit	-0,10	0,06	3,00	0,91	0,81	1,01
Tenazität	0,31	0,46	0,47	1,37	0,56	3,35
Flexibilität	-0,27	0,58	0,21	0,76	0,24	2,40

R^2 (Nagelkerke)=0,45, Modell χ^2 (df=18)=46,69, $p<0,001$, richtige Klassifikationen: 60 %

* $p<0,05$, *** $p<0,001$

(etwa durch Selbsthilfe, soziale Unterstützung o.ä.) verringern konnte, dass ihnen eine Psychotherapie aufgrund des reduzierten Leidensdruck nicht mehr notwendig erschien.

Die zum Erstgespräch erschienenen Patienten zeigten sowohl zum Zeitpunkt der Anmeldung als auch zum Zeitpunkt des Erstgesprächs ein klinisch relevantes Ausmaß an subjektiver Symptombelastung. Während der Wartezeit ist es nach dem Befund aus der indirekten Veränderungsmessung bei ihnen im Durchschnitt zu einer zwar geringen, aber statistisch bedeutsamen Verbesserung der subjektiven Beschwerdeblastung gekommen. Intraindividuelle Messwertvergleiche weisen allerdings darauf hin, dass 68% der Patienten keine signifikante Veränderung, 29% eine Verbesserung und 4% eine Verschlechterung ihrer Symptomatik erlebten.

Vergleicht man diese Befunde zum Symptomverlauf während der Wartezeit aus der indirekten Veränderungsmessung mit denen aus der direkten Veränderungsmessung, also den Angaben, die zum Zeitpunkt des Erstgesprächs bei den Patienten erfasst wurden, so zeigt sich ein ungünstigeres Bild: Danach erlebten 48% der Patienten keine bedeutsame Veränderung, 29% eine Verbesserung und 23% eine Verschlechterung ihrer Symptomatik.

Durch soziodemografische und störungsbezogene Merkmale können die direkt erfassten Verläufe der Symptombelastung in der Wartezeit für 57% der Patienten korrekt vorhergesagt werden. Die einzigen signifikanten Prädiktoren sind hierbei das Alter und das Geschlecht: Je höher das Alter, umso häufiger treten Verschlechterungen auf, bei Frauen sind Symptomverbesserungen seltener als bei Männern. Der unerwartete Effekt des Geschlechts ist inkonsistent mit den Ergebnissen anderer Studien, in denen kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Veränderung der Symptombelastung bei unbehandelten psychischen Störungen gefunden wurde [44, 45]. Eine mögliche Erklärung, warum Männer sich während der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz häufiger verbessern als Frauen könnte

ein sozialisationsbedingter aktiverer Umgang mit Lebensstressoren bei Männern sein, der kurzfristig symptomlastender sein kann als ein eher emotionsfokussierter Bewältigungsstil bei Frauen. Auch der unerwartete Effekt des Alters ist inkonsistent mit empirischen Ergebnissen der Entwicklungspsychologie der gesamten Lebensspanne, die darauf hindeuten, dass es im Alter weder zu einer allgemeinen Zunahme von Depressivität noch zu einer allgemeinen Abnahme der Lebenszufriedenheit kommt [46]. Das vorliegende empirische Ergebnis könnte allerdings derart interpretiert werden, dass die im höheren Lebensalter eingeschränkten Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten (durch Funktionsverluste, Verluste von Partnern und Freunden, chronische körperliche Krankheiten, Schwinden der Lebenszeitressourcen usw.) zumindest bei Vorliegen unbehandelter psychischer Störungen negative Verläufe begünstigen. Durch die zum Zeitpunkt der Anmeldung erfassten Persönlichkeitsmerkmale können die direkt erfassten Verläufe der Symptombelastung in der Wartezeit für 60% der Patienten korrekt vorhergesagt werden. Dabei sind das soziale Vertrauen, die normative Geschlechtsrollen-Orientierung und das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bedeutsame Prädiktoren. Patienten mit einem hohen sozialen Vertrauen verschlechtern sich selten. Dieses hypothesenkonforme Ergebnis könnte dadurch erklärt werden, dass Vertrauen in andere Menschen die Voraussetzung für die Wahrnehmung sozialer Unterstützung und eine zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung darstellt. Es wäre demnach anzunehmen, dass Personen mit verhältnismäßig intaktem sozialen Vertrauen trotz psychopathologischer Symptombelastung über ein ausreichend stützendes Umfeld verfügen, das eine weitere Verschlechterung der Symptomatik verhindert. Personen mit einer traditionellen normativen Geschlechtsrollen-Orientierung verbessern sich selten. Als Erklärung für dieses hypothesenkonforme Ergebnis kann vorgebracht werden, dass rigide Einstellungen zu angemessenem geschlechtstypischem Verhalten das eigene Verhaltensrepertoire ein-



schränken, da lediglich solche Handlungsmöglichkeiten verfügbar sind, die im Einklang mit traditionellen Geschlechtsrollen stehen. Die Möglichkeiten zum adaptiven Umgang mit Lebensstressoren sind somit potenziell eingeschränkt. Mithilfe des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten werden – erwartungskonträr – Verschlechterungen signifikant positiv vorhergesagt. Als mögliche Erklärung für dieses kontraintuitive Ergebnis könnte vorgebracht werden, dass bei psychisch gestörten Menschen mit einem positiven Selbstkonzept eigener Fähigkeiten potenziell die Gefahr besteht, dass sie rigide an verfügbaren Handlungsoptionen im Sinne dysfunktionaler Problemlösestrategien festhalten und diese nicht adaptiv anpassen können.

Das in der vorliegenden Studie realisierte naturalistische Untersuchungsdesign mit einem vorexperimentellen Versuchsplan birgt Vor- und Nachteile. Durch den naturalistischen Forschungsansatz unter den Routinebedingungen der Anwendungspraxis psychotherapeutischer Verfahren weist die Studie eine hohe externe Validität auf. Die interne Validität ist hingegen eingeschränkt. Der Einfluss von Störvariablen konnte nicht kontrolliert werden. Deshalb erweist sich die Frage, ob es in der Wartezeit zu einer Verbesserung der Symptombelastung gekommen ist, als schwierig zu beantworten. Folgt man der indirekten Veränderungsmessung, trifft dies zu. Die direkte Veränderungsmessung deutet hingegen auf eine anhaltende Symptombelastung hin. Insgesamt stimmen die Verfahren der direkten und indirekten Veränderungsmessung lediglich zu 52% in ihren Klassifikationen der Veränderungsgruppen überein [3]. Verschiedene methodische Probleme könnten zu dieser Diskrepanz beigetragen haben. Neben einer tatsächlichen Abnahme der psychischen Symptombelastung wären als Ursache für das signifikante Ergebnis der indirekten Veränderungsmessung methodische Artefakte möglich. Konfundierte Regressions- und Deckeneffekte [47] sind hierbei denkbar, da der Großteil der Patienten eingangs bereits so stark belastet war, dass der BSI einen weiteren bedeutsamen Anstieg der Symptombelastung möglicherweise nicht erfassen konnte. Als Situations-Effekte könnte eine durch das Erstgespräch erzielte kurzzeitige emotionale Entlastung zu einer positiv verzerrten Darstellung der Symptombelastung zum Zeitpunkt des Erstgesprächs beigetragen haben. Bei der direkten Veränderungsmessung anhand des VFE-PT spielen Deckeneffekte hingegen keine Rolle, da die Patienten hierbei einen direkten Vergleich hinsichtlich des Ausmaßes der aktuell empfundenen Symptombelastung zum Zeitpunkt des Erstgesprächs mit dem Ausmaß der erinnerten Symptombelastung zum Zeitpunkt der Anmeldung anstellen mussten. Ein Problem der direkten Veränderungsmessung besteht allerdings darin, dass hierbei über Veränderungen hinaus potenziell auch die aktuelle Befindlichkeit sowie die Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Zustand im Vergleich zu einem ersehnten Zielzustand erfasst wird [48].

Weitere Restriktionen hinsichtlich der Interpretierbarkeit der Ergebnisse ergeben sich aus methodischen Problemen der (logistischen) Regressionsanalysen. Da die Prädiktoren interkorrelieren [3], muss die Gefahr von Suppressionseffekten berücksichtigt werden [49]. Es ist etwa anzunehmen, dass das erwartungskonträre Ergebnis, wonach das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten einen positiven Prädiktor für Verschlechterungen darstellt, durch Suppressionseffekte begünstigt ist [3].

Ein strittiger Punkt ist, dass 15% der „Patienten“ nach dem Ersttermin keine Psychotherapie antraten und deshalb auch keine Diagnose erhielten. In der vorliegenden Studie wurde diese Teilstichprobe trotzdem in die statistische Auswertung eingeschlossen, da ein Ausschluss die Repräsentativität der Stichprobe ein-

geschränkt hätte. Schließlich bilden derartige „Patienten“ in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis einen festen Bestandteil von Psychotherapie-Wartelisten. Nachteilig ist allerdings, dass in der vorliegenden Studie der Stichprobenumfang zu gering ist, um für diese „Patienten“-Subgruppe separate Analysen durchzuführen. Darüber hinaus ist der Stichprobenumfang zu gering, um Zusammenhänge zwischen der Art der psychischen Störung und symptomatischen Veränderungen in der Wartezeit differenziert zu untersuchen. Künftige Studien sollten diesen wichtigen Fragestellungen nachgehen. Über die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen hinaus wären hierbei auch konkrete Handlungsbestrebungen der Patienten als potenzielle Korrelate von Veränderungen zu berücksichtigen (Selbsthilfegruppen, Ratgeberliteratur usw.). Darüber hinaus wären Indikatoren der direkten und indirekten Unterstützung durch das soziale Umfeld der Patienten von Interesse.

Zusammenfassend ist nach unseren Befunden davon auszugehen, dass aufgrund langer Wartezeiten bis zu zwei Drittel der Patienten, die sich zu einer ambulanten Psychotherapie anmelden, dann, wenn ein Erstgesprächstermin frei ist, diesen nicht wahrnehmen. Bei etwa der Hälfte der Patienten, die das Erstgespräch wahrnehmen, ist es während der Wartezeit zu keiner subjektiven Beschwerdeveränderung gekommen, bei 4–23% ist eine Symptomverschlechterung aufgetreten, und bei den anderen kam es bei nach wie vor bestehender Krankheitswertigkeit der Störung und einer damit verbundenen Behandlungsnotwendigkeit zu einer ersten symptomatischen Verbesserung. Das Alter stellt in unserer Studie einen Risikofaktor für Symptomverschlechterungen während der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz dar. Männer verbessern sich häufiger als Frauen. Ein intaktes soziales Vertrauen stellt einen Resilienzfaktor gegenüber Verschlechterungen dar, eine liberale Geschlechtsrollen-Orientierung einen salutogenetischen Faktor für Verbesserungen und ein positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten ein Risikofaktor für Verschlechterungen.

Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit für günstige und ungünstige Symptomveränderungen in der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz durch soziodemografische Merkmale und Persönlichkeitsmerkmale vorhergesagt werden kann. Sofern die Ergebnisse repliziert und ausdifferenziert werden können, wäre eine Berücksichtigung dieser Faktoren bei der Zuteilung von Patienten zu Wartelisten sinnvoll, um prognostisch ungünstige Symptomverschlechterungen während der Wartezeit einzuschränken und somit die Effektivität von Psychotherapie zu verbessern.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G et al. Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Psychoth Akt* 2011; 1: 10–17
- 2 Zepf S, Mengele U, Hartmann S. Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 152–162
- 3 Huckert T. Symptombelastungen während der Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie. Ausprägungen, Veränderungen, Korrelate und Prädiktoren. Diss., Univ. Trier, FB 1 – Psychologie 2011; URN: urn:nbn:de:hbz:385-7232, URL: <http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2011/723/>



- 4 Krampen G, Viebig J, Walter W. Entwicklung einer Skala zur Erfassung dreier Aspekte von sozialem Vertrauen. *Diagnostica* 1982; 28: 242–247
- 5 Lester D, Gatto J. Interpersonal trust, depression, and suicidal ideation in teenagers. *Psychol Rep* 1990; 67: 786
- 6 Gurtman MB. Trust, distrust, and interpersonal problems. *J Pers Soc Psychol* 1992; 62: 989–1002
- 7 De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T *et al.* Social capital and mental illness: A systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2011; 59: 619–627
- 8 Takahashi T, Ikeda K, Ishikawa M *et al.* Interpersonal trust and social stress-induced cortisol elevation. *Neuroreport* 2005; 16: 197–199
- 9 Scheufele DA, Shah DV. Personality strength and social capital. *Commun Res* 2000; 27: 107–131
- 10 Fichter MM, Rehm J, Witzke W *et al.* Der Verlauf affektiver und psychosomatischer Störungen am Beispiel der oberbayrischen Feldstudie. In: Zerssen Dv, Möller HJ, Hrsg. *Affektive Störungen*. Berlin: Springer; 1988; 84–98
- 11 Franz M, Tress W, Schepank H. Predicting Extreme Patterns of long-term Course of Psychogenic Impairment: a Ten-Year-Follow-Up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 243–251
- 12 Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191–215
- 13 Roddenberry A, Renk K. Locus of control and self-efficacy: Potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010; 41: 353–370
- 14 Krampen G. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe; 1991
- 15 Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 373–378
- 16 Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Pers Individ Dif* 2002; 32: 337–348
- 17 Krampen G. Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen). Göttingen: Hogrefe; 1994
- 18 McMillan D, Gilbody S, Beresford E *et al.* Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck hopelessness scale? A meta-analysis. *Psychol Med* 2007; 37: 769–778
- 19 Joiner TE, Wingate LR, Otamendi A. An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression. *J Soc Clin Psychol* 2005; 24: 649–664
- 20 Williams CB, Galanter M, Dermatis H *et al.* The importance of hopelessness among university students seeking psychiatric counseling. *Psychiatr Q* 2008; 79: 311–319
- 21 Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987
- 22 Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 879–889
- 23 Abouserie R. Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students. *Educational Psychology* 1994; 14: 323–330
- 24 Benassi VA, Sweeney PD, Dufour CL. Is there a relationship between locus of control orientation and depression? *J Abnorm Psychol* 1988; 97: 357–367
- 25 Presson P, Benassi V. Locus of control orientation and depressive symptomatology: A meta-analysis. *J Soc Behav Pers* 1996; 11: 201–212
- 26 DeNeve KM, Cooper H. The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull* 1998; 124: 197–229
- 27 Krampen G. Eine Skala zur Messung der normativen Geschlechtsrollen-Orientierung (GRO-Skala). *Z Soziol* 1979; 8: 254–266
- 28 Krampen G, Effertz B, Jostock U *et al.* Gender differences in personality: Biological and/or psychological? *Eur J Pers* 1990; 4: 303–317
- 29 Huckert T, Krampen G. Empirical test of an integrative model explaining higher levels of subclinical depression in women: A normative sex-role orientation approach. *J Appl Biobehav Res* 2010; 15: 144–160
- 30 Lee YY. Bewältigungsbemühungen mißhandelter Frauen. Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren bezüglich psychosomatischer Beschwerden. Diss., Univ. Trier, FB I – Psychologie 2000
- 31 Brandtstädter J, Renner G. Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Psychol Aging* 1990; 5: 58–67
- 32 Rothermund K, Brandtstädter J. Depression in later life. *Psychol Aging* 2003; 18: 80–90
- 33 Renner G. Flexible Zielanpassung und hartnäckige Zielverfolgung. Diss., Univ. Trier, FB I – Psychologie 1990
- 34 Brandtstädter J. *Entwicklung – Intentionalität – Handeln*. Stuttgart: Kohlhammer; 2001
- 35 König K. *Abwehrmechanismen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007
- 36 Grawe K. *Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre*. *Psychol Rundsch* 1992; 43: 132–162
- 37 Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID). Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe; 1997
- 38 Franke GH. *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz; 2000
- 39 Krampen G. *Veränderungsfragebogen zum Spannungserleben und Befinden – Psychotherapie (VFE-PT)*. Göttingen: Hogrefe; 2008
- 40 Krampen G. *Skala zur Erfassung dreier Aspekte von sozialem Vertrauen – revidierte Version (SV-24-R-Skala)*. Unveröff. Frageb., Univ. Trier 2008
- 41 Krampen G. Eine Kurzform der Skala zur Messung normativer Geschlechtsrollen-Orientierung. *Z Soziol* 1983; 12: 152–156
- 42 Maier-Riehle B, Zwingmann C. Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design. *Rehabilitation* 2000; 39: 189–199
- 43 Streiner DL, Norman GR. *Measuring Change*. In: Streiner DL, Norman GR, Hrsg. *Health measurement scales*. Oxford: University Press; 2003; 163–180
- 44 Hegel MT, Oxman TE, Hull JG *et al.* Watchful waiting for minor depression in primary care: Remission rates and predictors of improvement. *Gen Hosp Psych* 2006; 28: 205–212
- 45 Murphy JM, Olivier DC, Sobol AM *et al.* Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population. *Psychol Med* 1986; 16: 117–126
- 46 Brandtstädter J. *Konzepte positiver Entwicklung*. In: Brandtstädter J, Lindenberger U, Hrsg. *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Kohlhammer; 2007; 413–445
- 47 Petermann F. *Veränderungsmessung*. Stuttgart: Kohlhammer; 1978
- 48 Michalak J, Kosfelder J, Meyer F *et al.* Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmessung oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Z Klin Psychol Psychother* 2003; 32: 94–103
- 49 Conger AJ. A revised definition for suppressor variables: A guide to their identification and interpretation. *Educ Psychol Meas* 1974; 34: 35–46

