

**FACHBEREICH ERZIEHUNGSWISSENSCHAFT UND PSYCHOLOGIE
DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN**

Verhaltenstherapie integrierte Bibliotherapie

**Eine experimentelle Studie an Patienten in der Psychosomatischen
Rehabilitation**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie

(Dr. phil.)

vorgelegt von

Dipl.-Psychologin

Herm, Kerstin

BERLIN, 2010

Erstgutachter

Prof. Dr. Michael Linden

Zweitgutachter

Univ.-Prof. Dr. Babette Renneberg

Datum der Disputation: 29.04.2011

Danksagung

Diese Dissertation entstand im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Forschungsprojektes „Bibliotherapie“ (Az.: 8011-106-31/31.51.5), in dem ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig gewesen bin.

Bei allen Personen, die mich bei der Durchführung und Auswertung der vorliegenden Untersuchung beraten und unterstützt haben, möchte ich mich bedanken.

Herrn Prof. Dr. Michael Linden danke ich sehr herzlich für seine Unterstützung bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit und für konstruktive Diskussionen während der Fertigstellung des Manuskriptes.

Frau Univ.-Prof. Dr. Babette Renneberg danke ich für die Offenheit mich als Zweitgutachterin zu unterstützen, für die anregenden Hinweise im Rahmen der Entwicklung der Hypothesen und der Auswertung der Ergebnisse.

Mein großer Dank gilt den PatientInnen, die sich für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt haben, sowie den KollegInnen der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation und den TherapeutInnen der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof, die an der Durchführung der Bibliotherapiestudie mitgewirkt haben.

Besonders herzlich möchte ich mich bei meinen FreundInnen bedanken, die das Manuskript Korrektur gelesen haben, und ohne deren engagierte Unterstützung diese Arbeit niemals möglich gewesen wäre.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie Friedbert, Deborah und Christopher für ihre Hilfe und Ermutigung in jeder Arbeitsphase.

Kurzfassung der Ergebnisse

Hintergrund und Ziel: Patienten¹ mit chronischen Erkrankungen haben einen hohen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung. Die Effektivität von Bibliothherapie - das Lesen von Texten zu therapeutischen Zwecken - wird in Metaanalysen übereinstimmend im mittleren Bereich ($d = 0,565 - 0,84$) angegeben. Für viele Therapeuten ist Bibliothherapie eine wichtige Komponente ihrer Therapie - auch ohne bisherigen empirischen Wirkungsnachweis. Hauptfragestellung der Studie war, ob die speziell für die untersuchte Stichprobe erstellten bibliothherapeutischen Materialien zu einer Behandlungsintensivierung und -ökonomisierung innerhalb einer Verhaltenstherapie beitragen können? **Methode:** Eine randomisierte kontrollierte Studie wurde an 377 Patienten in der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik / Rehabilitationsklinik Seehof durchgeführt. Bezüglich wichtiger Störvariablen (Alter, Bildung, Psychopathologie und Intelligenz der Patienten sowie Geschlecht, Ausbildung und Erfahrung der Therapeuten) war die Randomisierung erfolgreich. Die Bibliothherapiegruppe erhielt zusätzlich zur Routinetherapie mindestens eine von sechs Broschüren nach klinischen Erwägungen ihres Therapeuten und es verblieb dem Patienten genügend Zeit ($M_{\text{Tage}} = 31, SD = 9.7$), sich damit auseinanderzusetzen. **Ergebnisse:** Bibliothherapie ist eine Methode, die additiv zu einer Psychotherapie und psychosomatischen Rehabilitation das Krankheits- und Bewältigungswissen erhöhen kann ($p < .001, r = .40$). Vor allem Männer ($p = .01, r = .20$) und diejenigen mit einer abgeschlossenen 10-12 jährigen Schulbildung ($p = .007, r = .17$) profitierten davon. Jedoch führte das Lesen und Wissen um funktionale Bewältigungsstrategien nicht zu einer Veränderung im selbsterlebten Umgang mit der eigenen Krankheit ($p < .05$) und die Broschüren hatten wenn, dann einen negativen Einfluss auf die Therapiebeziehung und den Therapieprozess sowohl aus der Sicht der Patienten („Befinden nach der Therapiesitzung“ $p = .048, \eta^2 = .009$; „Entwicklung in der letzten Woche“ $p = .022, \eta^2 = .013$) als auch der Therapeuten (Faktor „Beurteilung der Therapiesitzung“ $p = .040, \eta^2 = .01$; „verstand Pat. das therapeutische Vorgehen“ $p = .035, \eta^2 = .01$). Auch hatte die Bibliothherapie einen negativen Einfluss auf einige Behandlungsergebnismaße (Veränderungsbeurteilung durch die Therapeuten (TAF): „körperliche Befindensstörung“ $p = .029, \eta^2 = .01$; „psychische Befindensstörung“ $p = .03, \eta^2 = .009$; „der Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich“ $p = .03, \eta^2 = 0.1$; „Krankheitsverständnis“ $p = .04, \eta^2 = .008$, „Zukunftsorientierung“ $p = .026, \eta^2 = .01$ und „in der Beurteilung des Reha-Erfolges“ $p = .009, \eta^2 = .01$). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Patienten, die bibliothherapeutische Informationen erhalten hatten, sowohl die Veränderungen in verschiedenen Bereichen als auch den Reha-Aufenthalt und das Reha-Ergebnis überwiegend schlechter beurteilten als die Patienten, die keine Broschüren erhalten hatten (PAF: „In der

¹ Das generische Maskulinum umfasst sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet" $p = .021$, $\eta^2 = .011$; Veränderungen im „Selbstwelterleben“ $p = .05$, $\eta^2 = .008$; „im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich“ $p = .01$, $\eta^2 = .02$; „in der eigenständigen Handlungskompetenz“ $p = .03$, $\eta^2 = .012$; „Krankheitsverständnis“ $p = .01$, $\eta^2 = .012$; „Zukunftsorientierung“ $p = .01$, $\eta^2 = .014$, „psychischen Wohlbefinden“ $p = .02$, $\eta^2 = .01$; „Inwieweit haben Sie das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind?“ $p = .03$, $\eta^2 = .01$ und „Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen?“ $p = .01$, $\eta^2 = .012$). Weiterhin sprechen die Daten dafür, dass die negativen Reaktionen durch Bibliothherapie in den Behandlungsergebnissen und der Beurteilung der Therapiesitzung abhängig sind von der Schulbildung. Die negativen Effekte sind stärker je niedriger die Schulbildung der Leser ist. Unter Berücksichtigung der Beurteilung der Therapiesitzung als Kovariate - aus Patienten wie auch aus Therapeutesicht - hatte die Bibliothherapie überwiegend keinen, die Kovariate dagegen einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis. **Zusammenfassung:** Trotz der Vorliebe vieler Therapeuten ihren Patienten Lesematerialien zu empfehlen, kann nach den Ergebnissen dieser Studie, eine Informierung innerhalb einer Verhaltenstherapie durch schriftliche Lesematerialien nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Sie sollte im Einzelfall therapeutisch indiziert, mit großer therapeutischer Sorgfalt und unter Abwägung der Gründe, die gegen einen Einsatz sprechen, angewendet werden. Bei Ausbleiben der angestrebten Wirkungen oder einer Veränderung in der Therapeut-Patient-Beziehung muss eine Analyse des therapeutischen Misserfolges empfohlen werden. Die Studie zeigt, dass gute therapeutische Intentionen alleine nicht sicherstellen, dass es auch zu guten therapeutischen Wirkungen kommt und Patientenaufklärung nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Therapie (-beziehung) und des Behandlungsergebnisses führt als auch das Patientenempowerment verbessert.

Abstract

Background Patients with chronic diseases have a high necessity of psychotherapeutic assistance. The effectivity of bibliotherapy – reading texts for psychotherapeutic reasons – is depicted in metaanalysis in a middle range ($d = 0.565 - 0.84$). Bibliotherapy is an important component in the therapy of many therapists – even without empiric evidence. **Aim** This study aims to examine whether or not the bibliotherapeutic material created especially for the representative sample increases the efficiency and intensifies the treatment in behavioral therapy. **Method** A randomized, controlled study was conducted with 377 patients of the department of behavioral therapy and psychosomatic at the Rehabilitation Centre Seehof. The randomization was successful in reference to age, education, psychopathology and intelligence of the patient and sex, training and experience of the therapists. The bibliotherapy group obtained in addition to the routine therapy at least one of six brochures which the therapist had chosen. The patients had sufficient time ($M_{\text{Days}} = 31$, $SD = 9.7$) to read the brochures. **Results** Bibliotherapy is a method which can, in addition to a psychotherapy and a psychosomatic rehabilitation, increase the knowledge about the disease and the best way to cope with it ($p < .001$, $r = .40$). Especially men ($p = .01$, $r = .20$) and those with a completed 10-12 year education ($p = .007$, $r = .17$) benefited. However, the reading and knowledge of functional coping strategies did not lead to a change in personally dealing with their own illness ($p < .05$). The brochures had, if at all, a negative influence on the therapeutic relationship and the therapy process, both from the perspective of the patient („feeling after the therapy session" $p = .048$, $\eta^2 = .009$; „progress in the last week" $p = .022$, $\eta^2 = .013$) and the therapist (factor „appraisal of the therapy session" $p = .040$, $\eta^2 = .01$; „understood Pat. the therapeutic approach" $p = .035$, $\eta^2 = .01$). The bibliotherapy also had, if, a negative influence on some therapy outcome measures (assessment of change done by the therapists: „physical health disorder" $p = .029$, $\eta^2 = .01$; „mental health disorder" $p = .03$, $\eta^2 = .009$; „outlook on changes in relation to important people in the private sector" $p = .03$, $\eta^2 = 0.1$; „understanding of the disease" $p = .04$, $\eta^2 = .008$, „future orientation" $p = .026$, $\eta^2 = .01$ and „in the assessment of rehabilitation success" $p = .009$, $\eta^2 = 0.1$). The results suggest that patients who received bibliotherapeutic information considered the changes in various areas as well as the stay in the rehabilitation centre and their outcome more negatively than the patients who had received no brochures („Important issues to me were worked on in psychotherapy group" $p = .021$, $\eta^2 = .011$; changes in the „experience of self-confidence" $p = .05$, $\eta^2 = .008$; „in relation to important people in the private sector" $p = .01$, $\eta^2 = .02$; „in the competence to act independently" $p = .03$, $\eta^2 = .012$; „understanding of the disease" $p = .01$, $\eta^2 = .012$; „future orientation" $p = .01$, $\eta^2 = .014$, „psychological well-being" $p = .02$, $\eta^2 = .01$; „To what extent have you reached the treatment goal with which you came into rehab?" $p = .03$, $\eta^2 = .01$ and „How did you generally like your stay at this rehab centre?" $p = .01$, $\eta^2 = .012$). The data further

suggest that the adverse reactions to the therapeutic outcome and the assessment of the therapy session owing to the bibliotherapy are dependent on the school education. The negative effects increase with lower educational levels of the readers. Taking into account the assessment of the therapy session as a covariate – from the perspective of the patients and the therapists – bibliotherapy did not have a significant effect on the treatment outcome; the covariate, however, did. **Conclusion** Despite the preference of many therapists to recommend reading materials to their patients, the results of this study suggest that the addition of written reading material within a behavioral therapy should not be recommended unrestrictedly. It should be therapeutically indicated in each individual case and be applied with great care under consideration of the reasons that speak against its application. In absence of the desired effects or a change in the therapist-patient relationship, an analysis of the therapeutic failure must be recommended. The study shows that to ensure good therapeutic effects, good therapeutic intentions are not sufficient on their own, and that informing patients does not necessarily improve the therapy (and therapeutic relationship), the outcome of the therapy, or the patient empowerment.

Inhalt

Kurzfassung der Ergebnisse

Abstract

1	Einleitung - Hintergrund der Bibliotherapiestudie	2
2	Bibliotherapie - Stand der Forschung	4
2.1	Literatursuche.....	4
2.2	Definitionen.....	4
2.3	Geschichte - ein Überblick.....	5
2.4	Formen der Bibliotherapie.....	7
2.5	Einsatzmöglichkeiten der Bibliotherapie und ihre Vorteile	10
2.6	Anforderungen an die Textgestaltung	12
2.7	Klinische Erfahrungen und Überlegungen zur Nutzung von Bibliotherapie in der Psychotherapie	16
2.8	Metaanalysen zur Effektivität von Bibliotherapie	19
2.9	Empirische Untersuchungen zu den Wirkungen der Bibliotherapie innerhalb einer Psychotherapie / Verhaltenstherapie.....	21
2.10	Empirische Untersuchungen zu den Nebenwirkungen der Bibliotherapie	23
3	Rehabilitation	27
3.1	Medizinische Rehabilitation	27
3.2	Krankheitsbewältigung	29
3.3	Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation	31
4	Schlussfolgerungen für die Nutzung der in die Verhaltenstherapie integrierten Bibliotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation .	36
5	Studienziele und Hypothesen	39
6	Methoden.....	41
6.1	Die Broschüren	41
6.2	Lesbarkeit der Broschüren	43
6.3	Das in den Broschüren empfohlene Krankheitsbewältigungsverhalten	44
7	Empirische Untersuchung - die in die Verhaltenstherapie integrierte Bibliotherapie	45
7.1	Die Rehabilitationsklinik Seehof: Abteilung Verhaltenstherapie und	

Psychosomatik	45
7.2 Studiendesign	45
7.3 Messinstrumente	47
7.3.1 Intelligenzstrukturanalyse (ISA; ITB & Gittler, 1999).....	47
7.3.2 Die Symptom - Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R; Franke, 1995)	48
7.3.3 Brief - COPE (Carver, 1997)	49
7.3.4 Psy–BaDo (Heuft & Senf, 1998).....	49
7.3.5 Fragebogen zur Überprüfung des Krankheitswissens (Linden, Pieper, Fertmann & Sandau, 2007).....	52
7.3.6 Fragebogen zur Verständlichkeit (Langer, Schulz von Thun & Tausch, 1974).....	52
7.3.7 Visuelle Analogskala (VAS) zur Beurteilung der Therapiesitzung (Langhoff, Bär, Zubrägel & Linden, 2008).....	52
7.4 Stichprobenbeschreibung	53
7.5 Therapeutencharakteristika und Therapeutenverteilung	57
8 Analyse der Daten	58
9 Ergebnisse der in die Verhaltenstherapie integrierten Bibliotherapie	59
9.1 Broschürenverteilung durch die Therapeuten.....	59
9.2 Zusammenhang zwischen Thematik der verteilten Broschüre(n) und Diagnose	60
9.3 Verständlichkeit der Broschüren	61
9.4 Hypothese 1: Einfluss der Bibliotherapie auf das Krankheitswissen	62
9.5 Hypothese 2: Einfluss der Bibliotherapie auf die selbsterlebte Krankheitsbewältigung.....	64
9.6 Hypothese 3: Einfluss der Bibliotherapie auf die Therapeut-Patient-Beziehung und den Therapieprozess.....	69
9.7 Hypothese 4: Einfluss der Bibliotherapie auf das Behandlungsergebnis	77
9.8 Weitere Einflussfaktoren auf das Krankheitswissen.....	91
9.9 Wechselwirkung zwischen Krankheitsstatus und Bibliotherapie.....	92
9.10 Wechselwirkung zwischen Bildungsniveau bzw. Krankheitswissen und Bibliotherapie.....	94
9.11 Auswirkungen der Häufigkeit des Ansprechens von Themen aus den Broschüren auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	101
9.12 Auswirkungen der Motivation Themen aus den Broschüren in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	103
9.13 Wechselwirkung zwischen der Beurteilung der Therapiesitzung aus Sicht des	

Patienten und Bibliothherapie	107
9.14 Wechselwirkung zwischen der Beurteilung der Therapiesitzung aus Sicht des Therapeuten und Bibliothherapie	109
9.15 Einfluss unterschiedlicher Prädiktoren auf das Behandlungsergebnis	112
9.16 Wechselwirkung zwischen der Nutzung anderer Informationsmaterialien und Bibliothherapie	114
10 Diskussion	117
11 Literaturverzeichnis	124
12 Anhang	139
12.1 Einverständniserklärung	139
12.2 Brief-Cope situationsspezifisch	141
12.3 Visuelle Analogskala zur Beurteilung der Therapiesitzung	145
12.4 Fragebogen zur Verständlichkeit.....	151
12.5 Wissensfragebogen	152
12.6 Psy-BaDo	164
12.7 Patientencharakteristika aller um Mitwirkung gebetenen Patienten.....	168
12.8 Antworten der Wissensfragebögen	170
12.9 Beantwortung des Items „Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?“ aus Sicht der Patienten.....	172
12.10 Beantwortung des Items „Falls eine Broschüre thematisiert wurde, von wem wurde das Thema eingebracht?“	173
12.11 Subkategorien der auf die Broschüren bezogenen Kategorien	174
12.12 Faktorenanalyse der Visuellen Analogskala Patient	176
12.13 Faktorenanalyse der Visuellen Analogskala Therapeut	177
12.14 Deskriptive Statistik der Therapeutenabschlussbewertung (Item 1-9).....	178
12.15 Deskriptive Statistik des Patientenabschlussfragebogens.....	180
12.16 Wechselwirkung von Krankheitsstatus und Bibliothherapie auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	183
12.17 Wechselwirkung von Bildungsniveau und Bibliothherapie auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	189
12.18 Wechselwirkung zwischen Krankheitswissen und Bibliothherapie auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	193
12.19 Auswirkungen der Häufigkeit des Ansprechens von Themen aus den Broschüren auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	199
12.20 Auswirkungen der Motivation Themen aus den Broschüren in die	

Therapiesitzung einzubringen	203
12.21 Auswirkungen der Motivation Themen aus den Broschüren in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	204
12.22 Wechselwirkung zwischen der Beurteilung der Therapiesitzung und Bibliotherapie auf das Behandlungsergebnis und die Beurteilung der Therapiesitzung	210
12.23 Wechselwirkung zwischen dem Ansprechen anderer Informationsmaterialien und Bibliotherapie	216
12.24 Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen für die Gesamtstichprobe...	223

Tabellenverzeichnis

Tabelle 6.3.1: Übereinstimmung der 31 in den Broschüren empfohlenen Copingstrategien	44
Tabelle 7.2.1: Messzeitpunkte und Fragebögen.....	46
Tabelle 7.4.1: Gründe für den Dropout	54
Tabelle 7.4.2: Statistische Prüfung der Patientencharakteristika der Studienteilnehmer	55
Tabelle 7.5.1: Charakteristika der 24 Therapeuten.....	57
Tabelle 7.5.2: Therapeutenverteilung	57
Tabelle 9.1.1: Häufigkeit der verteilten Broschüren	59
Tabelle 9.1.2: Anzahl verteilter Broschüren pro Patient.....	59
Tabelle 9.1.3: Zeitintervalle der Verteilung der ersten Broschüre in Tagen.....	59
Tabelle 9.2.1: Häufigkeit der verteilten Broschüren an die Interventionsgruppe.....	60
Tabelle 9.2.2: Häufigkeit der verteilten Broschüren an diejenigen mit nur einer Diagnose	61
Tabelle 9.3.1: Cronbach´s α der vier Dimensionen der Verständlichkeit nach Langer, Schulz von Thun & Tausch (1974).....	61
Tabelle 9.3.2: Quantitatives Ausmaß der Verständlichkeit (Skala: - 2 = sehr schlecht bis + 2 = optimal).....	62
Tabelle 9.4.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das Krankheitswissen (Skala: 0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst).....	63
Tabelle 9.4.2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das Krankheitswissen der „Leser“ im Vergleich zur Kontrollgruppe (Skala:0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst).....	64
Tabelle 9.5.1: Statistische Prüfung des Krankheitsbewältigungsverhaltens bei Aufnahme (Skala: 1 = überhaupt nicht bis 4 = sehr)	65
Tabelle 9.5.2: Statistische Prüfung der Veränderung des Copingverhaltens aufgrund des Lesens der in den Broschüren empfohlenen Copingstrategien	66
Tabelle 9.5.3: Statistische Prüfung der Veränderung des Copingverhaltens aufgrund des Lesens der in den Broschüren empfohlenen Copingstrategien	68
Tabelle 9.6.1:VAS-Therapeut: Falls ja, welche Broschüre wurde besprochen?.....	71
Tabelle 9.6.2: VAS - Therapeut: Wurden Themen aus anderen Informationsmaterialien angesprochen?	72
Tabelle 9.6.3: Kategorien des Inhaltsschemas: „das Wichtigste“ bezogen auf die Broschüren.....	73

Tabelle 9.6.4: Zuordnungen der Nennungen der Inhalte der Broschüren (Therapeuten)	74
Tabelle 9.6.5: VAS-Patient: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Therapiesitzung (Skala: 0 = negativ bis 100 = positiv)	75
Tabelle 9.6.6: VAS - Therapeut: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Therapiesitzung (Skala: 0 = negativ bis 100 = positiv)	77
Tabelle 9.7.1: SCL-90-R: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die drei Kennwerte (Skala von 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark) und die Reha-Verweildauer..	78
Tabelle 9.7.2: BSS: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Beeinträchtigungsschwere (Skala: 1 = geringfügig bis 4 = extrem)	79
Tabelle 9.7.3: BSS: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit zum Behandlungsende (Skala: 10 = anhaltende Unfähigkeit - 90= gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten)	80
Tabelle 9.7.4: TAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Therapeutenabschlussbewertung, Item 1-9; Skala: 1 = unverändert/schlechter bis	82
Tabelle 9.7.5: TAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Item 10 und 11 (Skala: 0 = Nein bis 2 = Ja)	82
Tabelle 9.7.6: TAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Beurteilung des Reha-Erfolges, Item 12 und 13 (Skala: 0 = wurde nicht erreicht bis 10 = voll erreicht)	83
Tabelle 9.7.7: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Beurteilung verschiedener Aspekte des Reha-Aufenthaltes (Item 1-7. 16; Skala: 1= stimme nicht zu bis 5= stimme voll zu).....	84
Tabelle 9.7.8: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Selbstbeurteilung der Veränderungen (Item 22-31; Skala: 1 = verschlechtert bis 5 = sehr viel gebessert)	86
Tabelle 9.7.9: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (Items 32, 33; Skala: 0 = Nein, 1 = mit Einschränkung, 2 = ja)	87
Tabelle 9.7.10: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Beurteilung des Reha-Erfolges (Items 34.35.36; Skala: 0 bis 10)	87
Tabelle 9.7.11: Brief-COPE: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das situative Bewältigungsverhalten (Skala: 1 = überhaupt nicht bis 4 = sehr).....	89
Tabelle 9.8.1: Multiple Regression des Einflusses auf das durchschnittliche Wissen	91
Tabelle 9.8.2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das mittlere Krankheitswissen in Abhängigkeit vom Geschlecht (Skala: 0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst)	92
Tabelle 9.8.3: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das mittlere Krankheitswissen in Abhängigkeit von der Bildung (Skala: 0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst)	92

Tabelle 9.10.1: Zusammenhang von Wissen in Kontroll- und Interventionsgruppe mit einigen Behandlungsergebnismaßen und der Beurteilung der Therapiesitzung.....	97
Tabelle 9.10.2: Signifikante Ergebnisse der statistischen Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie unter Berücksichtigung des durchschnittliches Krankheitswissen (groß > 7, klein ≤ 7) aller beantworteter Wissensfragebögen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	100
Tabelle 9.13. 1: Ergebnis des Einflusses der Bibliothherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Patienten“	108
Tabelle 9.14.1: Ergebnis des Einflusses der Bibliothherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Therapeuten“	110
Tabelle 9.15.1: Multiple Regression des Einflusses auf das Behandlungsergebnis „GSI“	113
Tabelle 9.16.1: VAS-T: Wurden Themen aus irgendwelchen anderen schriftlichen oder anderen Informationsmaterialien angesprochen?	114
Tabelle 9.16.2: Stichprobenbeschreibung derjenigen, bei denen Themen aus anderen Informationsmaterialien angesprochen wurden (VAS-T).....	115
Tabelle 12.7.1: Patientencharakteristika der Studienteilnehmer und Nichtteilnehmer.....	168
Tabelle 12.8.1: Signifikante Unterschiede in der Beantwortung der Wissensfragebögen.....	170
Tabelle 12.9.1: VAS - Patient: Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?	172
Tabelle 12.10.1: VAS - Patient und VAS - Therapeut: Falls eine Broschüre thematisiert wurde, von wem wurde das Thema eingebracht?	173
Tabelle 12.11.1:Inhalte der auf die bibliothераpeutischen Broschüren bezogenen Kategorien.....	174
Tabelle 12.12.1: VAS-P Komponentenmatrix.....	176
Tabelle 12.12. 2: VAS-P Erklärte Gesamtvarianz.....	176
Tabelle 12.13.1: VAS-T Komponentenmatrix	177
Tabelle 12.13.2: VAS-T Erklärte Gesamtvarianz.....	177
Tabelle 12.14.1: TAF: Deskriptive Statistik der Therapeutenabschlussbewertung (Item 1-9)	178
Tabelle 12.15.1: PAF: Deskriptive Statistik (Item 1-7; 16).....	180

Tabelle 12.15.2: PAF: Deskriptive Statistik (Item 22-31).....	181
Tabelle 12.16.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Anzahl der Diagnosen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	183
Tabelle 12.16. 2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Art der Diagnose auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	186
Tabelle 12.17.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung des Bildungsniveaus auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	189
Tabelle 12.18.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung des durchschnittliches Krankheitswissen (groß > 7, klein ≤ 7) auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung	193
Tabelle 12.19.1: Einfaktorielle Varianzanalyse des Vergleichs der Häufigkeit des Ansprechens der Broschüre (VAS-T) innerhalb der Therapiesitzung.....	199
Tabelle 12.20.1: VAS-T „Von wem wurde das Thema eingebracht?“	203
Tabelle 12.20.2: VAS-P „Von wem wurde das Thema eingebracht?“	203
Tabelle 12.21.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Motivation des Therapeuten Themen in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße.....	204
Tabelle 12.21.2: Statistische Prüfung des Einflusses der Motivation des Patienten Themen in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße.....	207
Tabelle 12.22.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Patienten“	210
Tabelle 12.22 2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Therapeuten“.....	213
Tabelle 12.23.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf einige Behandlungsergebnismaße unter Berücksichtigung des Ansprechens anderer Informationsmaterialien.....	216
Tabelle 12.24.1: Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen (Wissen, PAF, TAF, VAS- P, VAS-T, Brief-COPE, SCL-90-R, BSS) für die Gesamtstichprobe.....	223

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 9.6.1: VAS - Therapeut: Anzahl der vorliegenden Therapiesitzungsprotokolle pro Patient	69
Abbildung 9.6.2: VAS - Patient: Anzahl der vorliegenden Therapiesitzungsprotokolle pro Patient	70
Abbildung 9.6.3: VAS - Therapeut: Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?	70
Abbildung 9.7.1: Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) der prozentualen Häufigkeit der Antwortenden bezüglich der Verbesserung des Befindens (Zusammenfassung der Skalen „deutlich/sehr viel besser/vollständig gebessert“)	81
Abbildung 9.7.2: Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) der prozentualen Häufigkeit der Antwortenden bezüglich verschiedener Aspekte ihres Aufenthaltes (Zusammenfassung der Skalen „stimme zu/stimme voll zu“)	84
Abbildung 9.7.3: Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) der prozentualen Häufigkeit der Antwortenden bezüglich der Besserung des eigenen Befindens (Zusammenfassung der Skalen „deutlich besser / sehr viel besser“)	85
Abbildung 9.11.1: Summe aller VAS-Therapeut pro Patient: „Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?“	102
Abbildung 9.12.1: Summe aller VAS-T „das Thema wurde vom Therapeuten eingebracht“	104
Abbildung 9.12.2: Summe aller VAS-T „das Thema wurde vom Patienten eingebracht“	104
Abbildung 9.12.3: Summe aller VAS-P „das Thema wurde vom Therapeuten eingebracht“	105
Abbildung 9.12.4: Summe aller VAS-P „das Thema wurde vom Patienten eingebracht“	105

1 Einleitung - Hintergrund der Bibliotherapiestudie

Die psychosomatische Rehabilitation lässt sich als ein indikationsspezifischer Angebotstyp der medizinischen Rehabilitation charakterisieren. Ihr Auftrag ist die Behandlung chronifizierender bzw. Langzeiterkrankungen (Barghaan, Lang, Koch & Schulz, 2007). Dies umfasst u.a. die Intensivierung und Langzeitausrichtung der Krankheitsbehandlung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Förderung einer Krankheitskompensation und Salutotherapie (Linden, 2006). Dies verlangt auf Seiten des Patienten Änderungen in Verhalten und Modifikationen von Einstellungen, Erleben und Kognitionen (Bengel, Beutel, & Broda, 2003). Dafür stehen mit etwa sechs Wochen Klinikaufenthalt nur vergleichsweise kurze Zeiten für psychotherapeutische Interventionen zur Verfügung.

Unter „Bibliotherapie“ versteht man den Einsatz von Texten zu therapeutischen Zwecken (Kittler, 1986) mit dem Ziel, Patienten Informationen, neue Einsichten und Einstellungen oder Denkanstöße zu Problemlösungen zu vermitteln. Bibliotherapie kann als eine zusätzliche Leseempfehlung i.S. von Selbsthilfeliteratur oder auch als integrativer Therapiebestandteil einer Gruppen- oder Einzelpsychotherapie angewendet werden. Empirische Daten sprechen für einen positiven Einfluss von Bibliotherapie auf intellektuelle, psychosoziale, emotionale und interpersonale Fertigkeiten. Die Zusammenfassung der Ergebnisse von vier neueren Metaanalysen berichtet über eine mittlere Effektstärke von $d = 0,565 - 0,84$ für Bibliotherapie im Vergleich zur Warte- bzw. Placebogruppe. Die Effekte waren auch bei Nachuntersuchungen in der Regel stabil.

Psychotherapeuten halten Selbsthilfematerialien für eine wichtige Komponente in ihrer Therapie und empfehlen bibliotherapeutische Materialien ihren Patienten regelmäßig. Jedoch basiert diese Einstellung eher auf ihrer klinischen Erfahrung, und die Empfehlung von Selbsthilfematerialien an den Patienten erfolgt eher intuitiv als aufgrund empirischer Ergebnisse und kann somit auch ein nicht abschätzbares Risiko für den Nutzer darstellen. Studien zu den positiven und negativen Wirkungen bibliotherapeutischer Materialien innerhalb einer Psychotherapie sind eher selten. Zwei Dissertationen untersuchten an der gleichen Stichprobe die Wirkung therapiebegleitenden Lesens (Wolf, 1988; Merkle, 1989). Sie führten eine experimentelle Studie in einer ambulanten Einrichtung durch. Das Lesen des Problemlösebuches, das von den Autoren erstellt worden war, führte zu einer Erhöhung der Effektivität der ambulanten Psychotherapie.

In der stationären psychosomatischen Rehabilitation könnte Bibliotherapie ergänzend zu den

etablierten Behandlungsprogrammen die Möglichkeit einer Behandlungsökonomisierung, einer Behandlungsintensivierung und einer Verbesserung des Behandlungstransfers bieten, indem das, was in der Einzel- oder Gruppentherapiesitzung besprochen wird, durch bibliotherapeutische Informationen ergänzt wird und die Patienten zukünftig jederzeit auch auf diese Materialien zurückgreifen können.

In dem Forschungsprojekt „Bibliotherapie“ (Az.: 8011-106-31/31.51.5, Studienleitung: Prof. Dr. Michael Linden, Dipl.-Psych. Kerstin Herm, Dipl.-Psych. Christina Pieper, Projektmitarbeiter: cand.-psych. Johannes Fertmann, cand.-psych. Elena Sandau, gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund) wurden 14 Broschüren erstellt, die die Kriterien der Lesbarkeit und Verständlichkeit für die Leserschaft erfüllen und inhaltlich thematisch so wie in ihren Handlungsempfehlungen zur Bewältigung der chronischen Störung auf psychosomatische Patienten abgestimmt sind. Die Therapeuten der Rehabilitationsklinik Seehof, in der die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, sind ausschließlich Verhaltenstherapeuten mit langjähriger Erfahrung oder Therapeuten in Ausbildung. Da die Broschüren vom Inhalt ebenfalls verhaltenstherapeutisch erstellt und die Inhalte den Therapeuten bekannt waren, war die Voraussetzung gegeben, dass sie in die von ihnen durchgeführte Therapie integriert werden konnten.

In vorliegender Dissertation werden 6 Broschüren in ihrer Wirkung überprüft, um als „geprüfte und zertifizierte“ Materialien den Therapeuten bei Bedarf zur Verfügung zu stehen. Beispielhaft findet sich eine der 6 Broschüren am Ende des Anhangs. Die Untersuchung der positiven und negativen Wirkungen von für psychosomatische Patienten entwickelten bibliotherapeutischen Materialien in Ergänzung zur psychosomatischen Routinebehandlung ist das Ziel der vorliegenden Arbeit.

Diese Arbeit gliedert sich wie folgt: zunächst folgt ein Überblickskapitel (Kapitel 2) über die Bibliotherapie und den Stand der Forschung. Kapitel 3 beschreibt die Bedeutung der Rehabilitation im Gesundheitssystem und einige ihrer zentralen Therapiebestandteile wie z.B. Verhaltenstherapie, Gesundheitsbildung und -förderung und die Bedeutung der Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen. In Kapitel 4 geht es um die Schlussfolgerungen für die Nutzung der Bibliotherapie innerhalb einer Verhaltenstherapie. Studienziele und Hypothesen finden sich in Kapitel 5. Es folgen die Methoden (Kapitel 6) und eine detaillierte Beschreibung der empirischen Untersuchung (Kapitel 7), die Analyse der Daten (Kapitel 8) und die Ergebnisse (Kapitel 9) mit anschließender Diskussion (Kapitel 10).

2 Bibliotherapie - Stand der Forschung

2.1 Literatursuche

Eine systematische Literatursuche mit dem Schlagwort „Bibliotherapie“ erfolgte in PubMed bis Januar 2010 einschließlich und ergab insgesamt 328 Artikel. In die vorliegende Arbeit wurden einschlägige Bücher, Reviews und Metaanalysen sowie alle Artikel miteinbezogen, die den Einsatz von Bibliotherapie in der Psychotherapie mit Erwachsenen - mit psychischen Störungen - thematisieren. Eine zusätzliche Suche im EBSCOhost mit den Schlagworten *bibliotherapy*, *individual cognitive behavior therapy* und *randomized control trial* erfolgte, um Kenntnisse der Auswirkungen der Bibliotherapie innerhalb der Verhaltenstherapie zu erhalten.

2.2 Definitionen

Den zahlreichen Definitionen von Bibliotherapie wohnt der Grundgedanke inne, Literatur zur Unterstützung der Therapie in Medizin und Psychiatrie zu verwenden. Sie sind unterschiedlich weit gefaßt.

Der Begriff „Bibliotherapie“ wird von Kittler (1986, S. 25) definiert als die „Nutzbarmachung des Lesens zu therapeutischen Zwecken. Im engeren Sinne ist sie eine Hilfsmethode der Psychotherapie [.....]. Im weitesten Sinne [.....] der Einsatz des Lesens bei der Bewältigung von Lebensaufgaben (Persönlichkeitsentwicklung und–entfaltung) und Lebenskrisen“. Nach Russell & Shrodes (1950) entsteht ein Prozess einer dynamischen Interaktion zwischen der Persönlichkeit des Lesers und der Literatur, der zur Persönlichkeitsentwicklung genutzt werden kann. Dietrich von Engelhardt definiert Bibliotherapie (1987) als Interventionsmöglichkeit bei Lebenskrisen und betont deren Einsetzbarkeit in der Rehabilitation und Prävention: „Bibliotherapie heißt Heilung und Beistand durch das Buch. Literarische Texte können die Therapie unterstützen, können zu einem Instrument der Psychotherapie werden, können präventiv und rehabilitativ wirken und allgemein eine Hilfe sein, mit Leiden, Krankheit und Tod, mit Lebensproblemen umzugehen. Auch das eigene Schreiben kann in dieser Hinsicht hilfreich wirksam werden“.

Der Begriff der „Poesietherapie“ wird häufig für den produktiven Ansatz der Bibliotherapie benutzt, bei dem Patienten dazu angeregt werden, eigene Texte zu schreiben, die anschließend diskutiert werden. Dabei haben nach Orth & Petzold (1995) das Gespräch über die Literatur und die durch sie ausgelösten Emotionen und Reaktionen für den therapeutischen Prozeß eine besondere Bedeutung. Cohen (1992) definiert Bibliotherapie als „einen therapeutischen Einsatz von Literatur unter Anleitung und Interaktion mit einem Therapeuten“.

Der Terminus „Bibliotherapie“ ist für Rubin (1985) zu begrenzt im heutigen multimedialen Zeitalter. Ihrer Meinung nach haben alle audiovisuellen Medien die gleichen Potenzen für eine „Selbstentwicklung“ und sollten ebenso eingesetzt werden. Auch hält sie den Begriff der „Therapie“ für unglücklich gewählt, da sich eine Tendenz der ungehemmten Vermehrung von als Therapie bezeichneten Techniken abzeichne. Bibliotherapie sei weder eine Psychotherapie noch irgendeine andere Therapie. Sie wolle nicht heilen, vielmehr „im wahrsten Sinne des Wortes „aufklären“. Rubin wählt allerdings keinen anderen Terminus, erweitert aber die Definition und sieht Bibliotherapie als „Programm für Aktivitäten auf der Basis der Interaktionsprozesse zwischen den Medien und ihren Konsumenten. Gedrucktes und nichtgedrucktes, imaginatives und informatives Material wird unter der Mitwirkung eines Therapeuten erfahren und besprochen“ (Rubin 1978, zit. nach Rubin 1985).

Unter Bibliothekaren wird häufig der Begriff der *Reading Therapy* benutzt als Synonym für Bibliotherapie (Mitchell, 1994). Ein weiterer Begriff ist der der „Literaturtherapie“, womit die „Nutzung literarischer Texte in der Psychotherapie“ gemeint ist. Weitere Begriffe in diesem Kontext sind die „Bibliodiagnostik“, „bei der Texte eingesetzt werden, um zur Klärung der Art von Symptomen oder Problemen beizutragen“, sowie die „Biblioprophylaxe“, um „mit Hilfe von Texten die Prävention von Krankheiten zu fördern“ (Silverberg, 2003).

2.3 Geschichte - ein Überblick

Der Begriff „Bibliotherapie“ stammt aus dem Griechischen (βιβλίον = Buch; θεραπεία = Behandlung). Schon in der griechischen Antike war die heilende Wirkung des Lesens bekannt und wurde als eine therapeutische Methode genutzt. „Heilstätte der Seele“ soll als Inschrift über dem Eingangportal der weltbekannten Bibliothek in Theben gestanden haben (Pardeck, 1998). Es wird berichtet, dass Aristoteles seinen Studenten laut vorgelesen habe, um heilende Emotionen zu provozieren. Als Zeitpunkt der bewussten Integration des Lesens als Unterstützung der Therapie in der Medizin wird allgemein das 18. Jahrhundert angegeben. Namen wie Pinnel (Frankreich), Chiarugi (Italien) und Tuke (England) dürften als Wegweiser dieses Ansatzes in der Medizin bezeichnet werden (Grob, 1991). In Amerika nimmt die Bibliotherapie mit der Einführung von Spitalbibliotheken durch Benjamin Rush (1802) und John M. Galt ihren Anfang. So schlug Rush 1810 vor, eine Bibliothek im Pennsylvania Hospital einzurichten und den Lesestoff zu unterteilen in Literatur zur Unterhaltung und zur Wissensvermittlung. Gleichzeitig wurde Personal - *recreation-bibliotherapists* - eingestellt, welches den Patienten Bücher empfahlen zu Themen, die von den Ärzten vorgeschlagen wurden. Schon im 19. Jahrhundert wird die Bibliotherapie als

Behandlungsmöglichkeit in den USA in breiterem Umfang diskutiert. Menninger nutzte als einer der Ersten in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts das Lesen systematisch als ein Werkzeug zum Umgang mit psychischen Beschwerden. 1941 erscheint eine Definition der „Bibliotherapie“ im *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (Silverberg, 2003). Eine wichtige wissenschaftliche Arbeit von Caroline Shrodes (1950) versuchte eine tiefenpsychologische Theorie des bibliotherapeutischen Prozesses darzustellen. 1959 entstand in Cumberland eine *Poetry Therapy Association*. Im Jahre 1964 fand in St. Louis ein großer interdisziplinärer Workshop für Bibliotherapie statt. Die 1969 in New York gegründete *Association for Poetry Therapy* begann 1972 jährliche Symposien zu organisieren. In Los Angeles entstand 1973 das *Poetry Therapy Institute*, welchem die Gründung weiterer Bibliotherapie Forschungsinstitute in anderen Gebieten der USA folgten (Grob, 1991). In Deutschland wurde 1984 die Gesellschaft für Poesie- und Bibliotherapie gegründet, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Grundlagen kreativer Prozesse bei der therapeutischen Arbeit mit Poesie und Literatur weiter zu erforschen sowie Methoden für die Arbeit mit Einzelnen und in Gruppen zu entwickeln und zu lehren.

Aus theoretischer Sicht erkannten vor allem Verhaltenstherapeuten (ab 1960) das Lesen als eine Möglichkeit zur Veränderung von Verhalten und Einstellungen (Calhoun, 1987). In den 60er und 70er Jahren wurden dann zunehmend Lebenshilfe- und Ratgeberbücher veröffentlicht, die heute einen unübersehbaren Markt hinsichtlich Thematik, Zielsetzung und Qualität wie auch Qualifikation und Interesse der Autoren bieten und in jeder Buchhandlung viele Regale füllen. Heute reicht das Spektrum der Selbsthilfematerialien von Broschüren/Büchern, Audio-Videotapes bis hin zum Internet, mobilen Medien oder Virtual-Reality-Anwendungen. Dabei handelt es sich meistens um Materialien, die in ihrer Wirksamkeit empirisch nicht überprüft sind, und somit auch ein nicht abschätzbares Risiko für den Nutzer darstellen könnten.

Mit den potenziellen Gefahren einer zunehmenden Kommerzialisierung von Psychotherapie durch Selbsthilfebücher haben sich Rosen (1987) und Rosen, Glasgow & Moore (2003) kritisch auseinandergesetzt. Sie beklagen vor allem die fehlende Bereitschaft von Buchautoren, angemessene Schlussfolgerungen aus den bisherigen Untersuchungen zum Einsatz von Selbsthilfeschriften zu ziehen, potenziell schädlichen Wirkungen zu wenig Beachtung zu schenken und somit ungeachtet berufsethischer Grundsätze überzogene Erwartungen an die Selbstbehandlung zu wecken.

Zwei Arbeitsgruppen *Task Force on Self-Help Therapies* diskutierten 1978 (gefördert vom *Committee on Scientific and Professional Ethics and Conduct / CSPEC*) und 1990 (gefördert von

der *American Psychological Association's Board of Professional Affairs / BPA*) die Vorzüge und Risiken der großen Auswahl an Selbsthilfematerialien für die Allgemeinbevölkerung (Rosen, 2004) und eine mögliche Umsetzung der Implementierung in ein *stepped-care-model*. Selbstverantwortete Bibliotherapie könnte nach diesem Modell der erste Schritt in der Gesundheitsversorgung der Allgemeinbevölkerung sein als ein erstes und besonders niedrighschwelliges Hilfsangebot (Scogin, Hanson & Welsh, 2003).

Für den englischen Sprachraum wurde 2008 ein Review erstellt, in dem solche Selbsthilfematerialien aufgeführt werden, deren Wirkung empirisch untersucht ist oder wo derzeit eine Überprüfung stattfindet. Es enthält eine Beschreibung der Art und Orientierung des Lesematerials, der Zielgruppe und auch Empfehlungen auf Grundlage der empirischen Ergebnisse (Chamberlain, Heaps & Robert, 2008), in Deutschland fehlen solche Zusammenstellungen und Empfehlungen aufgrund empirischer Ergebnisse bis jetzt. Auch wenn Informationsmaterialien für Patienten oder Psychologen auf der Homepage z.B. des BDP (www.bdp-verband.org) oder auch der DGVT (www.dgvt-de bzw. www.dgvt-verlag.de) zur Verfügung gestellt oder empfohlen werden, sind sie dennoch empirisch in ihrer Wirkung nicht überprüft (persönliches Telefonat mit der Pressestelle vom BDP und DGVT, 12.3.2009).

Eine empirische Überprüfung der Sicherheit und Wirksamkeit ist im Sinne des Anwenderschutzes und der kontinuierlichen Qualitätssicherung dabei unabdingbar (Rosen, 1987). Darüber hinausgehend ist gerade im Hinblick auf spezielle Zielsetzungen des Selbsthilfeansatzes - nämlich Verbesserung von Transfer, Stabilität und Generalisierung therapeutischer Veränderungen - eine breite, über die primäre Symptomatik hinausgehende und längerfristige Erfolgsmessung erforderlich (Angenendt, S. 763; in Margraf, 2009).

2.4 Formen der Bibliotherapie

Die Bibliotherapie, wie sie in der Literatur diskutiert wird, ist keine uniforme Maßnahme, sondern umfasst ein Spektrum sehr unterschiedlicher Therapieformen. Grahlmann & Linden (2005) wählen folgende Unterteilung:

Bibliotherapie mit fiktionalen vs. didaktischen Texten

Bibliotherapie mit fiktionalen Texten soll nach Shrodes (1950) eine Interaktion zwischen Leser und Literatur ermöglichen, in der Emotionen frei werden, die zur persönlichen Entwicklung des Lesers beitragen können. Fiktionale Literatur wie Biographien, Romane, Dramen oder Gedichte, die eine dramatische Präsentation menschlichen Verhaltens mittels Fiktion vornehmen, kann zur Diagnose und Behandlung von emotionalen Problemen genutzt werden. Bibliotherapie mit

didaktischen Texten zielt auf Informationsvermittlung und kognitives Lernen ab und wird vor allem in der somatischen Medizin (Linden, 1997) und der Verhaltenstherapie (Frude, 2004) angewandt. Bevorzugt eingesetzt werden Texte zum jeweiligen Störungsbild (Glasgow & Rosen, 1978). Sie sollen dem Patienten ein besseres Problemverständnis geben und die Fähigkeit zur Kooperation in der Therapie sowie seine Selbsthilfepotentiale verbessern.

Rezeptive vs. produktive Bibliotherapie

Beim rezeptiven Ansatz steht die Arbeit mit Texten im Vordergrund, die anhand der Problematik und des Störungsbildes ausgewählt werden. Beim produktiven Ansatz werden Patienten dazu angeregt, eigene Texte zu schreiben, die anschließend diskutiert werden (Orth & Petzold, 1995). Häufig wird für den produktiven Ansatz auch der Begriff „Poesietherapie“ benutzt. Horn und Mehl (2004) postulieren positive Effekte auf die seelische und körperliche Gesundheit beim expressiven Schreiben.

Intentionale vs. relationale vs. transponierende Bibliotherapie

Cohen (1994b) wählt folgende Unterscheidung:

- Intentionales Lesen ist zielgerichtet, aufgabenbezogen, thematisch spezifiziert, ggf. wiederholend und memorierend.
- Relationales Lesen ist die gemeinsame Beschäftigung mit demselben Text bzw. derselben Information mit z.B. Mitpatienten oder aber dem Therapeuten. Die gemeinsame Befassung mit derselben Information ermöglicht, das eigene Verständnis von Problemen mit dem anderer Personen zu vergleichen oder individuelle Erfahrungen und persönliches Erleben mit anderen zu teilen.
- Transponierendes Lesen ist die Aufnahme von Informationen, die dem Leser erlaubt, sich gedanklich in eine Vorstellungswelt zu vertiefen oder sich sogar vorübergehend darin zu verlieren bis hin zur Flucht in die Fiktion. Dies ermöglicht kognitives Probehandeln, neue Sichtweisen auf die eigenen Probleme, neue emotionale Erfahrungen oder auch die vorübergehende Distanzierung.

Therapeuten- vs. selbstverantwortete Bibliotherapie

Die Intensität der Interaktion zwischen Therapeut und Patient kann wie folgt unterschieden werden (Glasgow & Rosen, 1978; 1979):

- keine Therapeutenbeteiligung: der Patient sucht sich den Text selbst und hat keinen Kontakt mit einem Therapeuten.
- minimale Therapeutenbeteiligung: der Patient arbeitet weitgehend selbständig mit dem Text. Es besteht aber die Möglichkeit zu Klärungen mit einem Therapeuten, sei es schriftlich, telefonisch oder im Rahmen von Kurzkontakten.
- Therapeutenempfehlung: der Patient erhält die Texte oder den Hinweis darauf vom

Therapeuten, mit dem er auch aufkommende Fragen besprechen kann. Dies kann im Rahmen von Einzel- oder Gruppensitzungen erfolgen.

- **Therapeutenanleitung:** die Texte sind integraler Bestandteil einer Therapie und werden im Rahmen therapeutischer Aktivitäten eingesetzt. Ein Beispiel ist die Nutzung von Texten im Rahmen von Hausaufgaben, die der Patient zwischen den Sitzungen zu erfüllen hat.

Interaktive vs. rezeptive Bibliotherapie

Hynes & Hynes-Berry (1986) unterscheiden eine interaktive von einer lesenden/rezeptiven Bibliotherapie. Die interaktive Bibliotherapie nutzt Literatur gleich welcher Art dazu, um eine Diskussion zwischen Patienten wie auch zwischen Patient und Therapeut anzuregen. In der lesenden Bibliotherapie werden Texte nur rezeptiv aufgenommen. Für die Bibliotherapie ohne Teilhabe eines Therapeuten wird auch der Begriff der „Selbsthilfebibliotherapie“ verwendet (Cohen, 1994b). Selbsthilfebücher zählen in der Regel zur didaktischen Literatur (Pardeck, 1994b). Sie sollen ein Individuum in die Lage versetzen, den eigenen Gesundheitszustand besser zu verstehen oder zu ändern (Katz & Katz Sternberg, 1985). Pardeck (1994b) sieht in dieser Form der Bibliotherapie eine Möglichkeit zum „Empowerment“, d.h. zur Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten.

Psychotherapie - vs. Somatotherapie - integrierte Bibliotherapie

Die Bibliotherapie ist ihrem Wesen nach eine Form der „Psychotherapie“ und kann in einen umfassenderen psychotherapeutischen Prozess integriert werden. Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen empfehlen routinemäßig Selbsthilfematerialien (Adams & Pietre, 2000; Norcross et al., 2003; Starker, 1988), wobei sie ihren Patienten am häufigsten Selbsthilfebücher (85%) empfehlen (Norcross, 2000; Norcross et al., 2003). Die Bibliotherapie wird auch in der Somatotherapie eingesetzt. Versorgungsstudien haben gezeigt, dass Hausärzte mehrmals täglich schriftliche Informationsmaterialien an Patienten abgeben (Linden, 2000). Es handelt sich vorrangig um Materialien zur Information über Diabetes, Hochdruck oder andere verhaltensabhängige chronische Erkrankungen. Auch die Beipackzettel in Arzneimittelschachteln sind u.a. als bibliotherapeutische Instrumente zu verstehen (Linden, Geiselman & Makansi, 1983). Sie sind gesetzlich vorgeschrieben, um den Patienten über das Arzneimittel umfassend zu informieren und dies vor allem mit dem Ziel der Unterstützung einer korrekten Indikationsstellung, Dosierung und Risikoabwehr. Allerdings sind die Beipackzettel hinsichtlich der ausgewählten Informationen oder Sprache so kompliziert, dass sie mehr zu Missverständnissen und Verwirrungen führen (ebd., 1983).

Bibliotherapie unter Nutzung verschiedener Medientypen

Neben schriftlichen Materialien werden in verschiedensten Bereichen der klinisch-

psychologischen Intervention weitere Medien eingesetzt: Videos, Internet (Eichenberg, 2004; Spek et al., 2007), mobile Medien (Döring & Eichenberg, 2007) oder Virtual-Reality-Anwendungen (Eichenberg, 2007).

2.5 Einsatzmöglichkeiten der Bibliotherapie und ihre Vorteile

Nach Silverberg (2003) kann die Bibliotherapie als Werkzeug in der medizinischen Diagnostik, Therapie und Prävention von Krankheiten und als Bestandteil der Verhaltenstherapie eingesetzt werden. Dies gilt in der Therapie von Erwachsenen bei psychischen wie körperlichen Erkrankungen, aber auch in der therapeutischen Arbeit mit Kindern (Pardeck, 1994a). Anstett & Poole (1983) sehen die Wirkweise der Bibliotherapie darin, dass die Wahrscheinlichkeit einer positiven Veränderung beim Leser erhöht wird, dass dieser Wissen erwirbt, seine Einstellungen modifiziert oder sein Verhalten verändert.

Autoren nennen eine Vielzahl an potentiellen Zielen der Bibliotherapie, die im klinischen Bereich von Bedeutung sind, für die es aber nicht immer empirische Belege gibt.

Ziel der Bibliotherapie ist es,

- Informationen zu Problemen oder Diagnosen zu liefern, Einsicht in Probleme zu bieten, Diskussionen zu Problemen anzuregen, neue Werte und Einstellungen zu vermitteln, ein Bewusstsein zu schaffen, dass andere Menschen mit den gleichen Problemen kämpfen und Lösungen zu Problemen anzubieten (Campbell & Smith, 2003; Katz & Watt, 1992),
- das Verhalten von Patienten in normative Richtung zu führen, ihr Selbsthilfepotential zu stärken und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse zu meistern (Orth & Petzold, 1995),
- den Transfer in den Alltag zu verbessern, indem die Materialien erneut gelesen werden können, was 48% derjenigen berichteten, die bibliotherapeutische Materialien erhalten hatten (Jamison & Scogin, 1995; Prochaska & DiClemente, 1992),
- dem Patienten ein Gefühl von Kontrolle, Kenntnissen und Bewältigungsverhalten zu vermitteln, die Achtsamkeit und Selbsthilfekompetenz zu erhöhen, psychisches und körperliches Wohlbefinden zu fördern und die Inanspruchnahme professioneller Hilfen zu vermindern und so Komplikationen durch die Selbstfürsorge und Verantwortung der Patienten zu verhindern (Mitchell, 1994),
- Verhaltensstörungen in Alltagssprache zu beschreiben, Identifikation und Empathie zu fördern, Hoffnung und Einsicht zu vermitteln, konkrete Hilfe und Techniken anzubieten, Behandlungsstrategien zu erklären und Studienergebnisse dem Leser transparent zu machen (Norcross, 2000; Pardeck, 1998),
- das Bewusstsein der Patienten zu schärfen, Konzepte oder Strategien aus der Therapiesitzung noch einmal zu betonen und Lebensstilveränderungen zu fördern (Campbell & Smith, 2003; Katz &

Watt, 1992),

- die Patienten dabei zu unterstützen, die Verantwortung für ihre Behandlung und die Kontrolle über ihren körperlichen Zustand zu übernehmen (Floyd, 2003; Mains & Scogin, 2003; Scogin, 2003),
- zeitintensive Informationen durch Bibliotherapie zu vermitteln, um kostbare Therapiezeit für zentrale Themen des Patienten zu nutzen, verschiedene Lernmodalitäten des Patienten anzusprechen und den Transfer in den Alltag des Patienten herzustellen (Campbell & Smith, 2003),
- auf eine Therapie vorzubereiten. Gonzalez, Tinsley, Kreuder & Karen (2001) konnten zeigen, dass sich die Einstellung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote verbesserte sowie mehr positive Erwartungen hinsichtlich der Therapie induziert werden konnten.

Im Zentralblatt für Bibliothekswesen (Dresden) beschreibt Kleber (1982) die Indikationen und Zielsetzungen der Bibliotherapie so:

die Entwicklung realitätsgerechten Problemlöseverhaltens, die Beeinflussung, Steuerung und Lenkung der Persönlichkeit, die Förderung der Äußerung von Gefühlen und Erlebnisinhalten, die Erkenntnis eigener Eigenschaften und Verhaltensweisen, das Schaffen neuer Erlebnismöglichkeiten, die Stärkung und Abgrenzung der Persönlichkeit, die Beeinflussung der Arzt-Patient-Beziehung, die Beeinflussung sozialer und kultureller Verhaltensmuster, die Schaffung von Ersatzbefriedigungsmöglichkeiten und die Resozialisierung.

Bei fast allen chronischen Erkrankungen sollten Patientenschulungen zur Gesundheitsbildung und –förderung (s. 3.3) zentraler Bestandteil der Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sein (Reha-Kommission, 1991). Als interaktive Gruppenprogramme sind sie meist krankheitsspezifisch ausgerichtet und sollen über die Erkrankung und ihre Behandlung informieren sowie Anleitung zum Umgang mit krankheitsbedingten Problemen geben (Petermann, 1997). Patientenschulungen werden als Intervention von Therapeuten durchgeführt. Eine zeit- und kostenökonomischere Alternative zu Patientenschulungen sind bibliotherapeutische Materialien. Folgende Vorteile sind zu nennen:

- einfache Nutzung,
- kostengünstige Beschaffenheit,
- leicht zugänglich,
- die Möglichkeit, ein breites Spektrum an Menschen sofort und jederzeit zu erreichen, d.h. auch Personen, die in absehbarer Zeit keinen Therapieplatz bekommen, weite Anfahrtswege zu möglicher Psychotherapie haben oder sich aufgrund einer Stigmatisierung scheuen, diese Angebote

anzunehmen (Helbig, Hähnel, Weigel & Hoyer, 2004).

2.6 Anforderungen an die Textgestaltung

Für bibliotherapeutische Materialien gelten didaktische und informationspsychologische Grundanforderungen, da Informationen vermittelt und erworben werden sollen. So sollen:

- kürzere Texte bevorzugt werden, da sie leichter zu lesen sind und die Inhalte von den Patienten besser erinnert werden können,
- die Texte sprachlich einfach gestaltet sein, damit sie unterschiedlichen Patienten und Bildungsklassen gerecht werden können (Rubin, 1978).

Überraschende Befunde ergaben sich z. T. bezüglich der Komplexität des schriftlichen Materials: einfache und kurz gefasste Therapieinstruktionen in Form von Merkblättern und Informationsbroschüren für Patienten schnitten z. B. bei Rauchern, Übergewichtigen, Personen mit störenden Verhaltensgewohnheiten nicht schlechter ab als umfangreiche und komplexe Manuale auf dem neuesten Stand der Therapieforschung (Dobson & Shaw, 1988).

Craighead, McNamara & Horanb (1984) empfehlen für bibliotherapeutische Texte, dass

- sie sich auf wichtige Informationen konzentrieren, während Vollständigkeit nur ein nachgeordneter Aspekt ist,
- die Inhalte von genereller Relevanz sein sollen, d.h. sie für viele Personen gelten,
- die Empfehlungen kein relevantes Risiko beinhalten dürfen, auch dann nicht, wenn es zu Missverständnissen oder Fehlanwendungen kommt,
- sie auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein sollten. Es ist jedoch nicht erforderlich, dass sie identisch mit den Problemen der Patienten sind,
- die Handlungsempfehlungen dem Patienten Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Behandlungsziele wie des Vorgehens lassen,
- sie auf die bibliotherapeutische Strategie abgestellt sein sollten. So müssen Selbsthilfebücher bei der selbstverantworteten Bibliotherapie selbsterklärend sein, da der Patient allein mit der Lektüre arbeitet, während in die Psychotherapie integrierte Therapiematerialien auf ausgewählte Aspekte fokussieren können, da sie in der Therapie durch Informationen des Therapeuten ergänzt werden können. Beispiele für diese letztgenannte Art sind z.B. Zusammenfassungen und Ergänzungen von Inhalten, die der Therapeut bereits angesprochen hat oder ansprechen will.
- die Texte auch Stimmungen und Gefühle der Patienten und nicht nur Wissen ansprechen, um eine positive Resonanz zu erhalten (Pardeck, 1994a).

Von Bedeutung ist der Prozess des Wiedererkennens, welcher eintritt, wenn der Patient eine Ähnlichkeit zwischen sich und den beschriebenen Problemen oder Personen erlebt. Es können hier

die bekannten Regeln des Modellernens (Bandura, 1986 in: Klug Redman, 1996) gelten. In diesem Zusammenhang ist eine Studie von Cohen (1994a) von Interesse, die bei nichtfiktionalen wie fiktionalen Texten zeigen konnte, dass das Wiedererkennen des Selbst und das Entwickeln von Gefühlen ebenso von Bedeutung für das Verständnis eines Textes ist, wie der Erwerb von Wissen. Die Patienten, die sich in den beschriebenen Charakteren oder Problemen wiederfanden, berichteten über den größten Nutzen des Lesens. Sie konnten am differenziertesten die Texte verstehen und Hilfestellungen für die eigene Situation ableiten.

Lesestoff ermöglicht auch eine psychologische Distanzierung. Der Patient kann nicht bewusste oder auch unterdrückte Gefühle und Gedanken nachempfinden, erkennen, benennen und sie dadurch relativieren, sie besser akzeptieren und sich davon lösen (Silverberg, 2003). Dies geschieht auch dadurch, dass der Patient durch das Lesen erkennen kann, dass sein Problem nicht einzigartig ist, sondern auch andere Menschen davon betroffen sind und dass es dazu strukturierte Überlegungen gibt. Ebenso gilt, dass schriftlich formulierte Aussagen einen höheren Verbindlichkeitsgrad und Vertrauenswürdigkeit haben als rein mündliche Mitteilungen. Dies kann die Kooperationsbereitschaft des Patienten fördern. All diese Prozesse führen zu einer Beruhigung und einer psychologischen Versicherung (Reassurance) des Patienten und wirken angstreduzierend (Linden, 1983).

Lesbarkeit eines Textes

Die Lesbarkeit eines Textes ist eine notwendige Vorstufe zur Verständlichkeit. Die Lesbarkeit wird bestimmt durch Textmerkmale wie Wortlänge, Wortschwierigkeit, Satzlänge, Satzschwierigkeit oder Satzkomplexität. Sie lässt sich objektiv erfassen und beurteilen. Eine wissenschaftliche Formel zur Messung der Lesbarkeit stammt von Flesch (1948) und wurde für die deutsche Sprache von Dickes und Steiwer angepasst (1977). Diese sogenannte „Reading-Ease-Formel“ nimmt die Anzahl von Silben und die Anzahl von Wörtern innerhalb eines Satzes zur Grundlage für die Bewertung der Lesbarkeit von Texten. Der „Flesch-Grad“ wird nach folgender Formel berechnet: $FRE^2 = 206.835 - (1.015 \times ASL) - (0.846 \times ASW)$.

Der auf diese Art aus dem Text berechnete Lesbarkeitsindex bzw. „Flesch-Grad“ ist eine Zahl zwischen 1 und 100 (Skala: 1 = Text unverständlich, 100 = Text sehr leicht verständlich). Die Fleschformel wurde für die englische Sprache entwickelt, zur Anpassung an die deutsche Sprache

² $FRE = \text{Flesch Reading Ease Grad}$

ASL = Die durchschnittliche Satzlänge (*Average Sentence Length*) ergibt sich, indem die Anzahl der Wörter im Text durch die Anzahl der Sätze des Textes dividiert wird.

ASW = Die durchschnittliche Silbenanzahl pro Wort (*Average Number of Syllables per Word*) ergibt sich, indem die Silbenanzahl des gesamten Textes durch die Anzahl der Wörter im Text dividiert wird.

kann laut Mihm (1973) die Skala zur Bewertung deutscher Texte um 20 Einheiten verschoben werden. Ein Text ist laut Mihm dann optimal lesbar, wenn er beispielsweise pro 100 Wörter 180 Silben sowie durchschnittlich 12 Wörter pro Satz enthält. Der „Reading Ease/ Flesch Grad“ hat dann einen Wert von 42 und liegt im Bereich normal lesbarer Texte vergleichbar einem Roman.

In der Erstellung qualitativ guter Informationen ist die Präsentation (z.B. Layout, Abbildungen etc.) ein weiterer wichtiger Bestandteil der Lesbarkeit. Weitergehende Informationen über Präsentation und andere wichtige Fragen bei der Erstellung von Patienteninformationen können vom *Centre for Health Information Quality* (<http://www.chiq.org.uk>, 3.8.2009) angefordert werden.

Verständlichkeit eines Textes

Die Verständlichkeit eines Textes ist abhängig von den Lesefähigkeiten der Leserschaft. Zaccaria & Moses (1968) konnten zeigen, dass Patienten mit guten Leseleistungen bessere Ergebnisse zeigten als Patienten mit schlechten Leseleistungen.

In diesem Zusammenhang wurde der Begriff der *Health Literacy* geprägt. *Health Literacy* wird (WHO, 1998, S.10 in: Speros, 2004) definiert als die Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise derart zu gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich ist. Der Begriff *Health Literacy* wird im Deutschen noch nicht einheitlich verwendet. Abel & Bruhin (2003) verstehen ihn als wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung während Kickbusch, Maag & Saan (2005) eher darunter eine Bürgerkompetenz für Gesundheit versteht. Nutbeam (2000, 263ff) unterscheidet drei Ebenen:

- Funktionale Ebene: ausreichend Grundkompetenzen im Lesen und Schreiben, um im Alltag zu funktionieren.
- Interaktive Ebene: fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die es erlauben, aktiv im Alltag teilzunehmen, Informationen zu sammeln und in Interaktionen mit anderen zu interpretieren sowie vorhandene Informationen in veränderten Bedingungen anzuwenden.
- Kritische Ebene: fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die für die kritische Analyse von Informationen eingesetzt werden können, um eine größere Kontrolle über Lebenssituationen ausüben zu können.

Die soziale Ungleichheit, wie wir sie in Bezug auf Gesundheit einerseits und Bildung andererseits kennen, bestimmt auch die Verteilung von *Health Literacy* in der Bevölkerung mit. Dies bedeutet, dass Informationsangebote im Idealfall auf spezifische Bevölkerungsgruppen zugeschnitten werden sollen (Duetz & Abel, 2004). Hauptsächlich in den USA wurde ihre Wirkung

auf Gesundheit und Krankheit untersucht. Personen mit einer unzureichenden *Health Literacy* haben Mühe, mündliche und schriftliche Gesundheitsinformationen zu verstehen und nach deren Anweisungen zu handeln und sich im Gesundheitssystem zu bewegen (Saranjit & Lennard, 2004). Sie beziehen häufiger finanzierte Gesundheitsdienstleistungen, verursachen höhere Gesundheitskosten, sind weniger gesund, haben eine höhere Einlieferungsrate ins Krankenhaus und sind weniger empfänglich für präventive Maßnahmen (Joint Committee in National Health Education Standards, 1995). Zusätzlich weisen mehrere Studien darauf hin, dass Gesundheitsinformationen für einen großen Teil der Bevölkerung (hier in USA) nicht verständlich sind (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Adkins & Singh, 2001). Die Kenntnis des Niveaus der *Health Literacy* ermöglicht es, gesundheitsrelevante Informationen an die vorhandenen Kompetenzen und Bedürfnisse anzupassen. So ist ein wichtiger Aspekt beim Einsatz bibliothераpeutischer Materialien, die Lesefähigkeit der Patienten zu klären und den Inhalt und die Schwierigkeit des Textes an den Patienten und seine Auffassungsgabe anzupassen. Literatur, die zu schwierig ist, kann zu Missverständnissen, Frustration und eventuell zu einer Verstärkung der Problematik führen. Für die deutsche Bevölkerung gibt es derzeit noch keine Daten, die auf *Health Literacy*-spezifischen Instrumenten basieren.

Bibliothераpeutische Materialien sollten vor diesem Hintergrund für die Zielpopulation gut verständlich sein. Die Verständlichkeit der Broschüren kann mit dem empirisch-induktiven Ansatz des Hamburger Verständlichkeitskonzepts von Langer, Schulz von Thun & Tausch (1974) überprüft werden. Ein vier Dimensionenmodell für gute Textverständlichkeit (Steinbach, Langer & Tausch, 1972; Langer, Schulz von Thun, Meffert & Tausch, 1973) wurde faktorenanalytisch aus den Eindrucksurteilen von Ratern ermittelt. Dieses Modell kann mit den Hauptfaktoren: Einfachheit, Gliederung-Ordnung, Kürze-Prägnanz, anregende Zusätze 74 % bzw. 83 % der Gesamtvarianz der Merkmale eines Textes erklären. Um die Verständlichkeit eines Textes einzuschätzen, soll der Text hinsichtlich dieser vier Dimensionen auf einer 5-stufigen bipolaren Skala von +2 (optimal) bis -2 (sehr schlecht) beurteilt werden.

Ein optimal verständlicher Text sollte nach Langer, Schulz von Thun & Tausch (2002) einen Wert von +2 bis +0.5 bei der Dimension Einfachheit und Gliederung-Ordnung haben, für die Dimension Kürze-Prägnanz empfehlen sie einen Wert von -0.5 bis +1.5. Für die Dimension der zusätzlichen Stimulanz sind positive Ausprägungsgrade nur dann verständlich, wenn sie in Verbindung mit einer hohen Ausprägung der Gliederung und Ordnung einhergehen. Schulz von Thun, Weizmann, Langer & Tausch (1974) zeigten, dass die Verständnis - Behaltensleistungen mit der Schulbildung ansteigen und dass unabhängig von der Schulbildung alle Leser durch derart

optimierte Texte in der Verständnis - Behaltensleistung in etwa gleichem Maße profitieren.

2.7 Klinische Erfahrungen und Überlegungen zur Nutzung von Bibliotherapie in der Psychotherapie

Therapeuten halten Selbsthilfematerialien für eine wichtige Komponente in ihrer Therapie mit psychiatrischen Patienten (Den Boer, Wiersma & van den Bosch, 2004; Marrs, 1995; Campbell & Smith, 2003). Nach den Ergebnissen von Starker (1986, 1988a, 1988b, 1988c, 1992) hielten 90% aller Psychologen, die er in Boston und San Diego befragt hatte, Selbsthilfematerialien für hilfreich, 60% ermunterten ihre Patienten sie zu lesen, nur 4 % hielten sie für nicht hilfreich und keiner hielt sie für schädlich. Einer Umfrage nach (Adams & Pietr, 2000) gaben 68 % der antwortenden Therapeuten ($N = 62$) an, regelmäßig ihren Patienten Materialien zu empfehlen. Als Gründe für die Empfehlung nannten sie, den Patienten bei der Verantwortungsübernahme zur Selbstfürsorge zu unterstützen (68%), um den Therapieprozess zu verbessern (76%) oder auch dem Wunsch des Patienten nach Lesematerial zu entsprechen (64%). Auch stellten sie einen signifikanten positiven Zusammenhang fest zwischen der Länge der Berufserfahrung und der Tendenz, Lesematerialien zu empfehlen. Dies repliziert die Ergebnisse von Smith & Burkhalter (1987). Für Mitglieder der *APA's Divisions of Clinical and Counselling Psychology* waren die wichtigsten Gründe für die Anwendung von Selbsthilfematerialien in der Therapie „das Bewusstsein zu schärfen, wichtige Konzepte oder Strategien aus der Therapiesitzung noch einmal zu betonen und Lebensstilveränderungen zu fördern“ (Campbell & Smith, 2003). Jedoch basieren diese Einstellungen eher auf ihrer klinischen Erfahrung, und die Empfehlung von Selbsthilfematerialien an den Patienten erfolgt eher intuitiv als aufgrund empirischer Ergebnisse. So empfehlen tätige Psychotherapeuten ihren Patienten zu 85% Selbsthilfebücher, 82% Selbsthilfegruppen, 46% Filme, 34% Internetseiten, 24% Autobiographien (Norcross, 2000; Norcross et al., 2003). Floyd (2003) beschreibt den Nutzen von Bibliotherapie innerhalb der Verhaltenstherapie an zwei Fallbeispielen. In beiden Fällen empfahl er im Therapieverlauf verschiedenes Lesematerial, das jeweils auf die aktuelle Problematik des Patienten abgestimmt war, und kam in den folgenden Therapiesitzungen auf die Inhalte zu sprechen. Beide Patienten waren als „Vielleser“ offen für seine Empfehlungen. Sie konnten das Gelesene anwenden. Ihre depressive Symptomatik verbesserte sich und sie lernten, innere Überzeugungen und zwischenmenschliche Verhaltensmuster zu verändern. Bibliotherapie konnte die Besserung beschleunigen und die begrenzte Anzahl der Therapiesitzungen „ausweiten“ und somit auch die Qualität der Verhaltenstherapie verbessern (Campbell & Smith, 2003).

Starker (1988) untersuchte die Erfahrung, Einstellung und Orientierung der Therapeuten, die Selbsthilfematerialien verordneten. 69% der Therapeuten, die geantwortet hatten ($N = 121$),

berichteten von positiven Äußerungen ihrer Patienten „das Lesematerial hat mir sehr geholfen“, 8 % berichteten aber von negativen Äußerungen „das Lesematerial hat mir Schaden zugefügt“. 24 % der Therapeuten gaben an, „oft“ Lesematerialien als einen Zusatz ihrer Therapie zu nutzen, 12 % benutzten sie „regelmäßig“, 60 % „gelegentlich“ und 4 % benutzten sie „nie“. Auch wenn Therapeuten aller Therapierichtungen Lesematerialien empfehlen, scheinen Verhaltenstherapeuten dies häufiger zu tun und auch mehr Gründe für den Einbezug von Bibliotherapie in ihre Therapie zu sehen als z.B. psychodynamische Psychotherapeuten (Campbell & Smith, 2003; Starker, 1988). Dies weist möglicherweise auf einen Paradigmenwechsel hin, der dem Klienten mehr Verantwortung für das Therapieergebnis zuweist (Quackenbush, 1991).

Halliday (1991) befragte erwachsene Klienten vor einer Therapie nach ihren Erfahrungen mit Selbsthilfematerialien. 43% ($N = 100$) gaben an, solche Materialien gelesen zu haben. 37 % hatten von dem Lesematerial profitiert, wogegen 4% angaben, vermehrt Stress und eine Schädigung erlebt zu haben.

In der Literatur lassen sich folgende therapeutische Überlegungen und Empfehlungen zum Einsatz von Bibliotherapie innerhalb einer Psychotherapie finden:

1. Berücksichtigen der Patientencharakteristika

- Der Einsatz von Materialien sollte an die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit bzw. Symptomatik des Patienten angepasst sein. Trotz mehrfachem Lesen der Broschüren konnten sich Patienten mit kognitiven Einschränkungen die Informationen nicht merken, reagierten frustriert und beendeten ihre Behandlung vorzeitig (Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd & Rokke, 2004).
- Ungeeignet für Bibliotherapie hält Floyd Patienten, bei denen Erinnerungen an eine „glanzlose Schulkarriere“ geweckt werden würden, die Schwierigkeiten in der Motivierung bzw. Initiierung von Verhalten zeigten, die das Gespräch über das Selbsthilfematerial dafür nutzten, um von der Therapie abzulenken oder generell auch eher negativ auf Psychotherapie reagieren (Floyd, 2003).
- Von Bedeutung ist schließlich auch noch, ob der Patient überhaupt willig und motiviert ist, einen Text zu lesen. Dabei spielen soziographische Faktoren ebenso eine Rolle wie die Art der Erkrankung, der Zeitpunkt, wann ein Buch im Verlauf einer Erkrankung oder Behandlung eingesetzt wird, wie es aufgemacht ist und vor allem wie es vom Therapeuten eingeführt wird. Nach Pardeck & Pardeck (1984b, S. 247/248) sollte für einen effektiven Einsatz der Bibliotherapie zusätzlich eine angemessene Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut hergestellt sein und eine erste Exploration des Problems stattgefunden haben. In Abhängigkeit vom Problem sollte das

bibliotherapeutische Material ausgewählt werden, so dass der Patient sich durch die Lektüre angesprochen fühlt. Der Therapeut sollte anschließend das Gelesene mit dem Patienten besprechen. Ist der Einsatz von bibliotherapeutischen Materialien nicht klar mit dem Patienten besprochen, können negative Reaktionen auch dadurch entstehen, dass der Patient sich beiseite geschoben fühlt, weil er meint, dass der Therapeut keine Zeit mit ihm verbringen will (Floyd, 2003).

- Ethische, kulturelle oder demographische Variablen sind in der Wahl der Materialien zu berücksichtigen in Bezug auf Gegenstand, Werte, Zielsetzung und Mitteilung, um mit dem Wertesystem des Klienten kongruent zu sein. Weiterhin sind Studienergebnisse und Konsequenzen in Bezug auf kulturelle Verschiedenheit zu berücksichtigen.

2. Art der Nutzung

- Erklärungen, Informationen oder praktische Durchführungen können mittels einer zusätzlichen Leseempfehlung an Patienten gegeben werden, denen z.B. eine regelmäßige Therapieteilnahme nicht möglich ist. Patienten mit psychischen Störungen gaben an, dass die Aufklärung über die Störung, Medikation und Nebenwirkungen, Problemlösestrategien und das Erklären des Gesundheitssystems die wichtigsten aufklärerischen Themen wären (Chien, Kam & Fung-Kam Lee, 2001; Perreault, Katerelos, Tardif & Pawliuk, 2006).

- Wird Bibliotherapie als integrativer Therapiebestandteil der Therapie genutzt, sollte das empfohlene Material abgestimmt sein auf die aktuellen Belange und Probleme des Patienten und in der Therapie wieder aufgegriffen werden. Aktivitäten und/oder Problemlösungen sollten für den Patienten machbar sein. Es sollte sich um empirisch effektives Material handeln, kongruent zur Therapie und -phase und passend zu den bestehenden Problemen des Patienten. Eine klinische Nutzung sollte nur an eigenen Klienten erfolgen. Der Therapeut sollte mit den Inhalten vertraut sein und in der Lage sein, sie mit dem Patienten zu besprechen und die Wahrnehmung und Reaktionen des Patienten überwachen.

3. Art und Qualität des Textes

- Didaktische Literatur gibt Informationen, Entscheidungshilfen und Lösungsvorschläge. Die fachliche Qualifikation und das Interesse etc. des Autors sollte überdacht werden und das Material auf evtl. falsche Versprechungen überprüft werden. Um Therapeuten in der Auswahl der Lesematerialien zu unterstützen, veröffentlichte Rosen (1981) Leitlinien für die Evaluation von *do - it - yourself - books*. DISCERN (Charnock, Shepperd, Needham & Gann, 1999) als erster standardisierter Kriterienkatalog ist ein Instrument, das entwickelt wurde, um Nutzern von Patienteninformationen zu helfen, die Qualität von Patienteninformationen über

Behandlungsalternativen einzuschätzen, nicht aber die wissenschaftliche Qualität oder die Korrektheit der Literatur, die einer Patienteninformation zugrunde liegt, zu bewerten.

- Fiktionale Literatur beabsichtigt Veränderungen zu unterstützen durch die Identifikation des Lesers mit dem Charakter des Buches (Smith & Burkhalter, 1987). Ihm wird es ermöglicht, sich in die Welt des anderen zu versetzen. Bei Einsatz von fiktionaler Literatur sollten die Materialien die gleichen Emotionen und Empfindungen des Patienten beschreiben (Pardeck, 1998). Obwohl es bis jetzt wenig Studien zu fiktionaler Literatur gibt, scheint es jedoch zu einer Stressreduktion zu kommen (Cohen, 1994b).

4. Passung zwischen Bibliotherapie und Therapiephase bzw. Phase der Veränderung

Patienten am Beginn einer Therapie sind wahrscheinlich noch nicht motiviert Veränderungen vorzunehmen. So sollten in der Anfangsphase eher Inhalte, die die Natur des Problems untersuchen, die Bedingungen aufklären oder Aspekte des Problems beleuchten, eingesetzt werden. In einer späteren Phase sollten eher Materialien, die die Inkongruenz, die verzerrten Kognitionen oder gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen hinterfragen, eingesetzt werden und in der Phase der Veränderung eher Hilfen, die über verschiedene Problemlösungsmöglichkeiten informieren oder neue Verhaltensweisen beschreiben, verschiedene Veränderungsoptionen auflisten und Konsequenzen der Veränderung darstellen, angeboten werden (Norcross, 1993; Prochaska & Norcross, 1999). Das Konzept stadienspezifischer Interventionen unterscheidet Interventionen an Personen im motivationalen Stadium (z.B. zur Risikowahrnehmung), im präaktionalen Stadium (z.B. zur Ausführungsplanung) und im aktionalen Stadium (z.B. zur Bewältigungsplanung). Auch wenn die Befundlage zu stadienspezifischen Interventionen vor allem auf der Basis des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente, 1992) inkonsistent ist, gibt es aber durchaus genügend Hinweise auf erfolgreiche stadienspezifische Interventionen (Schütz & Renneberg, 2006).

5. Passung zwischen Bibliotherapie und Bewältigungsverhalten

Individuen mit internalem Bewältigungsstil tendieren zu einem erfolgreichen Gebrauch von Bibliotherapie. Individuen mit externalen Bewältigungsverhalten reagieren eher gut auf Aktivitäten, die verhaltensorientiert sind wie z.B. Hausaufgaben oder selbstgesteuerte Aufgaben und Individuen mit starkem Widerstand reagieren besser auf selbstgesteuerte nicht-direktive Aktivitäten (Beutel, 1991)

2.8 Metaanalysen zur Effektivität von Bibliotherapie

Empirische Daten sprechen für einen positiven Einfluss von Bibliotherapie auf intellektuelle,

psychosoziale, emotionale und interpersonale Fertigkeiten (Silverberg, 2003). Die Zusammenfassung der Ergebnisse von vier neueren Metaanalysen (Marrs, 1995; Den Boer, Wiersma & van den Bosch, 2004; Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004; Hirai & Clum, 2006), die sowohl klinische als auch subklinische Populationen erfassten und mittels verbesserter metaanalytischer Methodik (z.B. Hedges & Olkin, 1985) erstellt wurden, zeigt einen mittleren Effekt ($d = 0,565 - 0,84$) für bibliothераpeutische Maßnahmen im Vergleich zur Warte- bzw. Placebogruppe. Die Art und inhaltliche Qualität der Materialien blieb allerdings unberücksichtigt.

In Abhängigkeit der abhängigen Variable fanden sich folgende Unterschiede hinsichtlich der Effektivität (Marrs, 1995): die höchsten Effektstärken fanden sich bei nichtstandardisierten Skalen ($d = 1.01$, $N = 15$) und beobachtbarem Verhalten ($d = 0.797$, $N = 20$), mittlere Effekte bei standardisierten Skalen ($d = 0.564$, $N = 41$), akademischen Leistungen ($d = 0.478$, $N = 9$) und in der Fremdbeurteilung ($d = 0.436$, $N = 5$). Die geringste Wirksamkeit scheint Bibliothherapie auf physiologische Variablen ($d = 0.397$, $N = 14$) und Selbstbeurteilungsmaße ($d = 0.329$, $N = 14$) zu zeigen. Die Effekte scheinen stabil zu sein, da in den Follow-up-Untersuchungen sich keine statistisch signifikanten abweichenden Effektstärken fanden im Vergleich zu den Daten zur Zeit der Entlassung bzw. Intervention.

In einigen Indikationsbereichen war Bibliothherapie ähnlich wirksam wie eine übliche Psychotherapie (Marrs, 1995; Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004). So geben Gregory, Canning, Lee & Wise (2004) in ihrer kürzlich erstellten Metaanalyse von verhaltenstherapeutisch orientierten Bibliothераpiematerialien für Depression eine Effektstärke ($d = 0.77$) an, die vergleichbar ist mit einer Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten ($d = 0.82$; Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998). Erwartungsgemäß hängen solche Befunde vom Problembereich ab (Marrs, 1995): die höchsten Effektstärken fanden sich bei Selbsthilfemanualen, die auf sexuelle Funktionsstörungen abzielten ($d = 1.279$, $N = 4$) oder soziale Fertigkeitstrainings ($d = 0.946$, $N = 12$) oder Angstreduktion ($d = 0.906$, $N = 15$) zum Inhalt hatten. Mittlere Effekte zeigten sich bei depressiven Erkrankungen ($d = 0.567$, $N = 5$). Die geringste Wirksamkeit scheinen Selbsthilfemanuale zur Impulskontrolle (Gewohnheitsverhalten, Alkohol, Nikotin, $d = 0.222$, $N = 6$) sowie Gewichtsreduktion ($d = 0.396$, $N = 9$) zu haben. Auch die Patientenkooperation bzw. Drop-out-Rate unterschied sich nicht zwischen denen, die Selbsthilfemanuale oder Psychotherapie erhalten hatten oder denjenigen, die der Warte- bzw. Placebogruppe zugeteilt worden waren (Gregory, Canning, Lee & Wise, 2004). Hinsichtlich der Anwendung bibliothераpeutischer Materialien fanden sich in der Regel keine Unterschiede zwischen der Wirksamkeit bei reiner Selbstanwendung im Vergleich zur Bibliothherapie mit therapeutischer Unterstützung. Dies gilt aber

nicht in jedem Fall. So erzielten die Manuale bei Gewichtsreduktion und Angstabbau höhere Effekte bei stärkerem Ausmaß des Therapeutenkontakts (Marrs, 1995). Bei z. T. vergleichbaren Besserungsquoten beider Anwendungsformen äußern sich Patienten mit mehr persönlichem Kontakt zum Therapeuten allerdings häufig zufriedener mit der Behandlung (Den Boer et al., 2004). Hinsichtlich des Medientypus (Text, Audio, Video bzw. Kombinationen) zeigte sich tendenziell, dass audiovisuelles Material bei bestimmten Problembereichen besser wirksam ist. Zum Verständnis von bibliotherapeutischen Wirkungen hält Marrs (1995) die Analyse von Moderatorvariablen (Persönlichkeit des Lesers und Lesefähigkeit) sowie die Analyse der Art der Lesematerialien für unverzichtbar.

2.9 Empirische Untersuchungen zu den Wirkungen der Bibliotherapie innerhalb einer Psychotherapie / Verhaltenstherapie

In vielen randomisierten Studien wurde bereits gezeigt, dass das hilfreiche Potential von Selbsthilfeliteratur besonders da liegt, wo Therapie wenig zugänglich ist, selten sind dagegen Studien, die die Auswirkungen von Bibliotherapie innerhalb einer Psychotherapie / Verhaltenstherapie abschätzen. Zwei Dissertationen untersuchten die Wirkung therapiebegleitenden Lesens mit einem experimentellen Design an der gleichen Stichprobe. Die Dissertation „Bibliotherapie in der psychotherapeutischen Praxis“ untersuchte den Einfluss des therapiebegleitenden Lesens auf kognitive Variablen und körperliches Befinden (Wolf, 1988), wohingegen die Dissertation „Bibliotherapie“ (Merkle, 1989) den Einfluss therapiebegleitenden Lesens auf das emotionale Befinden untersuchte. Das Problemlösebuch „Gefühle verstehen, Probleme bewältigen“ wurde auf der Grundlage Rationaler Verhaltenstherapie von den Autoren entwickelt und ist im PAL-Verlag (Mannheim, 1985, 134 Seiten) erschienen. Es enthält folgende Kapitelüberschriften: 1. Sie fühlen, wie Sie denken 2. Zwei Regeln für gesundes Denken 3. Nutzen Sie Ihre Vorstellungskraft 4. Wie Sie sich motivieren 5. Machen Sie Schluss mit Ihren Minderwertigkeitsgefühlen 6. Ängste und wie man sie überwindet 7. Verbannen Sie Ihre Schuldgefühle aus Ihrem Leben 8. Was Sie bei Depressionen tun können 9. Selbstbewusstsein kann man lernen 10. Liebe und Partnerschaft 11. Eifersucht und was dahinter steckt 12. Probleme beim Sex und was man dagegen tun kann 13. Mensch ärgere dich nicht. Die kognitiven Variablen wurden erfasst durch den Fragebogen zu den irrationalen Ideen (Merkle, 1989 & Wolf, 1988), das körperliche Befinden durch die Beschwerdeliste von Zerssen (1976), das emotionale Befinden mit der Eigenschaftswörterliste (Janke & Debus, 1978) und dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978). Das therapiebegleitende Lesen des Problemlösebuches führte zu einer Erhöhung der Effektivität der Therapie im Vergleich zu denen, die nur Therapie erhalten hatten. Es kam zu einer Zunahme an Aktivität und des allgemeinen

Wohlbehagens sowie zu einer Abnahme an Introversion, Empfindlichkeit und Depressivität. Im kognitiven Bereich veränderte sich die Tendenz zu katastrophisieren, ansonsten wirkte es sich auf rationales Denken und körperliches Befinden nicht aus. Diese Ergebnisse wurden unterstützt durch das subjektive Erleben der Klienten. Über 50% der Klienten sahen im Problemlösebuch eine wirksame Unterstützung für den therapeutischen Fortschritt und 40% haben es mehr als zweimal im Untersuchungszeitraum gelesen (Wolf, 1988). Im emotionalen Befinden kam es zu einer Steigerung des Aktivitätsniveaus, des allgemeinen Wohlbefindens gekennzeichnet durch ein größeres Maß an Selbstsicherheit und einer gehobeneren Stimmung sowie zu einer geringeren emotionalen Labilität im Vergleich zu Patienten, die lediglich Therapie erhielten. Ferner beschrieben sich die Patienten als entspannter, gelassener und optimistischer (Merkle, 1989).

Cherith, Dunwoody, Kernohan & McCaughan (2009) verglichen die Effektivität einer zusätzlichen problemfokussierten Intervention in Form von Bibliotherapie mit der üblichen multidisziplinären ambulanten Weiterbehandlung für Patienten mit signifikanten psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen im Anschluss an eine Karzinombehandlung im Kopf bzw. Halsbereich. Psychosoziale Dysfunktionalität wurde operationalisiert mit der WASA - Cutoff ≥ 12 - (*work and social adjustment scale*; Marks, 1986) und der HADS – Cut off ≥ 8 - (*hospital and depression scale*; Zigmond & Snaith, 1983). Die bibliotherapeutischen Texte, die auf die Hauptproblembereiche der Patienten abzielten, basierten auf VT-Prinzipien und enthielten weiterhin Psychoedukation und ein Training sozialer Fertigkeiten. Sie wurden im Durchschnitt im Rahmen von 4 Hausbesuchen verteilt, die im Abstand von 2 Wochen maximal 90 Minuten dauerten. In der Interventionsgruppe ($n = 25$) kam es bei Interventionsende zu einer Verbesserung psychologischen Wohlbefindens (Angst, $p = .001$; Depression, $p = .005$), sozialer Funktionsfähigkeit ($p = .048$) und Lebensqualität ($p \leq .05$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($n = 29$). Diese Verbesserungen hatten sich nach 3 Monaten nicht verändert. In dieser Studie ist die Intervention Bibliotherapie verbunden mit 4 Hausbesuchen, somit kann die Verbesserung nicht ausschließlich auf die Bibliotherapie zurückgeführt werden.

Weinberg, Gunderson, Hennen & Cutter (2006) untersuchten die Effektivität einer zusätzlichen Kurzeit Individual Therapie genannt MACT (*Manual Assisted Cognitive Treatment*) an einer Interventionsgruppe ($n = 15$) im Vergleich zur alleinigen Routinebehandlung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS; DSM-IV Kriterien erfüllt), die aufgrund absichtlichen Selbstverletzens in Behandlung waren. MACT ist konzipiert für 6 Sitzungen und enthält Elemente der DBT (Linehan, 1993), kognitiver Verhaltenstherapie (Beck et al., 2004) und Bibliotherapie (Scogin, 2003). In jeder Sitzung geht es um ein Buchkapitel mit jeweils verschiedenen Themen

durchgeführt von Anwendern, die ein 3-tägiges Seminar durchlaufen haben. Bei der Interventionsgruppe, die zusätzlich zur Routinebehandlung noch MACT erhielten, zeigte sich eine signifikante Abnahme der Häufigkeit von Selbstverletzungen bei Therapieende ($p < .05$) und eine signifikante Abnahme der Häufigkeit und Schwere der Selbstverletzung nach 6 Monaten ($p < .001$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($n = 15$), die nur Routinebehandlung erhielten. Auch hier ist die Intervention Bibliothherapie verbunden mit 6 Sitzungen, somit kann die Verbesserung nicht ausschließlich auf die Bibliothherapie zurückgeführt werden.

2.10 Empirische Untersuchungen zu den Nebenwirkungen der Bibliothherapie

Nach Lawrence & Silverberg (2003) können bibliotherapeutische Materialien auch negative Reaktionen beim Leser zur Folge haben. Eine Zusammenfassung mehrerer Studien geht von einer negativen Reaktion bzw. Verschlechterung der Symptomatik bei 9% der Leser in der Selbstbeurteilung (*Geriatric Depression Scale*, *Beck Depression Inventory*) und in der Fremdbeurteilung (*Hamilton Rating Scale for Depression*) bei 1% der Leser aus. In diesen Studien hatten die Patienten verschiedene Materialien zur Depression erhalten. Dennoch liegt dieser Prozentsatz unterhalb der negativen Reaktionsrate, die nach einer Psychotherapie durch einen Therapeuten angegeben wird. Für die kognitive Therapie liegt nach den Daten des National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP) die negative Reaktionsrate bei 11% der Patienten in der Selbstbeurteilung (BDI) und 5% in der Fremdbeurteilung (HRSD; Scogin, Floyd, Jamison, Landreville & Bissonnette, 1996).

Negative Reaktionen können auftreten in Folge:

- des Noceboeffektes

Der Noceboeffekt bezeichnet sowohl die durch eine negative pessimistische Erwartungshaltung entstandene negative Reaktion - z.B. in Form von Symptomen - auf die Anwendung einer inaktiven Substanz (Hahn, 1997; Lombardi, Gargioni, Canonica & Passalacqua, 2008; Jewett, Fein & Greenberg, 1990) als auch ohne eine solche Anwendung (Benedetti, Lanotte, Lopiano & Colloca, 2007; Benedetti, 2008). So konnten verbale Suggestionen selbst in gesunden Personen die suggerierten negativen Symptome (Benedetti, Lanotte, Lopiano & Colloca, 2007) induzieren. Auch das Lesen möglicher Nebenwirkungen in Beipackzetteln (Flaten, Simonsen & Olsen, 1999; Haga, Warner & O'Daniel, 2009) kann die Wahrscheinlichkeit des Entstehens entsprechender Symptome erhöhen. Werden Krankheitssymptome im sozialen Umfeld beobachtet oder von den Betroffenen beschrieben, kann dies eine Übertragung der Symptome auf das Umfeld zur Folge haben (Sirois, 1975 und Kerckhoff & Back, 1962 zitiert in Hahn, 1997), die sich bis in eine Massenhysterie (Wu & Li, 2009) ausweiten kann. Das Eintreten eines erwarteten, spezifischen Ergebnisses z.B.

„während einer OP zu versterben“ (Cannon, 1942; Weisman & Hackett, 1961) beschreibt die spezifische Form, in der allgemeinen Form sind es eher negative vage Befürchtungen. So äußert sich der Noceboeffekt üblicherweise durch subjektive Symptome, wie beispielsweise Übelkeit, Kopfschmerzen, Erschöpfung oder Benommenheit. Daneben sind allerdings auch objektive Symptome diagnostizierbar. Dies sind vor allem Hautausschlag, erhöhter Blutdruck und erhöhte Herzfrequenz. Diese Symptome können leicht und von vorübergehender Natur, aber auch chronisch und im Extremfall sogar letal sein (Hahn, 1997; Wu & Li, 2009). Der dem Noceboeffekt zugrunde liegende psychische Mechanismus ist im Wesentlichen unbekannt. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand spielen Konditionierung (Lorenz et al., 2005) und Erwartungshaltung (Benedetti et al., 2003) eine wesentliche Rolle. Das Risiko eine Noceboreaktion zu entwickeln ist größer für solche Menschen, bei denen aktuell körperliche Symptome bestehen (Rief & Broadbent, 2007; Rief, Hiller, & Margraf, 1998) als auch in der Vergangenheit bestanden haben (Papakostas et al., 2004). Desweiteren besteht ein erhöhtes Risiko bei Personen mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Neurotizismus (Davis, Ralevski, Kennedy & Neitzert, 1995) sowie bei denen, die bei bestehender Angst, Pessimismus und Hypochondrie zusätzlich in einer Umgebung leben, in der entsprechende kognitive Netzwerke aktiviert werden (Geers, Helfer, Kosbab, Weiland & Landry, 2005). Auch positive Verstärkung durch Aufmerksamkeit und Feedback von Sozialpartnern (Thieme, Gromnica-Ihle & Flor, 2003) sowie entsprechende Informationen (Lorber, Mazzoni & Kirsch, 2007) erhöhen die Wahrscheinlichkeit, eine Noceboreaktion zu induzieren. Studienergebnissen (Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp, 2002) zu Folge führte z.B. die Behandlung mit der *Critical-Incident-Stress-Debriefing*-Methode (CISD) bei den Traumatisierten zu einem negativen Behandlungsergebnis. Bei der unbehandelten Kontrollgruppe kam es jedoch zu einer Abnahme von Symptomen. Zur Normalisierung der Stresserfahrung werden in der CISD die Symptome vermittelt, die sich über die nächsten Tage, Woche und Monate entwickeln könnten. Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp (2002) nahmen an, dass die Vermittlung entsprechender Symptome den Gesundungsprozess verhinderten.

Unter Berücksichtigung des Nocebo-Phänomens sollten bibliothераpeutische Materialien deshalb positive Erwartungen „*it may be healthier to err on the side of optimism than on the side of pessimism*“ in den Lesern erzeugen (Hahn, 1997, S.610). So stellten Petrie et al. (2007) fest, dass durch das Induzieren positiver Erwartungen sich die Symptombelastung nach einer medizinischen Untersuchung reduzierte. Sie vermittelten ihren Patienten Informationen - durch Broschüren oder zusätzlich zur Broschüre noch durch eine weitere mündliche Erklärung - über den Ablauf einer diagnostischen Untersuchung mit den dazugehörigen Normwerten.

- von Noncompliance.

Auch die Beipackzettel in Arzneimittelschachteln sind u.a. als bibliotherapeutische Instrumente zu verstehen (Linden, Geiselman & Makansi, 1983). Beipackzettel sind gesetzlich vorgeschrieben, um den Patienten über das Arzneimittel umfassend zu informieren und dies vor allem mit dem Ziel der Unterstützung einer korrekten Indikationsstellung, Dosierung und Risikoabwehr. Allerdings sind die Beipackzettel hinsichtlich der ausgewählten Informationen oder Sprache so kompliziert, dass sie mehr zu Missverständnissen und Verwirrungen führen (ebd., 1983). Die Tendenz „*to provide extensive and exhaustive information on side effects*“ erhöht zusätzlich die Wahrscheinlichkeit einer Noncompliance in Form von Nicht- oder Falschbefolgung (Verdú & Castelló, 2004) bis hin zur vorzeitigen Beendigung der Intervention (Rief, Avorn & Barsky, 2006).

- von Response shift

Eine der möglichen Fehlerquellen ist eine sich verändernde Einschätzung, die unabhängig von einer Verbesserung zustande kommt. Diese Art von Verzerrungen nennt man im Englischen „*Response Shift*“ und „*refers to changes in the meaning of one's self-evaluation of a target construct*“ (Sprangers & Schwartz, 1999). Hierunter verbergen sich als Antwort auf eine Krankheit oder auf eine Intervention 1. die Rekalibrierung eines verinnerlichten Bewertungsmaßstabes, 2. die Neudefinition eines Zielkonstruktes und 3. eine Veränderung der Werte. Der Erhalt bibliotherapeutischer Materialien kann zu einem Response shift führen mit einer Veränderung der kognitiven Schemata, internen Standards, Werte und Konzepte (Carver & Scheier, 2000), was einen methodischen Bias darstellt.

- eines Empowerments des Patienten

Zum Konzept „der Patient als Experte“ (Badcott, 2005) oder „partizipative Entscheidungsfindung“ gehört als Kernelement eine „aktive partnerschaftliche Beziehung“ mit möglichst gleichem Informationsstand und einer „Concordance“ als Konsens von Arzt und Patient. Das Selbstbestimmungsrecht auch einer Entscheidung gegen den Willen des Arztes hat der Patient. Dieses Konzept wird aus Patientensicht (Böcken, Braun & Schnee, 2004) sowie aus Sicht der Ärzte (Butzlaff, Floer & Isfort, 2003; Klemperer & Rosenwirth, 2005; Hamann, Leucht & Kissling, 2003) ambivalent bewertet und kann zu Problemen in der Therapeut-Patient-Beziehung führen (Badcott, 2005).

- einer defizitären Kommunikation

Ist der Einsatz von bibliotherapeutischen Materialien nicht klar mit dem Patienten besprochen,

können negative Reaktionen auch dadurch entstehen, dass der Patient sich beiseite geschoben fühlt, weil er meint, dass der Therapeut keine Zeit mit ihm verbringen will (Floyd, 2003).

Zusammenfassung

Bibliotherapie, die „Nutzbarmachung von Texten zu therapeutischen Zwecken“ umfasst ein Spektrum sehr unterschiedlicher Therapieformen und ihre Definitionen sind unterschiedlich weit gefasst. Im engeren Sinne „könne sie zu einem Instrument der Psychotherapie werden“, im weitesten Sinne sei Bibliotherapie „weder eine Psychotherapie noch irgendeine andere Therapie. Bibliotherapie wolle nicht heilen, vielmehr im wahrsten Sinne des Wortes aufklären“. Empirische Daten sprechen für einen positiven Einfluss von Bibliotherapie auf intellektuelle, psychosoziale, emotionale und interpersonale Fertigkeiten. Die Zusammenfassung der Ergebnisse von vier neueren Metaanalysen zeigt einen mittleren Effekt ($d = 0,565 - 0,84$) für bibliotherapeutische Maßnahmen im Vergleich zur Warte- bzw. Placebogruppe. Viele randomisierte Studien konnten zeigen, dass das hilfreiche Potential von Selbsthilfeliteratur besonders da liegt, wo Therapie wenig zugänglich ist, selten sind dagegen Studien, die die Auswirkungen von Bibliotherapie innerhalb einer Psychotherapie abschätzen. Therapeuten halten Selbsthilfematerialien für eine wichtige Komponente in ihrer Therapie mit psychiatrischen Patienten und sowohl Psychologen als auch Psychiater setzen Selbsthilfebücher in der Behandlung ihrer Patienten ein. Jedoch basiert diese Einstellung eher auf ihrer klinischen Erfahrung, und die Empfehlung von Selbsthilfematerialien an den Patienten erfolgt eher intuitiv als aufgrund empirischer Ergebnisse. Zwei Dissertationen untersuchten die Wirkung therapiebegleitenden Lesens mit einem experimentellen Design an der gleichen Stichprobe. Das therapiebegleitende Lesen eines Problemlösebuches führte zu einer Erhöhung der Effektivität der Therapie im Vergleich zu denen, die nur Therapie erhalten hatten. Jedoch können bibliotherapeutische Materialien auch negative Reaktionen beim Leser zur Folge haben. Eine Zusammenfassung mehrerer Studien geht von einer negativen Reaktion bzw. Verschlechterung der Symptomatik bei 9% der Leser in der Selbstbeurteilung und in der Fremdbeurteilung bei 1% der Leser aus. Negative Reaktionen können auftreten in Folge des Noceboeffektes, von Noncompliance und Response shift, eines Empowerments des Patienten und einer defizitären Kommunikation zwischen Therapeut und Patient.

3 Rehabilitation

3.1 Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation bildet in Deutschland einen der drei Sektoren des Gesundheitssystems neben der stationären akutmedizinischen Behandlung in Krankenhäusern und der ambulanten Krankenbehandlung. Medizinische Rehabilitation hat im Rahmen des Gesundheitswesens eine wachsende Bedeutung bekommen. Das resultiert aus den demographischen Veränderungen und dem Wandel des Krankheitsspektrums (Zunahme chronischer Krankheiten), denn chronische Erkrankungen gefährden die schulische, berufliche, soziale und gesellschaftliche Integration und bedürfen einer spezifischen Versorgung (Bengel & Koch, 2000).

Rehabilitation (lateinisch: *re*: zurück-, wieder- und *habilis*: passend, tauglich) schließt alle Maßnahmen ein, die darauf abzielen, den Einfluss behindernder (disabling) und benachteiligender (handicapping) Umstände zu verringern und die Behinderten und Benachteiligten zu befähigen, soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation bezweckt nicht nur, behinderte und benachteiligte Personen zu trainieren, sich an die Umgebung anzupassen (Akkomodation), sondern auch in ihrer unmittelbaren Umgebung zu intervenieren (Assimilation), um ihre soziale Integration zu erreichen. Die Behinderten und Benachteiligten selbst, ihre Familien und die Gemeinden, in denen sie leben, sollten bei der Planung und Ausführung rehabilitativer Dienste beteiligt sein (WHO, 1986).

Die Ziele der Rehabilitation sind in Deutschland im Sozialgesetzbuch (SGB I und SGB IX) verankert. Nach § 2 SGB IX hat die medizinische Rehabilitation solche Menschen zu versorgen, deren „.....seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist..... bzw. wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist“. Die medizinische Rehabilitation hat nach §26 SGB IX die Aufgabe, „.....chronische Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.....“. Charakteristisch für chronische Erkrankungen ist:

- keine Kausaltherapie oder vollständige Heilung mehr möglich
- Minderung der Leistungsfähigkeit, Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit
- Normabweichung mit der Gefahr der Diskriminierung
- besondere Anforderungen an die Familie und das soziale Umfeld
- Bedrohung der Selbstversorgung und der sozialen Integration

3 Rehabilitation

- Bedrohung der Lebensperspektive (Bengel & Helmes, 2005).

In der Regel wird von einer multifaktoriellen Ätiologie ausgegangen, bei der sowohl genetische Dispositionen als auch Lebensgewohnheiten eine wichtige Rolle spielen. Fast immer sind diese Patienten auf lange Zeit vom medizinischen Versorgungssystem abhängig. Da die Beschwerden und die Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag das Leben der Betroffenen stark prägen, können die Konsequenzen einer chronischen Erkrankung auch als Behinderung bezeichnet werden. Das bio-psycho-soziale Interdependenz-Modell (Krankheitsfolgenmodell) bildet die theoretische Grundlage der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) und betont die langfristigen Folgen von chronischer Krankheit im psychologischen und sozialen Kontext (Gerdes & Weis, 2000). Aus psychologischer Perspektive ist dabei dem Bewältigungsprozess zentrale Bedeutung beizumessen (Gerdes & Weis, 2000). Potentielle Belastungen chronisch Kranker sind:

- Irreversibilität und / oder Progredienz
- subjektive und/oder objektive Lebensbedrohung
- reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
- bedrohte körperliche Integrität und bedrohtes Selbstbild
- stigmatisierende Reaktion des Umfeldes
- Bedrohung von sozialen Beziehungen
- chronische Schmerzen
- aversiv erlebte therapeutische Maßnahmen
- Abhängigkeit vom medizinischen System
- (temporäre) Hospitalisierung
- Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs
- begrenzte Lebensplanung und Zukunftsperspektive (Bengel & Helmes, 2005).

Die Belastungen im Rahmen einer chronischen Erkrankung können als Stressoren verstanden werden, die komplexe Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seinen personalen und sozialen Ressourcen in Gang setzen und zu einer Auseinandersetzung mit der Krankheit führen. In vielen Fällen können Rehabilitanden ihre individuelle Art der Krankheitsverarbeitung finden, in einigen Fällen gelingt dies jedoch nur ungenügend und es stellen sich längerfristige, negative Belastungsfolgen ein:

- innerpsychische Probleme: Abhängigkeitsgefühle, Selbstwertproblem, mangelnde Zukunftsperspektive, Probleme bei der Neuorientierung des Lebensentwurfs
- problematisches Krankheitsverhalten: geringe Compliance, gesundheitsschädigende Verhaltensmuster

- Partnerschaftsprobleme, familiäre Probleme
- psychische Syndrome und Störungen: Anpassungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen
- Probleme mit Rollenwechsel und Statusverlust (Bengel & Helmes, 2005).

Probleme im Prozess der Krankheitsverarbeitung beeinflussen nicht nur den Prozess der Anpassung an die Krankheit, sondern haben auch wesentliche Bedeutung für den Zugang zur Rehabilitation, den Krankheitsverlauf, die Compliance sowie den Erfolg der Rehabilitation (Beutel, 1991). Alle Bemühungen um den Rehabilitanden, wie z.B. durch ein Funktionstraining Leistungsverbesserungen zu erreichen, bleiben letztlich erfolglos, wenn der Betroffene nicht lernt, sich auf seine Krankheit oder Behinderung angemessen einzustellen (Bengel & Koch, 2000).

3.2 Krankheitsbewältigung

Bei der Krankheitsentstehung, der Aufrechterhaltung und hinsichtlich der Folgen einer Erkrankung kommt es zu komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Nahezu jede chronische Erkrankung stellt auch eine narzisstische Kränkung für den Betroffenen dar. Sie führt zu Ängsten, interpersonalen Belastungen und Gefühlsreaktionen wie Wut, Enttäuschung, Scham oder Schuld (Schüßler, 1989). Sie hinterfragt eigene Werte und die eigene Weltsicht (Janoff-Bulman, 1992). Die Krankheitsbewältigung ist immer ein prozesshaftes Geschehen, das vom initialen Schock über Verleugnungsprozesse fortschreitet bis zur Anpassung und Annahme der Erkrankung (Filipp & Aymanns, 1997). Dieser Prozess verläuft individuell recht unterschiedlich und kann auf allen Teilschritten verharren.

Als Krankheitsverhalten bezeichnet man die individuelle Art und Weise, mit der ein Individuum eine Krankheit wahrnimmt, bewertet und darauf reagiert (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001). Auslöser des Krankheitsverhaltens sind neben krankheitsbezogenen Informationen, körperliche Beschwerden und psychische Symptome, die durch die psychosomatische Störung hervorgerufen werden. Ziel des Krankheitsverhaltens ist die Beseitigung bzw. Begrenzung der Krankheitssymptome sowie die Reduzierung der krankheitsbedingten emotionalen Belastungen. Das Krankheitsverhalten ist auch immer bedeutsam für das soziale Netz sowie für das medizinische Versorgungssystem insgesamt. Da es beim Krankheitsverhalten auch um Bewältigung geht, können die Strategien zur Stressbewältigung auf die Krankheitsbewältigung übertragen werden (Schulz, 2007). Bestimmt man Krankheitsbewältigung als das Gesamt aller Bemühungen, einer Belastung vorzubeugen, sie zu vermindern oder zu beseitigen oder zumindest in ihren Auswirkungen so wenig schmerzhaft wie möglich zu ertragen, so umfasst diese Definitionswahl sowohl die bewussten Copingprozesse als auch die unbewussten Abwehrbemühungen eines Menschen (Schüßler, 1989).

Eine in der Literatur weit akzeptierte Definition des Coping-Begriffes wird Lazarus und Folkman zugeschrieben (Tennen, Affleck, Armeli & Carney, 2000), die das Konzept als „die Gedanken und das Verhalten, das benutzt wird um interne und externe Anforderungen zu bewältigen“ definieren (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Moskowitz, 2004). In der deutschsprachigen Forschung wird der englische Fachbegriff Coping oft mit Krankheitsverarbeitung oder –bewältigung übersetzt, wobei die Begriffe weitgehend synonym verwendet werden. Das transaktionale Modell nach Lazarus versteht unter Coping einen Prozess zwischen den Anforderungen einer sich verändernden Situation, wie sie chronische Krankheiten zweifelsohne darstellen, und einer denkenden, fühlenden und handelnden Person, in der die subjektive Bedeutung der Situation für den Betroffenen (primäre Einschätzung: Herausforderung, Bedrohung oder Schaden/Verlust), die Einschätzung der zur Verfügung stehenden Reaktionsmöglichkeiten und verschiedener Bewältigungsstrategien und die Bewertung ihrer Effizienz von Bedeutung sind. Weiterentwicklungen dieses Modells weisen auf die Bedeutung antezedenter Merkmale der Person (z.B. Selbstkonzept, personale Ressourcen), der Situation (z.B. Kontrollierbarkeit, situative und zeitliche Einflüsse) sowie des sozialen und institutionellen Umfeldes hin, die den Erfolg der Krankheitsverarbeitung beeinflussen.

Coping erfolgt nach Weber (1990) aufgrund der ganz persönlichen Funktionalität eines Verhaltens im Hinblick auf die präferierten Ziele eines Individuums. Diese persönlichen Absichten lassen sich wie folgt einteilen: 1. Regulation von Emotionen, 2. die Lösung des zugrunde liegenden Problems, 3. die Erhaltung von Selbstwert und 4. die Steuerung von sozialen Interaktionen. Als ein Kriterium für Effizienz dienen Wohlbefinden, körperliche Gesundheit oder Sozialverhalten sowie Zeitspanne und Urteilsinstanz (Schwarzer, 2004), da es die effektive Strategie zur Krankheitsbewältigung, die auf jeden Fall zum Erfolg führt, nicht gibt.

Ein dysfunktionales Krankheitsverhalten (Regulationsdefizit, Überregulation und Minderregulation bei der Krankheitsbewältigung) erhöht das Risiko ungünstiger Krankheitsverläufe und kann damit auch zur Entstehung schwerer und zum Teil lebensbedrohlicher Erkrankungen beitragen (Walker, Jackson & Littlejohn, 2004). Alle drei Formen begünstigen auf unterschiedliche Weise problematische Verläufe psychosomatischer Störungen (Schulz, 2007). Im Bereich psychosomatischer Erkrankungen kommt es häufig als Ergebnis einer Lerngeschichte zu einem chronischen Krankheitsverhalten mit folgenden stabilen Verhaltensmustern (Zielke & Sturm, 1994; Broda, Bürger, Dinger-Broda & Massing, 1996):

- eingeschränkte Selbsthilfemöglichkeit im Umgang mit der Erkrankung bei ausgeprägter

Passivität und Hilflosigkeit

- nahezu ständig vorhandener Wunsch nach unmittelbarer Verfügbarkeit medizinischer Interventionen und
- ausgeprägtes Vermeidungsverhalten und geringe Bereitschaft, Situationen aufzusuchen, die belastend sind oder zu Beschwerden führen.

Es gibt viele Versuche einer Operationalisierung und quantitativen Erfassung von Bewältigung. Neben der Unterscheidung zwischen problemorientiertem und emotionsorientiertem Coping findet man häufig die Unterscheidung zwischen einem aufmerksam - konfrontativen Bewältigungsstil und einem vermeidenden Bewältigungsstil (Krohne, 1993;1997). Während im Rahmen des problemorientierten Copings die Beeinflussung eines externen Ergebnisses und die Lösung des Problems im Vordergrund steht, ist das emotionsorientierte Coping auf die Beeinflussung der mit der Krankheit verbundenen Emotionen ausgerichtet. Es handelt sich um eine kognitive Anpassungsleistung und sie kann problemorientiertes Coping überhaupt erst ermöglichen. Um diese beiden bipolaren Dimensionen lassen sich die meisten Versuche der Bewältigungsmessung gruppieren (Schwarzer, 2004). Weitere Copingstrategien sind beschrieben bei Folkman & Moskowitz (2004).

3.3 Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation

Psychotherapie ist als eine Form sozialer Einflussnahme anzusehen, die zwischen einem Therapeuten und einem Patienten mit den Mitteln der verbalen und nonverbalen Kommunikation, gelegentlich unter Einbezug von Apparaten bzw. Personen, stattfindet, um Veränderungen im Verhalten, in den Einstellungen oder Denkweisen zu bewirken (Hoffmann, 2008). Dies schließt auch eine Bibliothherapie mit ein, unabhängig davon, ob sie als alleinige Maßnahme durchgeführt oder in sonstige Therapiemaßnahmen integriert wird. Die Verhaltenstherapie ist eine Therapieform der Psychotherapie und beinhaltet primär die Anwendung von Prinzipien, die in der Forschung der Experimental- und Sozialpsychologie entwickelt wurden. Sie will menschliches Leiden und die Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten aufheben bzw. mindern. Die Verhaltenstherapie legt Wert auf eine systematische Evaluation der Effektivität der Anwendung solcher Prinzipien..... Das vorrangige Ziel ist die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten (Franks & Wilson, 1978, S.11 in: Reinecker & Lakatos-Witt, 2005). Das Spektrum der psychologisch - verhaltenstherapeutischen Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation ist breit, hierzu gehören (Vogel, 1999):

- Psychodiagnostik
- Einzelgespräche, auf einem Kontinuum zwischen den Polen „Beratung“ und „Psychotherapie“
- Gruppenarbeit mit Patienten, von der Gesundheitsbildung/-förderung über Patientenschulung

und problembezogenen Angeboten bis hin zur psychotherapeutisch orientierten Gruppe

- spezielle Trainingsprogramme

Verhaltenstherapeutische Einzelgespräche

Die Verhaltenstherapie ist die auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Ihre (Basis-, unspezifischen und störungsspezifischen) Verfahren streben aufgrund von Störungs- und Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik an. Sie verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Zu ihren Grundprinzipien gehört weiterhin, dass Verhaltenstherapie transparent, problem-, handlungs- und zielorientiert ist, nicht auf das therapeutische Setting begrenzt bleibt und Hilfe zur Selbsthilfe sein soll (Margraf, S. 44 - 45 in: Margraf, 2009). Nach dem Mehrebenen-Modell (Linden, Langhoff & Milew, 2007) können bei jeder Form von Psychotherapie mehrere Ebenen unterschieden werden:

- die Zielebene

Eine Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient bezüglich der anzustrebenden Therapieziele wird als grundsätzliche Voraussetzung für einen Therapieerfolg angesehen (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Norcross, 2002a). Die Identifikation des Problems sowie die gemeinsame Festlegung des zu erreichenden Therapieziels durch Therapeut und Patient sind integrativer Bestandteil der Verhaltenstherapie. Das Problem stellt den Ansatzpunkt der Therapie dar. Die Lösung des Problems wird dementsprechend als Erreichen des angestrebten Ziels und damit als hinreichender Grund für die Beendigung der Therapie angesehen. Die Verhaltenstherapie setzt zu ihrem Gelingen eine aktive Beteiligung des Patienten voraus. Bloße Einsicht ist keine hinreichende Bedingung für die Veränderung eingefahrener Probleme. Die Verhaltenstherapie erschöpft sich daher nicht in Diskussion und Reflektion von Problemen, sondern motiviert den Patienten zum aktiven Erproben von neuen Verhaltens- bzw. Erlebensweisen und Problemlösestrategien.

- die Beziehungsebene

Eine tragfähige Beziehung hat zum Ziel, eine optimale Kooperation zur Bearbeitung und Lösung der Patientenprobleme zu gewährleisten. Eine gute Therapeut-Patient-Beziehung mit den Merkmalen Empathie / Verständnis, Therapeutische Allianz, Wertschätzung, Kongruenz / Echtheit und Rückmeldung wird als weitere wichtige Voraussetzung für einen günstigen Therapieprozess angesehen (Grawe, 2005; Norcross, 2002a; Martin, Garske & Davis, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Horvarth & Symonds, 1991). Sie führt bei den Patienten zu:

- Offenheit,

3 Rehabilitation

- Reduktion von Angst / Anspannung,
- aktive Mitarbeit im Rahmen ihrer derzeitigen Möglichkeiten (und Grenzen)
- Kooperation und Einhalten von Absprachen und Vereinbarungen wie Pünktlichkeit, Erledigen von „Hausaufgaben“ etc.
- Offenheit für Anregungen und Impulse vom Therapeuten
- Ausprobieren neuer Lösungswege
- Mitentscheidung über Ziele und Vorgehensweisen (Schmelzer, 2003).
- die technische Ebene

Zu den technischen Aspekten in einem Therapieprozess gehört, auf welche Weise man Ziele anstrebt und erreicht. Zu unterscheiden sind die allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung (Grawe, 2005) und störungsspezifische Therapiemaßnahmen wie z.B. Reizkonfrontationsverfahren oder kognitive Verfahren.

- die Prozessebene

Schließlich sind alle therapeutischen Maßnahmen in einen Zeitablauf einzuordnen. Für die optimale Durchführung einer Behandlung gibt es eine Reihe empirisch fundierter Empfehlungen, die meist in entsprechenden Prozessmodellen der Verhaltenstherapie integriert und dort idealtypisch beschrieben werden z.B. im „7 Phasen-Modell für den diagnostisch-therapeutischen Prozess“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000). Jede dieser sieben Phasen ist durch unterschiedliche therapeutische Schwerpunkte, Ziele und Aufgaben des Therapeuten gekennzeichnet und die Phasenübergänge sind an die Erfüllung bestimmter Kriterien gebunden.

- die Theorieebene

Verhaltenstherapie setzt auf den aufgeklärten, aktiven Patienten. Das Geben eines plausiblen Erklärungsmodells für die vorliegende Störung und das verständliche Erklären aller Aspekte des therapeutischen Vorgehens sind Bestandteile der Verhaltenstherapie, die das legitime Bedürfnis der Patienten nach dem Verstehen ihrer Lage erfüllen und zu einer erhöhten Akzeptanz der Therapiemaßnahmen sowie zur Prophylaxe von Rückfällen beitragen. Transparenz erhöht die Compliance, das Verständnis der Patienten für den therapeutischen Prozess und indirekt ihre Problemlösefähigkeit. Auf diese Weise können die erworbenen Fertigkeiten bei zukünftigen Schwierigkeiten besser bzw. auch ohne erneute therapeutische Hilfe eingesetzt werden. Über die Erhöhung der allgemeinen Problemlösefähigkeit und über das transparente Ableiten des therapeutischen Vorgehens aus einem Störungsmodell werden den Patienten generelle Fertigkeiten zur selbstständigen Analyse und Bewältigung zukünftiger Probleme vermittelt. Somit erhöht die Verhaltenstherapie das Selbsthilfepotenzial der Patienten und kann dadurch Rückfällen und der

Entwicklung neuer Probleme vorbeugen (Margraf, S. 6 - 7 in: Margraf, 2009). Das übergeordnete Störungs- und Behandlungskonzept, zentrale Merkmale der Therapiedurchführung und das Rollenverständnis von Therapeut und Patient sind besonders gut vereinbar mit der Verwendung von psychoedukativen Therapiematerialien (Angenendt, S. 756 in: Margraf & Schneider, 2009), die in verschiedenen Therapieleitlinien (z. B. für Angst-, Ess-, Schlaf- und Substanzstörungen, Depression, PTBS) explizit als Optionen innerhalb des therapeutischen Verfahrensspektrums aufgeführt werden.

Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung

Gesundheitsbildung und -förderung ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation chronisch Kranker. Das Risikofaktorenmodell dient als Grundlage für die Konzeption von Programmen zur Gesundheitsbildung (Bengel & Herwig, 2003) und die Gesundheitsförderung basiert auf den Prinzipien der (sozial-kognitiven) Verhaltenstheorien und berücksichtigt die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und die Änderungsmotivation des Patienten und stellt die gesundheitserhaltenden Faktoren in den Vordergrund (Mittag & Bengel, 2007). Basis dieser Sichtweise sind das Konzept der Gesundheitsförderung, wie es in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation formuliert wurde (WHO, 1986), das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1987) sowie Ergebnisse und Konzepte der psychologischen Gesundheitsforschung (Prochaska & DiClemente, 1992).

Patientenschulungen sind Teil einer umfassenden Therapie und Rehabilitation aber auch Teil der Gesundheitsförderung. Als interaktive Gruppenprogramme für Menschen mit überwiegend chronischen Erkrankungen sind sie meist krankheitsspezifisch ausgerichtet und sollen über die Erkrankung und ihre Behandlung informieren sowie Anleitung zum Umgang mit krankheitsbedingten Problemen geben (Petermann, 1997). Sie haben das Ziel, die Mitarbeit (Compliance) der Betroffenen bei der Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Der Patient soll bei der Behandlung mitwirken, aber er soll dies auf der Grundlage aller notwendigen Informationen in selbstbestimmter Weise tun. Dadurch soll es zu einer Reduktion beeinträchtigender Symptome, zu einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit und zur Vermeidung von Langzeitfolgen kommen. Durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und psychosozialen Kompetenzen soll der Patient in die Lage versetzt werden, am Rehabilitationsprozess in gleichberechtigter Weise mitzuwirken (partizipative Entscheidungsfindung) und eine größere Kontrolle (Kompetenz) über seine Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die seine Gesundheit beeinflussen (Empowerment). Dadurch soll auch

die Lebensqualität und die soziale Integration der Betroffenen verbessert werden bei gleichzeitiger Entlastung der Bezugspersonen. Zahlreiche internationale Forschungsergebnisse belegen, dass Patientenschulungen (bzw. Gesundheitstrainings) effektiv und effizient sind (zusammenfassend Faller, Reusch, Vogel, Ehlebracht-König & Petermann, 2005). Deshalb sollten sie bei fast allen chronischen Erkrankungen zentraler Bestandteil der Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sein (Reha-Kommission, 1991). In der Regel umfassen Patientenschulungsprogramme folgende Komponenten:

- Aufklärung und Wissensvermittlung
- Erarbeitung eines Krankheits- und Veränderungsmodells
- Sensibilisierung der Körperwahrnehmung
- Vermittlung von Selbstmanagement- Kompetenzen
- Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe
- Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lebensweise
- Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung
- Vorbereitung auf die Rückkehr in Familie, Beruf und Gesellschaft
- Motivierung zur ambulanten Nachbetreuung (Petermann, 1997).

Eine Patientenschulung besteht in der Regel aus mehreren Schulungseinheiten, in denen jeweils frontale (z.B. Vortrag) und interaktive Methoden (z.B. Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel) kombiniert werden. Veranstaltungen mit ausschließlich frontaler Vermittlungsmethode stellen keine Patientenschulung dar. Bei der Vermittlung der Schulungsinhalte werden jeweils mehrere Ebenen einbezogen (Kognition, Emotion, Motivation und Verhalten).

4 Schlussfolgerungen für die Nutzung der in die Verhaltenstherapie integrierten Bibliotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation

Die psychosomatische Rehabilitation lässt sich als ein indikationsspezifischer Angebotstyp der medizinischen Rehabilitation charakterisieren, bei dem im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzeptes psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen ein besonderer Stellenwert zukommt (Barghaan, Lang, Koch & Schulz, 2007). In der psychosomatischen Rehabilitation werden Störungen aus dem gesamten F-Kapitel der *International Classification of Diseases* (ICD-10) behandelt, wobei Psychosen, akute Suizidgefährdung sowie gerontopsychiatrische Erkrankungen zumeist Ausschlussindikationen darstellen (Paar, 2001). Für eine repräsentative Stichprobe von 4.638 Patienten aus 86 Psychosomatischen Rehabilitationskliniken liegen Daten für Rehabilitanden mit psychischer Hauptdiagnose (außer Sucht) vor, denen im Zeitraum zwischen 09/2000 und 04/2001 eine Rehabilitationsmaßnahme bewilligt wurde (Lang, Lotz-Rambaldi, Barghaan, Koch & Schulz, 2002 in: Barghaan et al., 2007). Unter Berücksichtigung der ersten fünf Entlassungsdiagnosen zeigt das Diagnosespektrum dieser Patienten mit insgesamt 43% einen hohen Anteil an depressiven Störungen, weitere häufige Diagnosen sind Anpassungsstörungen (24%), somatoforme Störungen (22%) und Angststörungen (18%). Nach § 2 SGB IX hat die medizinische Rehabilitation solche Menschen zu versorgen, deren „seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist..... bzw. wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Für den Bereich der psychischen Störungen bedeutet dies, dass die überwiegende Zahl der Patienten und Behandlungsfälle als Rehabilitationsfälle zu verstehen sind. Die medizinische Rehabilitation hat nach § 26 SGB IX die Aufgabe, chronische Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Behandlung chronifizierender Erkrankungen umfasst (Linden, 2006) u.a. die Intensivierung und Langzeitausrichtung der Krankheitsbehandlung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung (Behandlungcompliance, Bewältigung der Behinderung, Anpassung von Lebensstil und Selbstbild) und die Förderung einer Krankheitskompensation und Salutotherapie (Ressourcenorientierung, Unterstützung des sozialen Netzes). Dies verlangt auf Seiten des Patienten Änderungen im Verhalten und Modifikationen von Einstellungen, Erleben und Kognitionen, was ohne fachkundige und intensive Psychotherapie nicht erreichbar ist (Bengel, Beutel, & Broda, 2003).

4 Schlussfolgerungen für die Nutzung der in die Verhaltenstherapie integrierten Bibliotherapie

Gerade wenn von einem hohen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung und an Verhaltensschulung speziell in der Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen auszugehen ist, dann könnte die Bibliotherapie eine Möglichkeit zu einer weiteren Intensivierung entsprechender therapeutischer Interventionen sein. In bibliotherapeutischen Materialien wird krankheitsbezogenes Wissen vermittelt und Handlungsempfehlungen gegeben, wie mit einzelnen Krankheitsbildern und Problemen umgegangen werden kann, welche Copingstrategie in Bezug zum konkreten Thema und den betreffenden Patienten als funktional bzw. dysfunktional angesehen ist. Weiter hängt die Wirksamkeit auch von den psychologischen Prozessen der Einstellungs- und Verhaltensänderung ab, die durch die Texte angestoßen werden. Dazu sollte die Bibliotherapie den laufenden Therapieprozess unterstützen und sich in das einfügen, was dem Patienten von Seiten des Psychotherapeuten vermittelt wird. Das bedeutet, dass die Inhalte inhaltlich kongruent zu den Therapieinhalten sein müssen, die von den Therapeuten vermittelt werden. Die Texte sollen auch das Vertrauen in den Psychotherapeuten fördern und eine kooperative Zusammenarbeit unterstützen. Dies setzt aber voraus, dass empirische Informationen gewonnen werden, die zeigen, welche Art von Texten, auf welche Art, bei welchem Patienten und zu welchem Zeitpunkt zur Anwendung kommen sollten, damit welche Effekte erwartet werden können. Derartige Untersuchungen fehlen bislang weitgehend.

Therapeuten halten Selbsthilfematerialien für eine wichtige Komponente in ihrer Therapie mit psychiatrischen Patienten und sowohl Psychologen als auch Psychiater setzen Selbsthilfebücher in der Behandlung ihrer Patienten ein (Starker, 1986). Jedoch basiert diese Einstellung eher auf ihrer klinischen Erfahrung, und die Empfehlung von Selbsthilfematerialien an den Patienten erfolgt eher intuitiv als aufgrund empirischer Ergebnisse. Wenn ein Therapeut Texte empfiehlt, dann muss davon ausgegangen werden, dass ihm diesbezüglich eine ähnliche Sorgfaltspflicht obliegt, als wenn er ein Arzneimittel verordnet. Hierzu gehört, dass der Therapeut die Informationsmaterialien selbst gelesen hat, sie für den Einzelfall therapeutisch indiziert auswählt und auch die Klärung evtl. unklarer Begrifflichkeiten gewährleistet. Der Therapeut muss sich bewusst sein, dass die Auswahl von Texten dem Patienten auch schaden und therapeutisch kontraproduktiv sein kann. Die vorliegenden Daten zeigen, dass Bibliotherapie eine wirksame Therapiemaßnahme sein kann, dass die Auswahl und ihr Einsatz aber eher von Zufälligkeiten abhängen und wenig systematisch geschieht. Hier sollten ähnlich wie in anderen Therapiebereichen „geprüfte und zertifizierte Materialien“ und auch therapeutische Algorithmen entwickelt werden, die explizit auch Bibliotherapie miteinschließen.

4 Schlussfolgerungen für die Nutzung der in die Verhaltenstherapie integrierten Bibliotherapie

Der Auftrag der psychosomatischen Rehabilitation ist die Behandlung von chronifizierenden bzw. Langzeiterkrankungen. Dafür stehen mit etwa sechs Wochen nur vergleichsweise kurze Interventionszeiten zur Verfügung. Für eine Anwendung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation könnte die Bibliotherapie ergänzend zu den gut etablierten Behandlungsprogrammen mehrere Funktionen haben:

- Die Bibliotherapie bietet die Möglichkeit zu einer Behandlungsintensivierung. Das, was in der Einzel- oder Gruppentherapiesitzung besprochen wird, kann ergänzt und auch ausführlicher durch bibliotherapeutische Informationen dargestellt werden.
- Die Bibliotherapie kann zu einer Behandlungsökonomisierung beitragen. Das, was in Patientenschulungen vermittelt werden würde, kann durch bibliotherapeutische Materialien erfolgen und würde Personal entlasten.
- Bibliotherapie kann zu einem besseren Transfer des Behandlungsergebnisses nach der Entlassung beitragen, da die bibliotherapeutischen Materialien dem Patienten auch über die Entlassung hinaus zur Verfügung stehen.

5 Studienziele und Hypothesen

Auf dem Hintergrund des dargestellten Forschungsstandes sollten im Rahmen der vorliegenden Studie folgende Ziele bearbeitet werden:

- Überprüfung der Lesbarkeit der in dieser Studie eingesetzten Broschüren, die mit einschlägiger kognitiv - verhaltenstherapeutischer Fachliteratur als psychoedukative / psychotherapeutische Materialien für psychosomatische Patienten erstellt worden sind
- Erfassung der in den Broschüren empfohlenen funktionalen Krankheitsbewältigungsstrategien
- Überprüfung der Verständlichkeit der Broschüren durch die psychosomatischen Patienten
- Erfassung des Einsatzes, der Auswahl und der Nutzung der Broschüren durch Verhaltenstherapeuten unter Routinebedingungen in der psychosomatischen Rehabilitation
- Untersuchung der Wirkung dieser Broschüren in Ergänzung zur psychosomatischen Routinebehandlung auf das krankheitsspezifische Wissen, die Krankheitsbewältigung, die Therapeut-Patient-Beziehung, den Therapieprozess und das Behandlungsergebnis durch den Vergleich einer Interventions- mit einer Kontrollgruppe

Unter Zugrundelegung des dargestellten Forschungsstandes lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

1. Patienten, die mindestens eine Broschüre erhalten haben, haben ein größeres krankheitsbezogenes Wissen als diejenigen, die keine Broschüre erhalten haben.
2. Das Lesen der Handlungsempfehlungen zur Bewältigung, wie sie in der jeweiligen Broschüre beschrieben sind, fördert funktionale Krankheitsbewältigungsstrategien und verringert dysfunktionale bei den Patienten, die mindestens eine Broschüre erhalten haben, im Vergleich zu denjenigen, die keine Broschüre erhalten haben.
- 3a. Das Broschürenlesen unterstützt aus der Sicht des Therapeuten die Therapeut-Patient-Beziehung und den Therapieprozess positiv bei den Patienten, die mindestens eine Broschüre erhalten haben, im Vergleich zu denjenigen, die keine Broschüre erhalten haben.
- 3b. Das Broschürenlesen unterstützt aus der Sicht des Patienten die Therapeut-Patient-Beziehung und den Therapieprozess positiv bei den Patienten, die mindestens eine Broschüre erhalten haben,

5 Studienziele und Hypothesen

im Vergleich zu denjenigen, die keine Broschüre erhalten haben.

4. Bibliotherapie wirkt sich therapieunterstützend aus. Patienten, die zusätzlich zur Therapie mindestens eine Broschüre erhalten haben, zeigen ein besseres Behandlungsergebnis als diejenigen, die keine Broschüre erhalten haben.

Eine Beschreibung der Operationalisierungen erfolgt unter 7.2.

6 Methoden

6.1 Die Broschüren

Die 6 in dieser Studie verteilten Broschüren waren in dem von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Forschungsprojekt „Bibliotherapie“ (Az.: 8011-106-31/31.51.5) mit Hilfe einschlägiger kognitiv - verhaltenstherapeutischer Fachliteratur, störungsspezifischer Literatur und Expertenurteil erstellt worden zu Themen, die von genereller Relevanz für psychosomatische Patienten sind:

1. *Phobien und Expositionstherapie*

(Broschürentitel: Standhalten oder Flüchten – was sind Phobien?)

Diese 15-seitige Broschüre enthält folgende Gliederungsüberschriften: Definition von Phobie, Abgrenzung reale vs. übertriebene Angst, Angst und Vermeidung, Folgen der Vermeidung, verschiedene Arten von Phobien: spezifische, soziale Phobien und Agoraphobie, Entstehung von Phobien und Symptome der Angst, Phobie als Krankheit, wann eine Behandlung erforderlich ist und Methoden der Phobienbehandlung.

2. *Inneres Angsterleben und Bewältigung*

(Broschürentitel: Was ist Panik?)

Diese 9-seitige Broschüre hat folgende Gliederungsüberschriften: Definition von Stress und Stressreaktion, drei Phasen der Panikreaktion und deren Symptome, Panikattacke und Panikstörung und deren Folgen, Teufelskreis der Angst, Arztbesuch und Strategien zur Bewältigung.

3. *Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste*

(Broschürentitel: Angst vor Krankheit?)

Diese 13-seitige Broschüre hat folgende Gliederungsüberschriften: Definition von Hypochondrie, Wahrnehmungsstil, Erklärungsmodell für Hypochondrie, Konsequenzen, Fragebogen zur Selbstüberprüfung, Krankheitsangst und ernsthafte Krankheiten, Tipps zum Umgang mit Befürchtungen vor Krankheit, Umgang mit Arztbesuchen und praktische Konsequenzen.

4. *Krankheitsbewältigung*

(Broschürentitel: Bedrohung durch Krankheit)

Diese 9-seitige Broschüre hat folgende Gliederungsüberschriften: individuelle Krankheitsbewältigung, Phasen der Krankheitsbewältigung und Tipps zur Krankheitsverarbeitung.

5. *Kognitionen und Erleben*

(Broschürentitel: Gedanken und Gefühle)

Diese 10-seitige Broschüre hat folgende Gliederungsüberschriften: Zusammenhang Situationsbewertung und Gefühle, Denkfehler, nicht hilfreiche Gedanken bei Depressiven, ABC-Modell der Gedanken und Gefühle und Strategien zur Veränderung anhand von Beispielen.

6. *Bewältigung kritischer Lebensereignisse*

(Broschürentitel: Bewältigung von Lebenskrisen)

Diese 10-seitige Broschüre hat folgende Gliederungsüberschriften: Herausforderungen im Leben, Definition Krise, positive und negative Konsequenzen, Phasen der Bewältigung, hilfreiche Strategien der Bewältigung und Beschreibung typischer Lebenskrisen.

Didaktische Anforderungen wurden bei der Textabfassung der 6 Broschüren wie folgt umgesetzt:

- Verwendung einer einfachen Sprache,
- Vermeidung von Schachtelsätzen,
- Benutzung geläufiger Wörter,
- Verwendung weniger Fremdwörter,
- Erklärung benutzter Fremdwörter,
- ein Gliederungselement vor allen thematischen Punkten,
- Überschriften deuten an, was als nächstes kommt,
- der Text konzentriert sich auf wichtige Informationen,
- Fallbeispiele sind so beschrieben, dass der Leser sich wiedererkennen kann,
- Grafiken auf den Inhalt verweisen, einfach gestaltet sind und wenig Raum für Assoziations- und Bedeutungsfelder lassen,
- Handlungsempfehlungen dem Lesenden Wahlmöglichkeiten bieten,
- Aufgaben am Ende der Broschüre den Leser anregen, das Gelesene in eine Handlung zu übersetzen.

Die Therapeuten der Rehabilitationsklinik Seehof sind ausschließlich Verhaltenstherapeuten mit langjähriger Erfahrung oder in Ausbildung. Da die Broschüren vom Inhalt ebenfalls verhaltenstherapeutisch erstellt waren und die Inhalte den Therapeuten bekannt waren, war die Voraussetzung gegeben, dass sie in die von ihnen durchgeführte Therapie integriert werden konnten. Die Broschüren wurden so geschrieben, dass sie den Therapieprozess unterstützen und

sich in das einfügen, was dem Patienten von Seiten der Psychotherapeuten vermittelt wird. Inwieweit diese Anforderungen an die inhaltliche Verständlichkeit der Materialien umgesetzt wurden, kann nur über ein Globalurteil erfasst werden. Die Broschüren wurden hierzu Experten wie Patienten zur Beurteilung vorgelegt. Die durchgeführten Entwicklungs- und Korrekturschritte umfassten im Einzelnen die Erstellung der Erstversionen, das Redigieren durch den Projektleiter und zwei weitere Mitarbeiter, die Aushändigung an Patienten und Therapeuten mit Einholung von Korrektur und Ergänzungsvorschlägen, das abschließende Redigieren der Texte durch den Projektleiter, die Überprüfung der Lesbarkeit und die Entwicklung des Endlayouts in Kooperation mit den Graphikern.

6.2 Lesbarkeit der Broschüren

Die in der Studie verteilten Broschüren wurden mit der Reading-Ease-Formel (2.6) überprüft.

1. Krankheitsbewältigung

135 Sätze, 1666 Wörter, 644 verschiedene Wörter, 3006 Silben Reading-Ease 42

2. Kognitionen und Erleben

147 Sätze, 1858 Wörter, 671 verschiedene Wörter, 3167 Silben Reading-Ease 50

3. Bewältigung kritischer Lebensereignisse

163 Sätze, 2464 Wörter, 831 verschiedene Wörter, 4197 Silben Reading-Ease 49

4. Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste

169 Sätze, 2530 Wörter, 811 verschiedene Wörter, 4431 Silben Reading-Ease 43

5. Inneres Angsterleben und Bewältigung

149 Sätze, 1897 Wörter, 753 verschiedene Wörter, 3475 Silben Reading-Ease 39

6. Phobien und Expositionstherapie

253 Sätze, 3067 Wörter, 1000 verschiedene Wörter, 5157 Silben Reading-Ease 52

Der Lesbarkeitsindex der 6 Broschüren liegt im Durchschnitt bei 45.8 (vergleichbar einem Roman oder einer einfachen Zeitung). In einer Befragung (Lottermoser, 2004) an 108 psychiatrischen Patienten (39 % Depression, 36 % schizophrene Erkrankung und 25% andere psychische Erkrankung) gaben etwa zwei Drittel der Patienten an, während ihres stationären Aufenthaltes Zeitung gelesen zu haben. Da von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation ca. zwei Drittel eine Fachschule bzw. eine Lehre absolviert haben und ein Viertel über einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss verfügen, kann angenommen werden, dass die Broschüren für die Adressaten lesbar sind. In vorliegender Studie hatte die Mehrzahl der Patienten eine 10-12jährige Schulbildung (60%), die Hochschulreife oder einen Hochschulabschluss hatten

37% erworben (siehe 7.4). Eine wichtige Voraussetzung für die Verständlichkeit der Texte wurde somit erfüllt.

6.3 Das in den Broschüren empfohlene Krankheitsbewältigungsverhalten

Eine Analyse des empfohlenen funktionalen Krankheitsbewältigungsverhaltens (Coping) erfolgte für jede Broschüre. Die mehrfache Erwähnung derselben Strategie in einer Broschüre wurde nur einmal gezählt. Unter Zugrundelegung der Coping - Subskalen des Brief-COPES (7.3.3; Aktives Bewältigen, Planen, Positives Umdeuten, Akzeptanz, Humor, Religion, Selbstkritik und -beschuldigung, handlungsorientierte Resignation / Aufgeben, Gebrauch von Medikamenten und Alkohol, Nutzung emotionaler Unterstützung, Nutzung instrumenteller Unterstützung, Ablenkung, Verleugnung, Gefühlsausbruch) wurden übereinstimmend insgesamt 31 Copingstrategien (Tabelle 6.3.1) in allen Broschüren erwähnt. Die Interrater - Reliabilität von 2 Ratern ergab $\kappa = 0.93$, was einer fast vollkommenen Übereinstimmung entspricht (Landis & Koch, 1977). Unterschiede ergaben sich bei der Broschüre „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“, in der keine Übereinstimmung bestand hinsichtlich des Vorkommens der Copingstrategie „Akzeptanz“ und bei der Broschüre „Inneres Angsterleben und Bewältigung“ im Vorkommen der Copingstrategie „Planen“. Beide Copingstrategien wurden in die weitere Analyse nicht miteinbezogen.

Tabelle 6.3.1: Übereinstimmung der 31 in den Broschüren empfohlenen Copingstrategien

Copingstrategie	Kognitionen & Erleben	Bewältigung kritischer Lebensereignisse	Krankheitsbewältigung	Inneres Angsterleben und Bewältigung	Phobien & Expositionstherapie	Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste
Aktives Bewältigen	x	x	x	x	x	X
Planen	x	x	x		x	X
Positives Umdeuten		x		x		
Akzeptanz			x	x		
Humor						
Religion						
Selbstkritik & Selbstbeschuldigung						
Handlungsorientierte Resignation						
Gebrauch von Medikamenten & Alkohol				x	x	
Nutzung emotionaler Unterstützung		x	x		x	
Nutzung instrumenteller Unterstützung		x	x	x		X
Ablenkung		x	x	x	x	X
Verleugnung			x			
Gefühlsausbruch			x			

7 Empirische Untersuchung - die in die Verhaltenstherapie integrierte Bibliothherapie

7.1 Die Rehabilitationsklinik Seehof: Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik

In der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund werden pro Jahr ca. 1000 Patienten behandelt. Sie werden nach einem multimodalen Konzept somatotherapeutisch, pharmakotherapeutisch, soziotherapeutisch und psychotherapeutisch behandelt. Die Psychotherapie erfolgt mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Jeder Patient erhält in der Regel wöchentlich zwei Einzelsitzungen und zwei Gruppensitzungen Verhaltenstherapie, eine ärztliche Visite, mehrere Stunden Bewegungs-, Ergo- und Soziotherapie mit z.T. spezifischen Zusatzgruppen. Ein durchschnittlicher Klinikaufenthalt beträgt ca. 6 Wochen.

7.2 Studiendesign

Die Wirkung der Broschüren sollte in einer experimentellen Studie untersucht werden. Bei Aufnahme in die Rehabilitationsklinik Seehof wurden die Patienten in einer Informationsveranstaltung über die Studie informiert. Nach erfolgter schriftlicher Einwilligung zur Studienteilnahme wurden sie nach der Aufnahmeummer (PID) in eine Interventionsgruppe (gerade PID) und eine Kontrollgruppe (ungerade PID) randomisiert aufgeteilt. Die Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe wurde auf den Handakten der Therapeuten mit einem Farbpunkt markiert.

Bei Patienten der Interventionsgruppe konnten die Therapeuten die Broschüren verteilen, in der Kontrollgruppe nicht.

Die Auswahl der Broschüren, die Entscheidung über die Anzahl der pro Patient verteilten Broschüren und der Zeitpunkt der Aushändigung der Broschüren lag im Ermessen der Therapeuten und folgte individuellen klinischen Überlegungen mit der Einschränkung, dass nicht mehr als 3 Broschüren pro Patient verteilt werden sollten. Zur Verfügung standen 6 thematisch verschiedene Broschüren (siehe 6.1). Gleichzeitig erfolgte die Rückmeldung von den Therapeuten, wann welche Broschüre von welchem Therapeuten an welchen Patienten ausgehändigt worden war. Jedem Therapeuten waren die Inhalte der Broschüren bekannt und diese konnten sowohl vom Therapeuten als auch vom Patienten in jeder Therapiestunde angesprochen werden, was vermerkt wurde. Auch ein Nicht-Einhalten des Studiendesigns wurde bei Bekanntwerden von den Therapeuten

rückgemeldet.

Tabelle 7.2.1 gibt einen Überblick über den Studienablauf und die zu den verschiedenen Zeitpunkten eingesetzten Messinstrumenten, die in 7.3. dargestellt werden.

Tabelle 7.2.1: Messzeitpunkte und Fragebögen

Fragebogen				Quelle
	Aufnahme	Nach jeder Therapiesitzung (ca. 2 pro Woche, Klinik- aufenthalt ca. 6 Wochen)	Entlassung	
Intelligenzstrukturanalyse (ISA)	x			ITB & Gittler, 1999
Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R)	x		x	Franke, 1995
Brief-COPE (situationsspezifisch)	x		x	Carver, 1997
Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)	x		x	Schepank, 1995
Visuelle Analogskala (VAS) zur Beurteilung der Therapiesitzung aus:				Langhoff, Bär, Zubrägel & Linden, 2008
- Patientensicht		x		
- Therapeutensicht		x		
Psy-BaDo				Heuft & Senf, 1998
mit Diagnosen			x	
Veränderungsdokumentation von Befindensstörungen und Problembereichen aus				
- Patientensicht (PAF)			x	
- Therapeutensicht (TAF)			x	
VAS des Rehaerfolges aus				
- Patientensicht			x	
- Therapeutensicht			x	
Fragebogen zur Verständlichkeit			x	Langer, Schulz von Thun & Tausch, 1974
Fragebogen zur Überprüfung des Krankheitswissens			x	Linden, Pieper, Fertmann & Sandau, 2007

Die erfolgte Randomisierung wurde analysiert durch einen Vergleich der Kontroll- mit der Interventionsgruppe mit Hilfe der Psy-BaDo (soziodemographische und berufliche Variablen, die

Einweisungsinitiative, Vor- und Nachbehandlung und der Aufenthaltsmodus), der Symptom-Checkliste und der vergebenen ICD-10 Diagnosen bei Entlassung (Psychopathologie) und der Intelligenzstrukturanalyse (allgemeine Intelligenz). Die Verständlichkeit der Broschüren wurde analysiert mit dem Fragebogen zur Verständlichkeit durch die Patienten.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde erhoben:

- das Krankheitswissen bei Entlassung mit dem Fragebogen zur Überprüfung des Krankheitswissens
- das Krankheitsbewältigungsverhalten bei Aufnahme und Entlassung mit dem Brief - COPE
- die Therapeut-Patient-Beziehung und der Therapieprozess nach jeder Therapiesitzung mit der Visuellen Analogskala zur Beurteilung der Therapiesitzung. Die VAS wurde sowohl vom Therapeuten als auch vom Patienten unabhängig voneinander ausgefüllt.
- das Behandlungsergebnis bei Aufnahme und Entlassung durch die Symptom - Checkliste (SCL-90-R), den Beeinträchtigungsschwere Score (BSS), den Brief - COPE
sowie

bei Entlassung mit der Veränderungsdokumentation von Befindensstörungen und Problembereichen aus Patientensicht und Therapeutensicht, der Reha-Verweildauer und der Visuellen Analogskala des Reha-Erfolges aus Patienten- und Therapeutensicht (Psy-Ba-Do).

7.3 Messinstrumente

7.3.1 Intelligenzstrukturanalyse (ISA; ITB & Gittler, 1999)

Die Intelligenzstrukturanalyse (ISA) nach ITB und Gittler (1999) ist ein Mehrdimensionaler Intelligenztest für Jugendliche und Erwachsene (14-55 Jahre). Die ISA besteht aus 177 Aufgaben, die in neun Aufgabengruppen gegliedert sind. Zur Lösung der Aufgaben werden vor allem vier wichtige Fähigkeitsbereiche der Intelligenz gefordert:

- Verbale Intelligenz oder Verarbeitungskapazität (Sätze ergänzen, Gemeinsamkeiten finden, Beziehungen erschließen, Begriffe bilden)
- Numerische Intelligenz oder Verarbeitungskapazität (Zahlenreihen fortsetzen, Praktisches Rechnen)
- Figurale Intelligenz oder Verarbeitungskapazität (Würfel erkennen, Figuren zusammensetzen)
- Merkfähigkeit oder Gedächtnis (Waren merken).

Aus den 9 Aufgabengruppen wird ein Gesamtwert berechnet, der als „allgemeine Intelligenz“ interpretiert wird. Rohwerte werden hierfür in T-Werte ($M = 50$, $SD = 10$) umgerechnet. Reliabilitätsschätzungen (Cronbach's Alpha) für die einzelnen Aufgabengruppen sind gut bis sehr

gut und streuen zwischen .78 und .89. Für den Gesamttest ist ein Alpha von .97 gerechnet worden ($N = 3813$). Die Korrelationsmatrix der Aufgabengruppen und die Faktorenstruktur bestätigt die Intention der Autoren, nahe am Konzept des IST-70 zu bleiben. Für die externe Validität sprechen Korrelationen mit den Advanced Progressive Matrices ($r = .52$), mit den Standard Progressive Matrices ($r = .66$) und mit Aufmerksamkeitstests ($r = .00 - .54$). In der vorliegenden Untersuchung kann mit Hilfe der ISA die allgemeine Intelligenz des Patienten erfasst werden.

7.3.2 Die Symptom - Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R; Franke, 1995)

Die Symptom-Checkliste-90-Revision (SCL-90-R) von Derogatis ist ein multidimensionales Verfahren zur Selbsteinschätzung und misst die subjektiv empfundene Belastung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage. Die Checkliste besteht aus insgesamt 90 Items, faktorenanalytisch zusammengefasst in folgende neun Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Die Items wurden ausgehend von psychologisch-psychiatrischen Konstrukten formuliert, die Derogatis (1977) aus klinischer Erfahrung als relevant erachtete. Der Befragte quantifiziert auf einer fünfstufigen Likert-Skala wie sehr er sich während der letzten sieben Tage unter den aufgelisteten Problemen und Beschwerden beeinträchtigt fühlte (Skala: 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Neben den neun Skalenwerten geben drei globale Kennwerte Auskunft über die Symptombelastung über alle Items hinweg. Der Global Severity Index (GSI) misst die allgemeine psychische Belastung, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) misst die Intensität der vorliegenden Symptome und der Positive Symptom Total (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Hessel, Schumacher, Geyer & Braehler (2001) stellen die Unabhängigkeit der einzelnen Skalen in Frage und sehen vor allem den Globalfaktor, der die allgemeine Symptombelastung einer Person erfasst, als gesichert an. Die Bearbeitungszeit der SCL-90-R beträgt zehn bis fünfzehn Minuten. Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist gewährleistet. Bisher wurden Reliabilitätsstudien an fünf verschiedenen Stichproben durchgeführt, die gute Koeffizienten für die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha), die Retestrelabilität der Skalen sowie Reliabilität der Skalendifferenz berichten. Ergebnisse einer Validierungsstudie (Schmitz, Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister & Tress, 2000) bestätigten die konvergente, diskriminante und differenzielle Validität des Verfahrens. Als Normen liegen u.a. auch geschlechtsbezogene T-Werte für die Subskalen und die drei globalen Kennwerte vor (Hessel et al., 2001). In der vorliegenden Untersuchung kann mit Hilfe der SCL-90-R die Symptomatik des Patienten erfasst werden.

7.3.3 Brief - COPE (Carver, 1997)

Carver, Scheier und Weintraub (1989) entwickelten einen diagnostischen Ansatz zur Ermittlung von Copingstrategien auf der Grundlage der Theorie der Selbstregulation, der vielfach in gesundheitsbezogenen Untersuchungen verwendet worden ist. Der Brief-COPE misst mit Hilfe von 28 Items 14 konzeptuell verschiedene Copingstrategien, wovon einige als generell funktional z.B. problemorientiertes Coping (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002), andere als problematisch angesehen werden. In den Broschüren werden Handlungsempfehlungen gegeben, wie mit einzelnen Krankheitsbildern oder Problemen umgegangen werden kann, welches Coping hilfreich und weniger hilfreich ist. Der Brief-COPE ist in der Lage diese „Copingmöglichkeiten“ zu beschreiben.

Der Brief-COPE (deutsche Version: Knoll, 2002) ist ein Messinstrument zur Erfassung von dispositionalem und situativem Bewältigungsverhalten. 14 Copingstrategien werden mit Hilfe von 28 Items (2 Items pro Subskala) erfasst. Die Subskalen umfassen (in Klammern die Items): Aktives Bewältigen (2,7), Planen (25,14), Positives Umdeuten (12,17), Akzeptanz (20,24), Humor (18,28), Religion (22,27), Selbstkritik und -beschuldigung (13,26), handlungsorientierte Resignation / Aufgeben (6,16), Gebrauch von Medikamenten und Alkohol (4,11), Nutzung emotionaler Unterstützung (5,15), Nutzung instrumenteller Unterstützung (10,23), Ablenkung (1,19), Verleugnung (3,8), Gefühlsausbruch (9,21). In der deutschen Version ist das Item 16 „Ich habe versucht, die Situation in den Griff zu kriegen“ (Englisch Original „I’ve been giving up the attempt to cope“) positiv formuliert, muss in der Auswertung umkodiert werden. Cronbach’s α für die Subskalen reichen von .50 bis .90, mit 9 \geq .65 (Carver, 1997, dt. Version: von .20 - .69, 5 \geq .50). Faktorenanalytisch können die 14 Subskalen eingeteilt werden in problemorientiertes Coping (Aktives Bewältigen, Planen, Nutzung instrumenteller Unterstützung und Religion), aktives emotionales Coping (Gefühlsausbruch, Positives Umdeuten, Humor, Akzeptanz und Nutzung emotionaler Unterstützung) und vermeidendes emotionales Coping (Ablenkung, Verleugnung, handlungsorientierte Resignation/Aufgeben, Selbstkritik/-beschuldigung und Gebrauch von Medikamenten und Alkohol). Auf einer 4-stufigen Likertskala (1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr“) kann angegeben werden, wie oft die erfragten Reaktionen in den letzten Wochen gezeigt wurden. In der vorliegenden Untersuchung kann mit Hilfe des Brief-COPE das in den Broschüren empfohlene Krankheitsbewältigungsverhalten als auch das situative Bewältigungsverhalten der Patienten erfasst werden.

7.3.4 Psy-BaDo (Heuft & Senf, 1998)

Die in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften haben gemeinsam die Psy-BaDo

als Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation in der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Fachbehandlungen erarbeitet (Heuft & Senf, 1998). Die Psy-BaDo ist 1. therapieschulenübergreifend, 2. (zeit-) ökonomisch, 3. für den ambulanten und stationären Versorgungssektor praktikabel und 4. gestuft einsetzbar – je nach Fortgang der Diagnostik und des Therapieprozesses – konzipiert. Sie erlaubt die Diskussion von Prozess- und Ergebnisqualität. Grundsätzlich ist sowohl der partielle Einsatz (zum Beispiel nur die Erhebung der Patienten- oder Therapeutenangaben zur Diagnostik) als auch die Verwendung der gesamten Basisdokumentation jederzeit für jede Institution oder/und fachpsychotherapeutische Praxis möglich. Die Items der Patienten - Selbstauskunft zu Beginn der Diagnostik sind so ausgewählt und in ihren Antwortalternativen so formuliert, dass sie erfahrungsgemäß zu reliablen Antworten führen.

In vorliegender Studie wurden soziodemographische und berufliche Variablen, die Einweisungsinitiative, Vor- und Nachbehandlung und der Aufenthaltsmodus erfasst. Der Beeinträchtigung - Schwere - Score (BSS; Schepank, 1995) unmittelbar vor Aufnahme wurde eingeschätzt.

Der BSS ist ein von der Behandlungsmethode unabhängiges Ratingverfahren, mit dem der Therapeut die Beeinträchtigung des Patienten auf den drei Dimensionen körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung einschätzt. Der Schweregrad der Beeinträchtigung wird durch fünf Stufen (Skala: 0 = „gar nicht beeinträchtigt“ bis 4 = „extreme Beeinträchtigung“) differenziert. Ein Summenwert aus den drei Dimensionen bildet die „Schwere der psychogenen Störung“ (GesamtBSS; Skala: 0 = „gar nicht beeinträchtigt“ bis 12 = „extreme Beeinträchtigung“). Der Cut-off zur Unterscheidung zwischen „Gesunden“ und „Beeinträchtigten“ wurde vom Autor (Schepank, 1995) auf 5 festgelegt. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit zum Behandlungsende wird durch 9 Stufen (Skala: 10 = „ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit“ bis 90 = „gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten“) differenziert. Die Interraterreliabilität in 2 Studien für die drei Dimensionen und den Gesamt-BSS entspricht $ICC \geq .70$ (ebd., S.19).

Zur Ergebnisdokumentation erfolgten bei Behandlungsende eine erneute Einschätzung des BSS und eine allgemeine Veränderungsbeurteilung durch die Therapeuten (TAF) und die Patienten (PAF) hinsichtlich der Befindensstörungen und Problembereiche des Patienten.

Die Therapeutenabschlussbewertung (TAF) besteht aus 13 Items und erfasst Veränderungen während des Aufenthaltes durch 9 Items (Körperliche Befindensstörung, Psychische

Befindensstörung, Selbstwernerleben/Selbstannahme, Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme, Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich, Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich, Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten, Krankheitsverständnis, Zukunftsorientierung), die auf einer 6-stufigen Likertskala (0 = „war kein Problem“ bis 5 = „vollständig gebessert“) eingeschätzt werden können. Die Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit kann durch 2 Items auf einer 3-stufigen Likertskala (0 = „nein“ bis 2 = „ja“) und das Erreichen des Behandlungsziels, mit dem der Patient in die Rehabilitation gekommen ist bzw. mit dem aus therapeutischer Sicht die Behandlung aufgenommen wurde (2 Items), kann auf einer Visuellen Analogskala (Behandlungsziel 0 = „nicht erreicht“ bis 10 = „voll erreicht“) eingeschätzt werden.

Der Patientenabschlussfragebogen (PAF) besteht aus 36 Items. Die Rückmeldung des Patienten über den Klinikaufenthalt wird mit 21 Items erfasst (Skala: 0 = „Frage trifft nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“). In vorliegende Untersuchung werden nur die Items 1-7 und 16 miteinbezogen. Die Veränderungen während des Aufenthaltes werden durch 10 Items (Körperliche Befindensstörung, Psychische Befindensstörung, Selbstwernerleben/Selbstannahme, Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme, Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich, Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich, Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten, Krankheitsverständnis, Zukunftsorientierung, Psychisches Wohlbefinden) erfasst und auf einer 6-stufigen Likertskala (0 = „war nicht mein Problem“ bis 5 = „sehr viel gebessert“) eingeschätzt. Die Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit kann durch 2 Items auf einer 3-stufigen Likertskala (0 = „nein“ bis 2 = „ja“) angegeben werden. Der Rehaerfolg kann durch folgende 3 Items („Inwieweit haben Sie das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind?“, Skala: 0 = „nicht erreicht“ bis 10 = „voll erreicht“; „Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt?“, Skala: 0 = „hat sich gar nicht gelohnt“ bis 10 = „sehr gelohnt“ und „Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen?“, Skala: 0 = „hat mir gar nicht gefallen“ bis 10 = „sehr gefallen“) auf einer Visuellen Analogskala eingeschätzt werden.

Die zur Beschreibung der Stichprobe verwendeten Diagnosen sind die nach klinischer Einschätzung erstellten Entlassungsdiagnosen, so wie sie auf den Entlassungsbriefen vermerkt sind.

7.3.5 Fragebogen zur Überprüfung des Krankheitswissens (Linden, Pieper, Fertmann & Sandau, 2007)

Für jede Broschüre wurde ein Wissensfragebogen erstellt, indem die in jeder Broschüre enthaltenen Inhalte extrahiert, eine Lehrzielmatrix erstellt und die Lehrziele in Fragen umgewandelt worden sind. Die Fragen sind sehr spezifisch gewählt, so dass sie nur nach Lesen der Broschüre korrekt beantwortet werden können. Die Fragebögen sind in Form von Multiple Choice konzipiert, da diese Art von Wissensabfrage eine hohe Auswertungsobjektivität garantiert. Jeder Fragebogen enthält 10 Fragen. Pro Frage gibt es eine korrekte Antwort (1 Punkt) unter vier Antwortmöglichkeiten. Ein Summenscore zwischen 10 (alle Fragen richtig beantwortet) und 0 (nur falsche Antworten) ist erreichbar. In vorliegender Untersuchung wurde das Krankheitswissen der Patienten mit dem Fragebogen zur Überprüfung des Krankheitswissens erfasst.

7.3.6 Fragebogen zur Verständlichkeit (Langer, Schulz von Thun & Tausch, 1974)

Die Verständlichkeit der Broschüren für die Patienten wird nach dem Hamburger Verständlichkeitskonzept eingeschätzt auf den vier Dimensionen: Einfachheit, Gliederungs-Ordnung, Kürze-Prägnanz und anregende Zusätze. Die Verständlichkeitsbestimmung erfolgt dabei auf jeder Dimension mit Hilfe von 22 Merkmalspaaren auf einer fünfstufigen bipolaren Ratingskala (Skala: -2 = „sehr schlecht“ über 0 bis +2 = „optimal“). Die Einschätzungen pro Text und Dimension werden durch das arithmetische Mittel gebildet und geben das quantitative Ausmaß der Verständlichkeit eines Textes an. Beurteilerübereinstimmung wird z.B. von Schulz von Thun, Weizmann, Langer & Tausch (1974) wie folgt angegeben: .79 Kürze/Prägnanz, .86 anregende Zusätze, .94 Gliederung .96 Einfachheit.

7.3.7 Visuelle Analogskala (VAS) zur Beurteilung der Therapiesitzung (Langhoff, Bär, Zubrägel & Linden, 2008)

Inwieweit bibliothераpeutische Broschüren sich auf die Therapiebeziehung und den -prozess auswirken, kann mit Hilfe der Visuellen Analog Skala zur Beurteilung der Therapiesitzung beurteilt werden. Aus Therapeutesicht wurde die Qualität der Therapiesitzung zwischen Therapeut und Patient anhand folgender Indikatoren beurteilt (Skala: 0-100 mm): Stimmung des Patienten, Befinden des Patienten, Verständnis für den Patienten, verstand Patient therapeutisches Vorgehen, für Patient Wichtiges behandelt, Fortschritte des Patienten, Pat. war dem Therapeuten sympathisch, Kooperation, Struktur der Therapiesitzung, Therapieziel, Befinden des Therapeuten in der Therapiesitzung. Die Patienten konnten (Skala: 0-100 mm) die Qualität der Therapiesitzung anhand folgender Indikatoren beurteilen: Stimmung, Angst und Unruhe, Gefühl verstanden worden zu sein, therapeutisches Vorgehen verstanden, Wichtiges behandelt in Therapiesitzung, Fortschritte in

Therapiesitzung, Befinden nach der Therapiesitzung, Entwicklung in der letzten Woche. Visuelle Analogskalen gelten für die Stimmungsmessung als gut etabliert, reliabel und auch ökonomisch und ermöglichen „a finer distinction between subjective states“ (Fähndrich & Linden, 1982; Duncan, Bushnell & Lavigne, 1989). Die Intraclass-Korrelation von 7 Ratern entspricht $ICC_{\text{just}} = .43$ und Cronbach's $\alpha = .61$ (Langhoff et al, 2008). Die Einschätzung der Therapiesitzung erfolgte durch den Patienten und den Therapeuten unabhängig voneinander am Ende jeder Therapiesitzung.

Um die inhaltlichen Themenschwerpunkte zu erfassen, wurde der Therapeut und der Patient nach jeder Therapiesitzung gebeten, in freier Form folgenden Satz zu beantworten: „Das Wichtigste in der heutigen Sitzung war für mich:“. Die Antworten der Therapeuten wurden anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. In welchem Ausmaß die Bibliotherapie in die Verhaltenstherapie integriert wurde, dazu wurde den Therapeuten und der Interventionsgruppe folgende Frage gestellt: „Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?“ Das Item konnte beantwortet werden mit „Ja“, „Nein“ oder „Ich weiß nicht“. Falls ja angekreuzt wurde, sollte noch die Broschüre, über die gesprochen wurde, genannt werden und von wem das Thema eingebracht worden war. Therapeuten und beiden Patientengruppen wurde weiterhin die Frage gestellt, ob Themen aus irgendwelchen anderen Informationsmaterialien angesprochen wurden und vom wem diese Themen eingebracht worden waren.

7.4 Stichprobenbeschreibung

In der Zeit vom 12. Juli 2007 bis 19. Juni 2008 wurden 755 Patienten in die Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgenommen und um Mitwirkung gebeten. 416 von ihnen erklärten sich zur Teilnahme an der Studie bereit. Gründe für die Nichtteilnahme der 339 Patienten waren nach eigenen Aussagen die 50%ige Wahrscheinlichkeit, keine Broschüre zu erhalten bei einem zusätzlichen Zeitaufwand für das Ausfüllen der Fragebögen sowie auch die Angst vor dem Verlust der Datenvertraulichkeit. Patienten, die nicht teilnehmen wollten, unterschieden sich bezüglich der Psychopathologie (ICD - 10 Diagnose, SCL-90-R) nicht von den Patienten, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen. Jedoch waren Nichtteilnehmer durchschnittlich signifikant länger arbeitsunfähig vor der Aufnahme ($t(753) = 3,239, p = .001, r = .18$). Dies hatte jedoch wie alle anderen signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern nur eine geringe Effektstärke. Für Nichtteilnehmer war die Veranlassung der Aufnahme signifikant seltener die Selbsteinweisung oder Einweisung durch Arzt bzw. Psychotherapeut, sondern häufiger die Einweisung durch MDK, Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger ($\chi^2(0.5;4,N=377) = 9.86, p = .043, r = .12$). Von den Nichtstudienteilnehmer waren 8,9% teilstationär in der Klinik während nur

4,8% der Studienteilnehmer einen teilstationären Aufenthalt durchführten ($\chi^2_{(0,5;2,N=377)} = 6.72; p = .035, r = .10$). In den soziodemografischen Merkmalen fanden sich keine bedeutsamen Unterschiede (Tabelle 12.7.1 im Anhang).

Die Studienteilnehmer wurden randomisiert nach ihrer Aufnahme­nummer (PID) in eine Interventionsgruppe (gerade PID) und eine Kontrollgruppe (ungerade PID) aufgeteilt. 196 (46.9%) Teilnehmer gehörten zur Interventionsgruppe, 181 (43.8%) in die Kontrollgruppe. Bei 39 (9.3%) Patienten kam es nach erfolgter Randomisierung zu einem Dropout. Die Gründe für den Dropout sind in Tabelle 7.4.1 wie folgt angegeben:

Tabelle 7.4.1: Gründe für den Dropout

Gründe für den Dropout	Häufigkeit
Patient:	
- hat Studienteilnahme ohne Angabe des Grundes abgebrochen	8
- hat Teilnahme beendet, da Anonymität nicht genügend gewährleistet	1
- bricht Studie ab, fühlt sich durch Lesen der Broschüre belastet	1
- vorzeitig aus Klinik entlassen (z.B. wegen Kreuzbandriss)	5
- war nur zur Begutachtung im Krankenhaus	1
- Gruppenzugehörigkeit nicht eindeutig, laut Therapeut Broschüren nicht gelesen oder als Kontrollgruppenteilnehmer Broschüreninhalte mitbekommen	2
nach Therapeuteneinschätzung:	
- passt keine Broschüre zur Erkrankung des Patient (z.B. Alkoholabusus)	4
- ist kognitive Leistungsfähigkeit zu gering	1
- kognitiv durch Depression so eingeschränkt, dass keine Teilnahme möglich	1
- Überforderung des Pat. aufgrund der psychischen Symptomatik	2
- Therapeut schloss Patient wegen Misstrauen von Studie aus	1
mangelnde Therapeutencompliance:	
- Gruppenzugehörigkeit unklar, Broschüre nicht verteilt, keine Angabe ob und welche Broschüre verteilt, Arzt war krank, es wurde Einschluss vergessen	12

Die endgültige Untersuchungsstichprobe ($N = 377$) war (Tabelle 7.4.2) im Durchschnitt 47 Jahre ($SD = 8,66$; Spannweite 19-67 Jahre) alt. Männer waren unterrepräsentiert (32%). Die Mehrzahl der Patienten hatte eine 10-12jährige Schulbildung (60%). Die Hochschulreife oder einen Hochschulabschluss hatten 37% erworben. Die Patienten waren hauptsächlich berufstätig (72%). 22 Prozent gaben an, arbeitslos zu sein. Der Großteil der Teilnehmer war durch Arzt oder

Psychotherapeuten (72%) eingewiesen worden. Bei 90% der Stichprobe handelte es sich um einen vollstationären Aufenthalt. Überwiegend war die ICD 10 -Diagnose F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (66%) und F3 - Affektive Störungen (27%) gestellt worden. Die Kontroll- und Interventionsgruppe unterschieden sich nicht in den soziodemografischen Merkmalen als auch in der Psychopathologie (Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme, SCL-90-R, Verteilung der ICD-10 Diagnosen).

Patienten der Dropout-Gruppe unterschieden sich in soziodemografischen und psychopathologischen Merkmalen lediglich bezüglich der Art der Einweisung in die Klinik (Tabelle 12.7.1 im Anhang). So waren Patienten der Dropout-Gruppe weniger durch Arzt oder Psychologe eingewiesen sondern häufiger verlegt worden aus einer anderen Klinik und vom Rentenversicherungsträger eingewiesen worden ($\chi^2_{(0.5;4,N=377)} = 19.64, p = .001$). Dieser Effekt war zwar signifikant, jedoch schwach ausgeprägt ($r = .10$). Ferner hatten die Patienten des Dropouts eine durchschnittliche Intelligenz ($M = 51.51, SD = 19.41$) und lagen zwar signifikant ($t(410) = 3.65, p < .001$) allerdings mit schwachen Effekt ($r = .18$) unter der durchschnittlichen Intelligenz der Untersuchungsstichprobe ($M = 63.38, SD = 19.28$).

Tabelle 7.4.2: Statistische Prüfung der Patientencharakteristika der Studienteilnehmer

		Gesamt	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	P 2-seitig
	n	377	181	196	
Geschlecht					
männlich	%	32.1	36.5	28.1	
weiblich	%	67.9	63.5	71.9	.08
Alter	M	47.4	48.2	46.6	
	SD	8.66	8.64	8.62	.07
Familienstand					
ledig	%	23.3	19.3	27.0	
verheiratet	%	57.6	63.0	52.6	
geschieden	%	17.8	16.0	19.4	
verwitwet	%	1.3	1.7	1.0	.20
Höchster Bildungsabschluss					
ohne Beruf	%	3.2	3.9	2.6	
10-12Jahre	%	60.2	60.8	59.7	
Abitur	%	18.8	17.1	20.4	
Universität	%	17.8	18.2	17.3	.78
Jetzige Berufssituation					
berufstätig Vollzeit	%	55.2	52.2	57.7	

7 Empirische Untersuchung

		Gesamt	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	P 2-seitig
berufstätig Teilzeit	%	16.4	16.6	16.3	
arbeitslos	%	22.0	23.2	20.9	
Rente	%	1.9	3.3	0.5	
Sonstige	%	4.5	4.4	4.6	.32
Einweisung					
Selbst	%	6.9	6.1	7.7	
Arzt/Psychotherapeut	%	72.3	75.7	69.1	
Krankasse oder MDK	%	12.0	12.2	11.9	
Rentenvers.-träger	%	5.9	3.9	7.7	
Verlegung v. anderer Klinik	%	2.9	2.2	3.6	.41
Aufenthaltsmodus					
vollstationär	%	90.2	92.3	88.3	
teilstationär	%	4.5	2.2	6.6	
Wechsel zw. voll-/teil-	%	5.3	5.5	5.1	.11
AU vor Aufnahme in	M	14.7	14.4	15.0	
Wochen	SD	24.4	22.0	26.5	.82
ICD-10¹					
F0	%	3.4	3.3	3.6	.89
F1	%	6.4	6.6	6.1	.84
F2	%	1.7	1.5	1.6	.92
F3	%	27.3	29.3	25.5	.41
F4	%	66.0	64.6	67.3	.58
F5	%	1.3	.6	2.0	.21
F6	%	7.7	8.8	6.6	.42
F7	%	.3	.0	.5	.34
F8	%	3.4	2.8	4.1	.48
F9	%	1.1	1.1	1.0	.94
ISA / Allgemeine	M	63.4	64.6	62.2	
Intelligenz²	SD	19.3	19.3	19.3	.23
SCL-90-R³					
GSI prä	M	1.20	1.22	1.19	
	SD	.67	.64	.69	.65
PSDI prä	M	1.91	1.92	1.91	
	SD	.56	.54	.57	.83
PST prä	M	53.0	54.0	52.1	
	SD	18.7	18.1	19.3	.38

Anmerkungen. ¹F0 = Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3 = Affektive Störungen; F4 = Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F7 = Intelligenzminderung; F8 = Entwicklungsstörungen; F9 = Verhaltensstörungen; ²ISA= Intelligenzstrukturanalyse; ³SCL-90-R =Symptom-Checkliste: GSI = Global Severity Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total

Die soziodemographischen Daten sind weitgehend vergleichbar mit denen anderer Untersuchungen in der Psychosomatischen Rehabilitation (DRV, 2007; Schneider & Michalak, 2007; Rehabilitationszentrum Seehof, 2005; Broda et al., 1996). Die Stichprobe kann folglich als hinreichend repräsentativ für diese Population bezeichnet werden. Die Geschlechtsverteilung der Stichprobe entspricht der üblichen in deutschen psychosomatischen Rehabilitationskliniken.

7.5 Therapeutencharakteristika und Therapeutenverteilung

An der Studie nahmen insgesamt 24 Therapeuten teil. 66 % sind Ärzte, 62.5 % weiblich und 29.1 % haben eine langjährige berufliche Erfahrung (Tabelle 7.5.1).

Tabelle 7.5.1: Charakteristika der 24 Therapeuten

Therapeutencharakteristika		%	n
Ausbildung	Psychologe	33	8
	Arzt	66	16
Geschlecht des Therapeuten	weiblich	62.5	15
	männlich	37.5	9
	Psychologe in Psychotherapieausbildung	20.8	5
Erfahrung des Therapeuten	Arzt in Weiterbildung	50	12
	langjährige Erfahrung, ca. > 5 Jahre	29.1	7

Die Therapeuten der Interventionsgruppe unterschieden sich in Ausbildung, Geschlecht und Erfahrung nicht von denen, die die Kontrollgruppe therapierten (Tabelle 7.5.2). Auch gab es keinen Unterschied in der Verteilung über beide Gruppen, alle p 's > .05. 62.2% der Interventionsgruppe (62.8% KG) wurden von weiblichen Therapeuten und 40.8% der Interventionsgruppe (38.9% KG) wurden von Psychologen behandelt.

Tabelle 7.5.2: Therapeutenverteilung

Therapeutenverteilung		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe		p 2-seitig
		%	n	%	n	
Ausbildung	Psychologe	38.9	70	40.8	80	
	Arzt	61.1	110	59.2	116	
Geschlecht des Therapeuten	weiblich	62.8	113	62.2	122	.91
	männlich	37.2	67	37.8	74	
Erfahrung des Therapeuten	Psychologe in Psychotherapieausbildung	12.8	23	13.3	26	
	Arzt in Weiterbildung	51.1	92	43.9	86	
	langjährige Erfahrung, ca. > 5 Jahre	36.1	65	42.9	84	

8 Analyse der Daten

Die statistische Auswertung wurde mit dem Statistikprogramm SPSS 12 durchgeführt. Eine deskriptive Statistik erfolgte für alle Variablen sowohl für die Interventions- als auch Kontrollgruppe (Gesamtstichprobe Tabelle 12.24.1 im Anhang).

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde die Signifikanz mit entsprechenden inferenzstatistischen Verfahren mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 5\%$ bei einseitiger Fragestellung berechnet. Die allgemeinen Voraussetzungen parametrischer Tests wurden überprüft und bei Nichterfüllung nichtparametrische Verfahren gewählt. Berichtet werden *acc. to protocol* für die Interventions- und Kontrollgruppe alle signifikanten Ergebnisse. Es erfolgte eine Adjustierung nach Bonferroni bei Mehrfachvergleichen pro Hypothese. Vereinzelt fehlende Werte wurden nicht ergänzt. Alle Ergebnisse und auch Abweichungen in der Anzahl der Studienteilnehmer aufgrund fehlender Werte sind den Tabellen zu entnehmen. Da trotz der Vielzahl der an Patienten weitergegebenen Informationsmaterialien Studien zu den positiven und negativen Wirkungen bibliothераpeutischer Materialien innerhalb einer Verhaltenstherapie selten sind, erfolgen weitere explorative Tests und eine Einschätzung des Einflusses der erhobenen Variablen auf das Behandlungsergebnis durch eine Multiple Regression.

9 Ergebnisse der in die Verhaltenstherapie integrierten Bibliotherapie

9.1 Broschürenverteilung durch die Therapeuten

Die Therapeuten verteilten 349 Broschüren an die Interventionsgruppe. Die am häufigsten verteilten Broschüren waren „Kognitionen und Erleben“ ($n = 137$) und „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“ ($n = 76$), (Tabelle 9.1.1).

Tabelle 9.1.1: Häufigkeit der verteilten Broschüren

Broschüre	Kognitionen u. Erleben	Bewältigung kritischer Lebensereignisse	Krankheits- bewältigung	Inneres Angsterleben und Bewältigung	Phobien & Exp.-therapie	Hypochondrie & Abbau körperbez. Ängste
Gesamt	n	n	n	n	n	n
349	137	76	28	35	50	23

Jeder Patient der Interventionsgruppe bekam von seinem Therapeuten mindestens eine Broschüre. 43 % ($n = 84$) der Interventionsgruppe erhielten nur eine Broschüre (Tabelle 9.1.2).

Tabelle 9.1.2: Anzahl verteilter Broschüren pro Patient

Anzahl verteilter Broschüren	1	2	3	4	5	6
%	42.8	37.2	16.8	2.5	0	.005
n	84	73	33	5	0	1

Die erste Broschüre wurde im Durchschnitt 8 Tage nach erfolgter Einverständniserklärung verteilt und ca. 31 Tage verblieben nach Erhalt der ersten Broschüre bis zur Entlassung aus der Klinik (Tabelle 9.1.3).

Tabelle 9.1.3: Zeitintervalle der Verteilung der ersten Broschüre in Tagen

Zeitintervalle	n	M	SD
Tage zwischen Aufnahme und erster Broschüre	83	12.3	8.7
Tage zwischen erster Broschüre und Entlassung	82	30.7	9.7
Tage zwischen Einverständniserklärung und erster Broschüre	84	7.6	8.7

9.2 Zusammenhang zwischen Thematik der verteilten Broschüre(n) und Diagnose

Die häufigsten ICD-10 Diagnosegruppen in der Interventionsgruppe waren F4 - Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (67 %) und F3 - Affektive Störungen (25 %). Mehrfachdiagnosen waren möglich. An 94% der Interventionsgruppe war eine F - Diagnose vergeben worden, an 82% zwei und 16% weisen 3 Diagnosen auf.

Betrachtet man die Verteilung der Broschüren an die Interventionsgruppe (Tabelle 9.2.1), dann scheinen die Broschüren „Kognitionen & Erleben“ sowie „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“ über alle Störungen hinweg in gleicher Weise einsetzbar.

Tabelle 9.2.1: Häufigkeit der verteilten Broschüren an die Interventionsgruppe

Diagnose	Kognitionen u. Erleben	Bewältigung kritischer Lebensereignisse	Krankheits- bewältigung	Inneres Angsterleben und Bewältigung	Phobien u. Exp.-therapie	Hypochondrie u. Abbau körperbez. Ängste	Gesamt
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	n
F0	31 (4)	23 (3)	16 (2)	7 (1)	16 (2)	7 (1)	13
F1	44 (11)	24 (6)	16 (4)	8 (2)	8 (2)		25
F2	50 (3)	17 (1)			33 (2)		6
F3	42 (38)	27 (25)	10 (9)	10 (9)	9 (8)	2 (2)	91
F4	38 (91)	20 (48)	7 (17)	12 (30)	16 (38)	7 (18)	242
F5	49 (4)	38 (3)	13 (1)				8
F6	46 (11)	20 (5)	13 (3)		4 (1)	17 (4)	24
F7		100 (1)					1
F8	43 (6)	29 (4)		7 (1)	14 (2)	7 (1)	14
F9	24 (2)	13 (1)	13 (1)	13 (1)	24 (2)	13 (1)	8

Eine störungsspezifische Broschürenausswahl im engeren Sinne, wie man beispielsweise bezüglich der Broschüre „Phobien und Expositionstherapie“ und Angsterkrankungen (F4) hätte erwarten können, ist nicht zu erkennen, wenn man die Verteilung der Broschüren an diejenigen Patienten mit nur einer Diagnose betrachtet (Tabelle 9.2.2).

Tabelle 9.2.2: Häufigkeit der verteilten Broschüren an diejenigen mit nur einer Diagnose

Diagnose	Kognitionen u. Erleben	Bewältigung kritischer Lebensereignisse	Krankheits- bewältigung	Inneres Angsterleben und Bewältigung	Phobien u. Exp.-therapie	Hypochondrie u. Abbau körperbez. Ängste	Gesamt
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	n
F0	23 (3)	23 (3)	15 (2)		23 (3)	15 (2)	13
F1	100 (2)						2
F2	50 (3)	17 (1)			33 (2)		6
F3	45 (24)	30 (16)	8 (4)	6 (3)	9 (5)	2 (1)	53
F4	39 (63)	21 (34)	6 (10)	11 (18)	15 (25)	8 (13)	163
F5							
F6	33 (2)	17 (1)	17 (1)		17 (1)	17 (1)	6
F7		100 (1)					1

9.3 Verständlichkeit der Broschüren

Die Verständlichkeit wurde nur bei 71.8 % ($n = 206$) der verteilten Broschüren ($N = 349$) von der Interventionsgruppe eingeschätzt und in Anlehnung an das Hamburger Verständlichkeitskonzept überprüft. Eine Faktorenanalyse der Mittelwerte der 22 Merkmalspaare ergab vier Hauptfaktoren, die 70% der Gesamtvarianz der Merkmale der Texte erklären können. Cronbach's α aus 22 Merkmalspaaren für die vier Dimensionen: Einfachheit, Gliederung-Ordnung, Kürze-Prägnanz und Anregende Zusätze liegt zwischen .73 und .96 (Tabelle 9.3.1).

Tabelle 9.3.1: Cronbach's α der vier Dimensionen der Verständlichkeit nach Langer, Schulz von Thun & Tausch (1974)

Broschüre	Einfachheit α	Gliederung- Ordnung α	Kürze- Prägnanz α	Anregende Zusätze α
Gesamt	.86	.92	.84	.91
Phobien und Expositionstherapie	.88	.92	.69	.96
Inneres Angsterleben und Bewältigung	.86	.92	.73	.85
Hypochondrie und Abbau körperbez. Ängste	.94	.94	.87	.96
Kognitionen und Erleben	.84	.90	.85	.88
Krankheitsbewältigung	.88	.95	.94	.91
Bewältigung kritischer Lebensereignisse	.88	.93	.83	.93

Das quantitative Ausmaß der Verständlichkeit wurde pro Broschüre und Dimension wie folgt eingeschätzt (Tabelle 9.3.2).

Tabelle 9.3.2: Quantitatives Ausmaß der Verständlichkeit (Skala: - 2 = sehr schlecht bis + 2 = optimal)

Broschüre	n	Einfachheit		Gliederung- Ordnung		Kürze- Prägnanz		Anregende Zusätze	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Phobien und Expositionstherapie	25	1.22	.51	1.22	.65	1.0	.45	0.88	.96
Inneres Angsterleben u. Bewältigung	21	1.32	.49	1.25	.51	.92	.41	1.02	.66
Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste	13	1.30	.64	1.31	.74	1.24	.60	1.05	.94
Kognitionen und Erleben	84	1.26	.55	1.30	.54	.98	.58	0.98	.76
Krankheitsbewältigung	13	1.30	.63	1.16	.78	1.03	.82	0.88	.82
Bewältigung kritischer Lebensereignisse	50	1.33	.52	1.34	.60	1.10	.58	0.83	.92
Gesamt	206	1.28	.55	1.29	.59	1.02	.56	0.91	.83

Ein optimal verständlicher Text sollte nach Langer, Schulz von Thun & Tausch (2002) einen Wert von + 2 bis + 0.5 bei der Dimension Einfachheit und Gliederung-Ordnung haben, für die Dimension Kürze-Prägnanz empfehlen sie einen Wert von - 0.5 bis + 1.5. Für die Dimension der anregenden Zusätze sind positive Ausprägungsgrade nur dann verständlich, wenn sie in Verbindung mit einer hohen Ausprägung der Gliederung und Ordnung einhergehen. Die Einschätzung der Verständlichkeit jeder Broschüre durch die Patienten lag zwischen 0.83 und 1.34 in allen Dimensionen. Damit wurden die vorliegenden Broschüren als optimal verständlich von den Patienten eingeschätzt.

9.4 Hypothese 1: Einfluss der Bibliothherapie auf das Krankheitswissen

Die für jede Broschüre erstellten Wissensfragebögen wurden zu Behandlungsende von 82 % der Interventionsgruppe und 79% der Kontrollgruppe ausgefüllt zurückgegeben.

Der Erhalt einer Broschüre erbrachte einen signifikanten Unterschied in der korrekten Beantwortung der Wissensfragebögen der Interventionsgruppe ($M = 8.5$, $SD = 1.7$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($M = 6.9$, $SD = 2.1$), die keine dieser Broschüren gelesen hatte, $t(433) = 9.25$, $p < .001$, $r = .40$. Dieser signifikante Unterschied in der korrekten Beantwortung ergab sich auch für jede der sechs Broschüren. Adjustiert nach Bonferroni bei 7 Mehrfachvergleichen entspricht das α Niveau $\alpha = \alpha / 7 = .007$ (Tabelle 9.4.1).

9 Ergebnisse

Nur bei 2 von 60 Items der 6 Wissensfragebögen war der Prozentsatz richtiger Antworten der Interventionsgruppe nicht signifikant kleiner als der Prozentsatz richtiger Items der Kontrollgruppe. Alle übrigen Items beantwortete die Interventionsgruppe häufiger richtig als die Kontrollgruppe. Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit richtiger Antworten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lagen pro Fragebogen bei 4 bis 7 von insgesamt 10 Fragen. Im Durchschnitt bestehen die Fragebögen zu 70% aus Fragen, die sich auf theoretisches Krankheitswissen beziehen, und zu 30% aus Fragen, die sich auf Bewältigungswissen beziehen. Fragen, die die Interventionsgruppe signifikant häufiger richtig beantwortete, umfassen sowohl theoretisches als auch Bewältigungswissen (Tabelle 12.8.1 im Anhang).

Tabelle 9.4.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das Krankheitswissen (Skala: 0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst)

Wissensfragebogen	Gruppe	n	M	SD	T	p 1-seitig
Kognitionen und Erleben	K	74	7.43	2.08	3.52	< .001
	I	92	8.50	1.81		
Bewältigung kritischer Lebensereignisse	K	45	7.09	2.00	4.19	< .001
	I	56	8.55	1.50		
Krankheitsbewältigung	K	23	5.70	1.49	3.84	< .001
	I	17	7.94	2.04		
Inneres Angsterleben und Bewältigung	K	32	5.72	2.26	3.91	< .001
	I	23	8.09	2.15		
Phobien und Expositionstherapie	K	29	6.90	1.83	4.39	< .001
	I	31	8.65	1.19		
Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste	K	23	7.57	1.83	4.83	< .001
	I	17	9.59	.71		
Gesamt	K	226	6.89	2.08	9.25	< .001
	I	236	8.53	1.69		

Anmerkungen. K = Kontrollgruppe, I = Interventionsgruppe, T-Test für unabhängige Stichproben

Von 136 Patienten der Interventionsgruppe ($n = 196$), die mindestens einen Wissensfragebogen ausgefüllt hatten, beurteilten 89 % ($n = 121$) auch den dazugehörigen Verständlichkeitsfragebogen. Von diesen 89 % kann sehr sicher angenommen werden, dass sie die erhaltene(n) Broschüre(n) auch gelesen haben. Ein mittlerer Wissenswert über alle beantworteten Fragebögen wurde für die Interventions- und Kontrollgruppe pro Person gebildet. Das Lesen mindestens einer Broschüre erbrachte einen signifikanten Unterschied in der korrekten Beantwortung der „Leser“ ($M = 8.7$, SD

= 1.5) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($M = 6.8$, $SD = 1.9$), die keine dieser Broschüren gelesen hatte, $t(245) = -8.58$, $p < .001$, $r = .47$ (Tabelle 9.4.2).

Tabelle 9.4.2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das Krankheitswissen der „Leser“ im Vergleich zur Kontrollgruppe (Skala: 0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst)

Wissensfragebogen	Gruppe	n	M	SD	T-Wert	p 1-seitig
	Kontrollgruppe	132	6.8	1.9	-8.58	< .001
Mittlerer Wissenswert	Patienten der Interventionsgruppe, die einen Verständlichkeitsfragebogen ausgefüllt haben	121	8.7	1.5		

Anmerkungen. Patienten der Interventionsgruppe, die einen Verständlichkeitsfragebogen ausgefüllt haben = die „Leser“, T-Test für unabhängige Stichproben

Ein Vergleich der korrekten Beantwortung aller Wissensfragebögen der Interventionsgruppe ($M = 8.5$, $SD = 1.7$) mit der korrekten Beantwortung durch einen pro Person gebildeten mittleren Wissenswertes der „Leser“ ($M = 8.7$, $SD = 1.5$) ergab keinen Unterschied, $p > .05$. Da die Kontroll- und Interventionsgruppe sich nicht in den soziodemographischen Merkmalen als auch in der Psychopathologie unterscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass die Interventionsgruppe die Broschüren auch gelesen hat.

Die Hypothese 1: *Patienten, die mindestens eine Broschüre erhalten haben, haben ein größeres krankheitsbezogenes Wissen als diejenigen, die keine Broschüre erhalten haben*, kann angenommen werden.

9.5 Hypothese 2: Einfluss der Bibliothherapie auf die selbsterlebte Krankheitsbewältigung

Das Krankheitsbewältigungsverhalten wurde mit dem Brief-COPE erfasst. Aus den 28 Items des COPE-Selbstbeurteilungsfragebogens, die das situative Bewältigungsverhalten in den letzten Wochen erfassten, wurden 14 Subskalen - nach den Vorgaben von Carver (1997) - gebildet (Tabelle 9.5.1). Cronbach's α aller Subskalen liegt zwischen .54 und .90 mit Ausnahme der Subskala 13 (prä $\alpha = .24$, post $\alpha = .22$, Tabelle 9.7.11). Aus diesem Grund werden Item 6 und Item 16, die die Subskala 13 bilden, zusätzlich zur Subskala 13 in allen weiteren Berechnungen erwähnt.

Bei Aufnahme bestand kein signifikanter Unterschied in den situationsspezifischen Copingstrategien zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe auf allen Subskalen und den

Items 6 und 16 (Tabelle 9.5.1).

Tabelle 9.5.1: Statistische Prüfung des Krankheitsbewältigungsverhaltens bei Aufnahme (Skala: 1 = überhaupt nicht bis 4 = sehr)

Brief-COPE Subskala (Item)	Cronbach's α	Interventions- gruppe		Kontroll- gruppe		F	P 2-seitig
		n = 196 M	SD	n = 180 M	SD		
1. Aktives Bewältigen (2+7)	.74	2.60	.79	2.58	.74	.12	.73
2. Planen (25+14)	.61	2.84	.77	2.90	.76	.70	.40
3. Positives Umdeuten (12+17)	.71	2.08	.78	2.05	.74	.16	.68
4. Akzeptieren (20+24)	.56	.99	.42	.97	.42	.00	.98
5. Humor (18+28)	.66	1.45	.57	1.43	.55	.13	.72
6. Religion (22+27)	.85	1.61	.89	1.75	.91	2.27	.13
7. Emotionale Unterstützung(5+15)	.80	2.55	.86	2.64	.85	1.18	.27
8. Instrumentelle Unterstützung (10+23)	.84	2.54	.89	2.58	.89	.21	.65
9. Ablenkung (1+19)	.63	2.50	.79	2.56	.76	.58	.45
10. Verleugnung (3+8)	.61	2.02	.89	2.03	.84	.01	.90
11. Gefühlsausbruch (9+21)	.54	2.12	.81	2.09	.67	.11 ¹	.74
12. Gebrauch von Medikamenten und Alkohol (4+11)	.90	1.43	.72	1.47	.75	.26	.61
13. Resignation (6 +16 umkodiert)	.24	1.80	.60	1.78	.61	.08	.77
Item 6: „Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen“		1.48	.74	1.50	.73	.04	.84
Item 16: „Ich habe versucht, die Situation in den Griff zu kriegen“		2.88	.82	2.93	.87	.33	.56
14. Selbstbeschuldigung (13+26)	.79	2.44	.94	2.34	.92	1.0	.31
Problemorientiertes Coping (Mittelwert aus Subskala: 1, 2, 6, 8)	.79	2.39	.62	2.45	.55		.36
Aktives emotionales Coping (Mittelwert aus Subskala: 3, 4, 5, 7.,11)	.66	2.02	.44	2.02	.41		.94
Vermeidendes emotionales Coping (Mittelwert aus Subskala: 9,10,12,13,14)	.60	2.55	.51	2.56	.48		.76

Anmerkungen ¹Keine Gleichheit der Fehlervarianzen, Einfaktorielle Varianzanalyse

31 Copingstrategien (siehe 6.3.) werden in den 6 Broschüren empfohlen. Die Veränderung des

9 Ergebnisse

Copingverhaltens wurde erfasst durch einen Differenzwert (M_{Diff} = Subskala post minus Subskala prä) und in Abhängigkeit der Stichprobengröße mit Hilfe einer einfaktoriellem Varianzanalyse (Tabelle 9.5.2) bzw. eines Mann-Whitney-U-Tests (Tabelle 9.5.3, Broschüre „Krankheitsbewältigung“ und „Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste“) auf Signifikanz geprüft. Das Lesen der Handlungsempfehlungen zur Bewältigung, wie sie in der jeweiligen Broschüre empfohlen waren, erbrachte nur für 2 situative Copingstrategien (0.6 %) einen signifikanten Unterschied zu denen, die keine dieser Broschüren gelesen hatten. Diejenigen, die die Broschüre „Inneres Angsterleben und Bewältigung“ gelesen hatten, veränderten sich signifikant mehr in der „Akzeptanz“ ($M_{Diff} = .80$, $SD = .77$) als die Kontrollgruppe ($M_{Diff} = .23$, $SD = .84$), $F(1,51) = 6.31$, $p = .007$, $\eta^2 = .11$ (Tabelle 9.5.2).

Tabelle 9.5.2: Statistische Prüfung der Veränderung des Copingverhaltens aufgrund des Lesens der in den Broschüren empfohlenen Copingstrategien

Broschüre: Kognitionen und Erleben						
Das in der Broschüre empfohlene Coping		n	M_{Diff} ¹	SD	F	P 1-seitig
Aktives Bewältigen	K	73	.36	.84	.28	.29
	I	90	.28	.90		
Planen	K	73	-.03	.80	1.92	.85
	I	90	.13	.73		
Broschüre: Bewältigung kritischer Lebensereignisse						
Das in der Broschüre empfohlene Coping		n	M_{Diff}	SD	F	P 1-seitig
Aktives Bewältigen	K	44	.36	.89	.15	.35
	I	56	.29	.90		
Planen	K	44	.57	.75	.21	.32
	I	56	.13	.73		
Positives Umdeuten	K	44	.34	.97	.25	.31
	I	56	.25	.85		
Nutzung emotionaler Unterstützung	K	44	.08	.99	.22	.32
	I	56	.17	.93		
Nutzung instrumenteller Unterstützung	K	44	.22	.92	1.32	.12
	I	56	.00	.94		
Ablenkung	K	44	.16	.80	.24	.31
	I	56	.07	.94		

Anmerkungen. ¹ M_{Diff} = Mittelwert Subskala post minus Mittelwert Subskala prä (Veränderung des Copingsverhaltens)

9 Ergebnisse

Broschüre: Inneres Angsterleben u. Bewältigung

Das in der Broschüre empfohlene Coping		n	M_{Diff}	SD	F	P 1-seitig
Aktives Bewältigen	K	31	.53	.82	.60	.22
	I	22	.34	.99		
Positives Umdeuten	K	31	.21	1.04	.37	.26
	I	22	.36	.70		
Akzeptieren	K	31	.23	.84	6.31	.007
	I	22	.80	.77		
Nutzung instrumenteller Unterstützung	K	31	.08	1.1	1.05	.15
	I	22	-.20	.88		
Ablenkung	K	31	.00	.92	.76	.19
	I	22	.20	.72		
Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	K	31	-.15	.84	.54	.23
	I	22	-.30	.55		

Broschüre: Phobien und Expositionstherapie

Das in der Broschüre empfohlene Coping		n	M_{Diff}	SD	F	P 1-seitig
Aktives Bewältigen	K	29	.48	.93	1.54	.10
	I	30	.17	1.0		
Planen	K	29	.26	.99	.11	.37
	I	30	.18	.79		
Nutzung emotionaler Unterstützung	K	29	-.12	.84	.48	.24
	I	30	.03	.86		
Ablenkung	K	29	.21	.89	.033	.43
	I	30	.17	.81		
Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	K	29	-.38	.85	1.36 ²	.17
	I	30	-.17	.51		

Anmerkungen. ¹ M_{Diff} = Mittelwert Subskala post minus Mittelwert Subskala prä (Veränderung des Copingsverhaltens), ² Keine Gleichheit der Fehlervarianzen, Einfaktorielle Varianzanalyse

Diejenigen, die die Broschüre „Krankheitsbewältigung“ gelesen hatten, benutzten signifikant häufiger „Emotionale Unterstützung“ als Krankheitsbewältigungsstrategie ($Mdn_{Diff} = 24.2$) als die Kontrollgruppe ($Mdn_{Diff} = 16.1$), $U = 100.5$, $p = .024$, $r = .37$ (Tabelle 9.5.3). Adjustiert nach

Bonferroni bei 31 Mehrfachvergleichen entspricht das α Niveau $\alpha = \alpha / 31 = .002$.

Tabelle 9.5.3: Statistische Prüfung der Veränderung des Copingverhaltens aufgrund des Lesens der in den Broschüren empfohlenen Copingstrategien

Broschüre: Das in der Broschüre empfohlene Coping	Krankheitsbewältigung				Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste			
	n	Mdn _{Diff} ¹	U	p 1-seitig	n	Mdn _{Diff}	U	p 1-seitig
Aktives Bewältigen	K 22	21.5	132	.20	23	21.2	133.5	.25
	I 16	16.8			15	16.9		
Planen	K 22	18.8	161	.67	23	19.6	171	.98
	I 16	20.4			15	19.4		
Akzeptieren	K 22	19.1	167.5	.80				
	I 16	20.3						
Nutzung emotionaler Unterstützung	K 22	16.1	100.5	.024				
	I 16	24.2						
Nutzung instrumenteller Unterstützung	K 22	19.7	172.5	.92	23	19.7	169	.93
	I 16	19.3			15	19.3		
Ablenkung	K 22	18.3	150	.46	23	19.3	167	.88
	I 16	21.1			15	19.9		
Verleugnung	K 22	18.9	164.5	.74				
	I 16	20.2						
Gefühlsausbruch	K 22	20.4	155.5	.55				
	I 16	18.2						

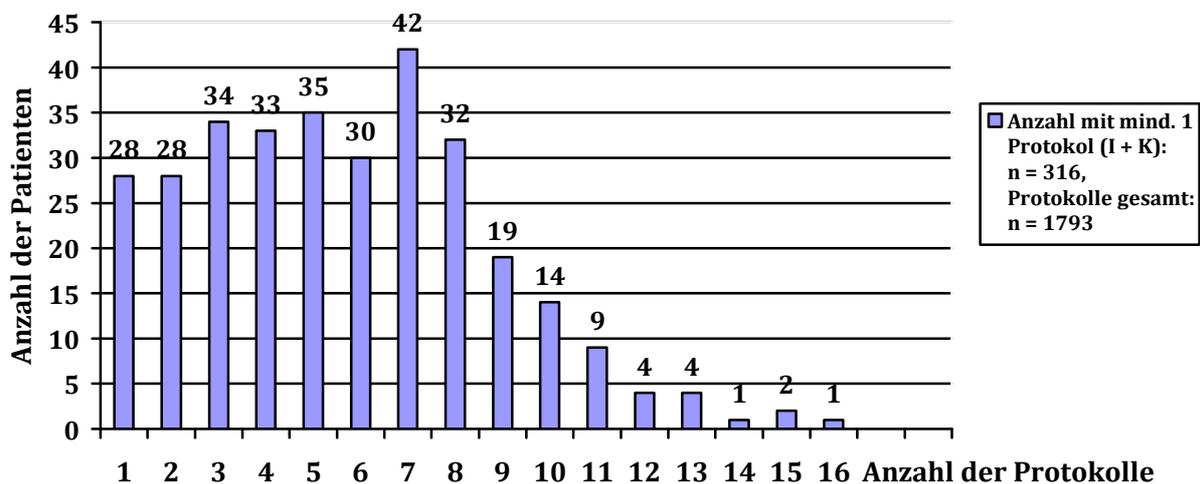
Anmerkungen. Mdn_{Diff}¹ = Median der Differenz (Mittelwert Subskala post minus Mittelwert Subskala prä, Veränderung des Copingsverhaltens), Mann-Whitney-U-Tests

Damit kann die Hypothese 2: *Das Lesen der Handlungsempfehlungen zur Bewältigung, wie sie in der jeweiligen Broschüre beschrieben sind, fördert funktionale Krankheitsbewältigungsstrategien und verringert dysfunktionale im Vergleich zu denjenigen, die keine Broschüre erhalten haben, für alle 31 Copingstrategien nicht angenommen werden.*

9.6 Hypothese 3: Einfluss der Bibliotherapie auf die Therapeut-Patient-Beziehung und den Therapieprozess

Jeder Patient der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof erhält in der Regel wöchentlich zwei Einzelsitzungen Verhaltenstherapie. Dies kann aber aufgrund individueller klinischer Überlegungen nach Ermessen des Therapeuten auch variieren. Die Beurteilung der Therapiesitzung erfolgte durch die Visuelle Analogskala durch den Therapeuten und den Patienten unabhängig voneinander am Ende jeder Therapiesitzung. Die Visuelle Analogskala wurde von den Therapeuten für 89 % ($n = 175$) der Interventionsgruppe und 77% der Kontrollgruppe ($n = 141$) ausgefüllt zurückgegeben und 85% der Interventionsgruppe ($n = 167$) und 75 % der Kontrollgruppe ($n = 136$) füllten sie aus. Es wurden nicht immer alle Items beantwortet. Für jeden Patienten lag je nach Aufenthaltsdauer und tatsächlich ausgefüllten Therapiesitzungsprotokollen durch die Therapeuten eine unterschiedliche Anzahl von Therapiesitzungsprotokollen vor. Insgesamt werden 1793 in die Analyse einbezogen. Die nachstehende Abbildung 9.6.1 gibt einen Überblick über die Zahl verfügbarer Therapiesitzungsprotokolle der Therapeuten.

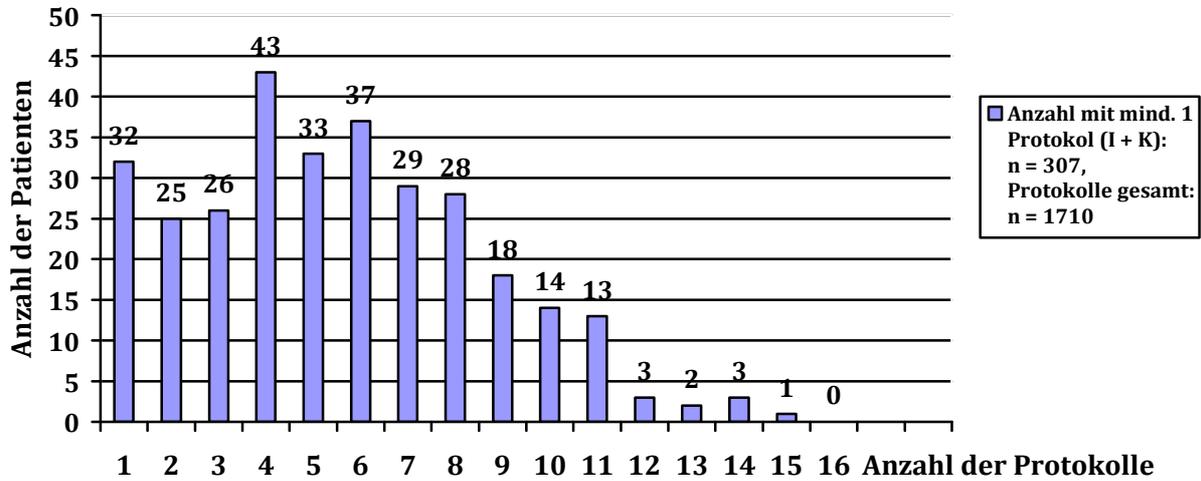
Abbildung 9.6.1: VAS - Therapeut: Anzahl der vorliegenden Therapiesitzungsprotokolle pro Patient



Anmerkungen. I = Interventionsgruppe, K = Kontrollgruppe

Abbildung 9.6.2 gibt einen Überblick über die Zahl verfügbarer Therapiesitzungsprotokolle der Patienten. Insgesamt werden 1710 in die Analyse miteinbezogen.

Abbildung 9.6.2: VAS - Patient: Anzahl der vorliegenden Therapiesitzungsprotokolle pro Patient

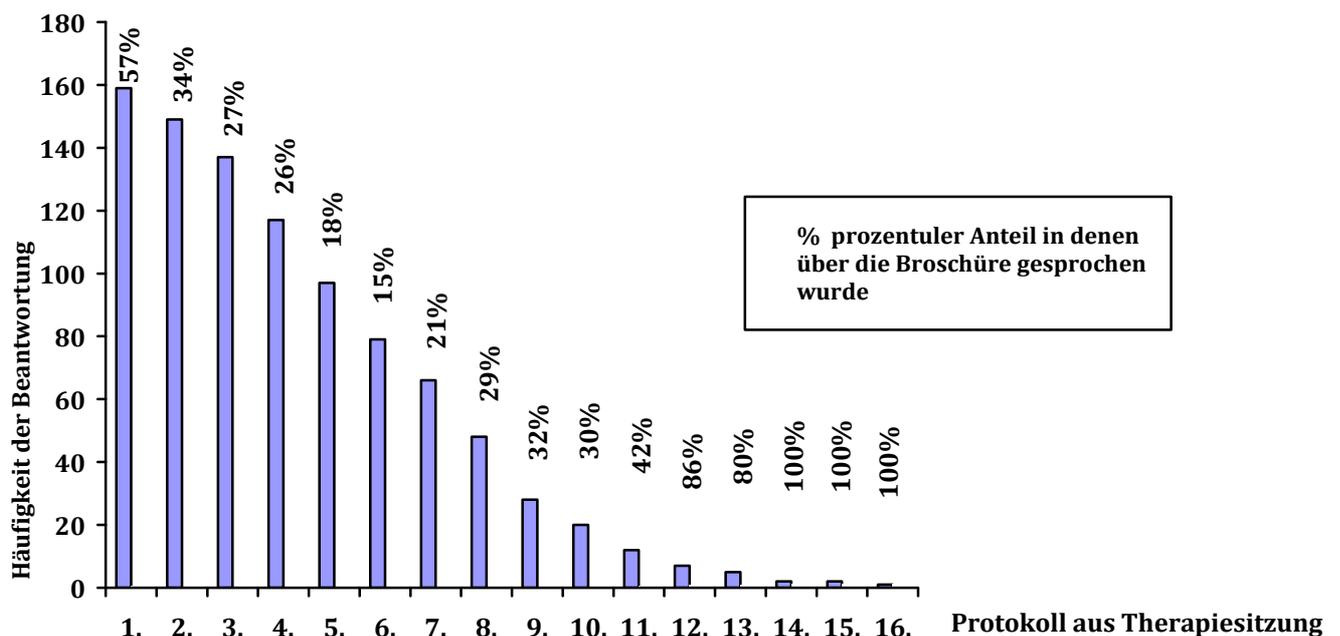


Anmerkungen. I = Interventionsgruppe, K = Kontrollgruppe

Das Ansprechen bibliotherapeutischer Inhalte in den Therapiesitzungen

Um zu erfassen, in welchem Ausmaß die Bibliotherapie in die Verhaltenstherapie integriert wurde, wurden die Therapeuten und Patienten gefragt, ob sie in der aktuellen Sitzung über Inhalte der Broschüren gesprochen haben. Falls ja angekreuzt wurde, sollte noch die Broschüre, über die gesprochen wurde, genannt werden und von wem das Thema eingebracht worden war.

Abbildung 9.6.3: VAS - Therapeut: Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?



Für 175 Patienten der Interventionsgruppe liegt mindestens je ein Therapiesitzungsprotokoll des Therapeuten vor. Das Item „Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?“ wurde insgesamt 929-mal durch die Therapeuten beantwortet. Die Beantwortung des Items nimmt im Behandlungsverlauf ab. In 301 Therapiesitzungen (32 %) von 929 mit beantwortetem Item wurde über die Broschüre gesprochen. In der ersten Therapiesitzung wurden Themen bei 57 % ($n = 90$), in der zweiten Sitzung bei 34 % ($n = 51$), in der dritten bei 27 % ($n = 37$), in der vierten bei 26 % ($n = 31$) und in der fünften bei 18 % ($n = 17$) besprochen (Abbildung 9.6.3). Dies betraf, wie in Tabelle 9.6.1 dargestellt, zu über 53.6 % Prozent die Broschüre „Kognitionen und Erleben“, gefolgt von der Broschüre „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“ mit 18.6 %.

Tabelle 9.6.1: VAS-Therapeut: Falls ja, welche Broschüre wurde besprochen?

Broschüre	Kognitionen u. Erleben	Bewältigung kritischer Lebensereignisse	Krankheitsbewältigung	Inneres Angsterleben und Bewältigung	Phobien u. Expositions-therapie	Hypochondrie u. Abbau Körperbezogener Ängste
	%	%	%	%	%	%
Gesamt	53.6	18.6	3.7	8.8	11	4.4

85% ($n = 167$) der Interventionsgruppe füllten die Visuelle Analogskala aus. Insgesamt wurde das Item „Wurde ausgehändigte Broschüre besprochen?“ 676-mal beantwortet. Aus Sicht der Patienten wurde in 304 (45 %) Therapiesitzungen über die Broschüre gesprochen (Tabelle 12.9.1).

Auf die Frage, wer Themen aus der Broschüre eingebracht hatte, wurde von den Therapeuten in 66 % und von den Patienten in 51 % angegeben, dass dies auf Therapeuteninitiative erfolgt sei (Tabelle 12.10.1), während in 15 % bzw. 12 % der Patient als Initiator genannt wird.

Neben den im Rahmen der Studie verteilten 6 Broschüren hatten die Therapeuten und Patienten natürlich auch weiterhin die Möglichkeit auf andere bibliothераpeutische Materialien zuzugreifen.

Wie in Tabelle 9.6.2 dargestellt, wurde das Item „Themen aus anderen Informationsmaterialien“ in 1656 Therapiesitzungen (Interventions- und Kontrollgruppe) von den Therapeuten beantwortet. Die Therapeuten gaben an, dass in 14% der Sitzungen andere Infos eingebracht wurden. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontroll- (14.8 %) und der Interventionsgruppe (13.11 %), $p > .05$.

Tabelle 9.6.2: VAS - Therapeut: Wurden Themen aus anderen Informationsmaterialien angesprochen?

	Häufigkeit	%
Nein	1392	77.6
Ja	250	13.9
weiß nicht	14	.8
Gesamt	1656	92.4

Die wichtigsten Inhalte der Therapiesitzungen aus Sicht der Therapeuten

Die inhaltlichen Therapieschwerpunkte aus Therapeutensicht wurden mit der Pivotal Topic Methode erfasst. Bei der Pivotal Topic Methode handelt es sich um ein Verfahren zur Erforschung der wichtigsten Inhalte und Themen sowie der Prozessstrategie in der Psychotherapie. Dieses Verfahren wurde z.B. eingesetzt zur Bewertung der Prozessstrategie in der Kognitiven Verhaltenstherapie (Linden, Staats, Bär & Zubrägel, 2005) oder zur Untersuchung der Inhalte von Arzt - Patienten - Gesprächen in der ambulanten Depressionsbehandlung (Linden, Christof & Rentzsch, 2008). Dazu wurde der Therapeut nach jeder Therapiesitzung gebeten in freier Form folgenden Satz zu beantworten: „Das Wichtigste in der heutigen Sitzung war für mich:“. Die Antworten der Therapeuten wurden anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. In einer im Forschungsprojekt „Bibliotherapie“ entstandenen Diplomarbeit zum Thema „Die wichtigsten Inhalte der stationären Verhaltenstherapie aus Therapeutensicht - eine qualitative Untersuchung auf Basis der „Pivotal Topic Methode“ (Dambrowsky, 2009) wurde ein Inhaltsanalyseschema entwickelt mit Kategorien zu Inhalten, therapeutischen Behandlungselementen und Techniken, aber auch zu den ausgeteilten Broschüren. Die Urteilerübereinstimmung beträgt für die Prozesskategorien $\kappa = .81$ und für Themenkategorien $\kappa = .53$. Die Ergebnisse bezüglich der ausgeteilten Broschüren werden referiert. Tabelle 9.6.3 verdeutlicht die Kategorien der Inhalte aus den Broschüren.

Tabelle 9.6.3: Kategorien des Inhaltsschemas: „das Wichtigste“ bezogen auf die Broschüren

Kategorienbezeichnung
Angst und Panik
Gedanken und Gefühle
Angst vor Krankheit
Bewältigung von Lebenskrisen
Bedrohung durch Krankheit
Weitere psychoedukative Inhalte

Von Bedeutung sind die Themen, die sich auf die Inhalte der Broschüren beziehen, d.h. Angst und Panik mit Bezug auf die beiden Broschüren „Inneres Angsterleben und Bewältigung“ und „Phobien und Expositionstherapie“, Gedanken und Gefühle mit Bezug zu der Broschüre „Kognitionen und Erleben“, Angst vor Krankheit mit Bezug zu der Broschüre „Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste“, Bewältigung von Lebenskrisen mit Bezug zu der Broschüre „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“, Bedrohung durch Krankheit mit Bezug zu der Broschüre „Krankheitsbewältigung“ und allgemein weitere psychoedukative Inhalte. Tabelle 12.11.1 im Anhang zeigt zur Illustration die Subkategorien dieser Dimensionen.

Von insgesamt 1793 vorliegenden Sitzungsprotokollen wurden in 6 % ($n = 104$) von den Therapeuten bibliothераpeutische Inhalte als das Wichtigste der Sitzung angegeben. Dies heißt nicht, dass sie nicht auch als Nebenthema angesprochen werden konnten. Diese entfallen bis auf zwei Nennungen ausschließlich auf die Broschüren „Inneres Angsterleben und Bewältigung“, „Phobien und Expositionstherapie“ und „Kognitionen und Erleben“ wie folgt: „Angst und Panik“ $n = 26$ (1.5 %), „Gedanken und Gefühle“ $n = 76$ (4.2 %), „Angst vor Krankheit“ $n = 1$ (0.1 %), „Bewältigung von Lebenskrisen“ $n = 1$ (0.1 %). Inhalte der Kategorie „Bedrohung durch Krankheit“ wurden nicht genannt. Tabelle 9.6.4 gibt Aufschluss über die Verteilung insgesamt und getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe.

Tabelle 9.6.4: Zuordnungen der Nennungen der Inhalte der Broschüren (Therapeuten)

Broschüre	Gesamt		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
	n	%	n	%	n	%
Inneres Angsterleben und Bewältigung und Phobien und Expositionstherapie	26	1.5	8	1	18	1.8
Kognitionen und Erleben	76	4.2	31	3.8	45	4.6
Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste	1	0.1	0	0	1	0.1
Bewältigung kritischer Lebensereignisse	1	0.1	0	0	1	0.1
Krankheitsbewältigung	0	0	0	0	0	0
Anzahl gültiger Angaben bzw. Personen	104	5.8	39	4.8	65	6.7
Sitzungsprotokolle ohne Zuordnung zu diesen Kategorien	1689	94.1	777	95.2	912	93.3
Sitzungsprotokolle insgesamt	1793	100	816	100	977	100

Betrachtet man die Angaben getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe dann fällt auf, dass bibliotherapeutische Inhalte sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe angesprochen wurden, wenn auch nicht signifikant. etwas häufiger in der Interventionsgruppe (6.7% vs. 4.8%, $\chi^2_{(.05;2,N=104)} = 2.86, p = .091$). Zur Erklärung dieses Befundes ist interessant, dass von den 104 Sitzungen, für die aus der Inhaltsanalyse ersichtlich wurde, dass Bibliothherapie-relevante Inhalte angesprochen wurden, die Therapeuten nur in 34 von 65 Sitzungen mit der Interventionsgruppe die Frage bejahten, ob sie explizit die Broschüren thematisiert haben.

Beurteilung der Therapiesitzung und der Therapeut-Patient-Beziehung

Für die nachfolgenden Berechnungen wurde für jeden Patient ein Mittelwert pro Item aus allen Visuellen Analogskalen (VAS-P, VAS-T) gebildet. Jedes Item wurde in der Art und Weise kodiert, dass 0 = negativ bis 100 = positiv. Eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) aller Items zur Beurteilung der Therapiesitzung und der Therapeut-Patient-Beziehung durch die Patienten (VAS-P) ergab zwei Hauptfaktoren, die 73% der Gesamtvarianz der Items erklären können. Der erste Faktor klärt 60 % der Gesamtvarianz auf, alle 8 Items weisen eine Ladung $\geq .642$ auf. Der zweite Faktor klärt 13% auf, nur 2 Items weisen eine Ladung $\geq .4$ auf. Nach den Empfehlungen von Guadagnoli & Velicer (1988) sind für eine Interpretation des zweiten Faktors die Voraussetzungen nicht gegeben (Tabelle 12.12.1, 12.12.2). Es wurde eine einfaktorielle Lösung gewählt und der

9 Ergebnisse

Faktor als „Beurteilung der Therapiesitzung aus Patientensicht“ interpretiert. Cronbach's α der 8 Items beträgt .902. Um eine Datenreduktion auf einen Faktor zu vermeiden, werden zusätzlich alle Items der VAS-P durch eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Bonferroni-Anpassung ausgewertet (Tabelle 9.6.5) und berichtet. Die Interventionsgruppe beurteilte die Therapiesitzungen und die Therapeut-Patient-Beziehung in der Tendenz durchgehend negativer als die Kontrollgruppe, allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant. Signifikant negativer beurteilte sie (Interventionsgruppe: $M = 64.7$, $SD = 17.5$) das „Befinden nach der Therapiesitzung“ als die Kontrollgruppe ($M = 67.6$, $SD = 15.0$), $F(1,302) = 2.8$, $p = .048$, $\eta^2 = .009$ sowie die „Entwicklung in der letzten Woche“ (Interventionsgruppe: $M = 64.7$, $SD = 17.4$) als die Kontrollgruppe ($M = 68.6$, $SD = 15.5$), $F(1,302) = 4.06$, $p = .022$, $\eta^2 = .013$.

Tabelle 9.6.5: VAS-Patient: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Therapiesitzung (Skala: 0 = negativ bis 100 = positiv)

Items	Gruppe	n	M	SD	F	P
						1- seitig
Faktor „Beurteilung	K	137	.07	.91	1.2	.14
Therapiesitzung“	I	167	-.06	1.06		
Stimmung	K	138	69.2	17.6	.91	.17
	I	168	67.5	20.1		
Angst und Unruhe	K	138	63.2	21.1	.14	.35
	I	168	64.5	20.6		
Gefühl verstanden worden zu sein	K	138	75.1	18.6	.15	.35
	I	169	74.4	17.1		
Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	138	78.7	17.3	1.4	.12
	I	168	76.6	15.4		
Wichtiges behandelt in	K	138	80.8	14.0	.24	.31
Therapiesitzung	I	169	79.9	14.5		
Fortschritte in Therapiesitzung	K	138	59.4	19.8	1.6	.11
	I	169	56.9	19.1		
Befinden nach der Therapiesitzung	K	138	67.6	15.0	2.8	.048
	I	168	64.7	17.5		
Entwicklung in der letzten Woche	K	137	68.6	15.5	4.06	.022
	I	167	64.7	17.4		

Anmerkungen. K = Kontrollgruppe, I = Interventionsgruppe, Einfaktorielle Varianzanalyse

Eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) aller Items der Beurteilung der Therapiesitzung und der Therapeut-Patient-Beziehung durch die Therapeuten (VAS-T) ergab zwei Hauptfaktoren, die 70% der Gesamtvarianz der Items erklären können. Der erste Faktor klärt 62 % der Gesamtvarianz auf, alle 12 Items weisen eine Ladung $\geq .649$ auf. Der zweite Faktor klärt 8.4% auf, nur 2 Items weisen eine Ladung $\geq .4$ auf. Nach den Empfehlungen von Guadagnoli & Velicer (1988) sind für eine Interpretation des zweiten Faktors die Voraussetzungen nicht gegeben (Tabelle 12.13.1 und 12.13.2). Daher wurde eine einfaktorielle Lösung gewählt und der Faktor als „Beurteilung der Therapiesitzung aus Therapeutensicht“ interpretiert. Cronbach's α der 12 Items beträgt .882. Um eine Datenreduktion auf einen Faktor jedoch zu vermeiden, werden zusätzlich alle Items der VAS-T durch eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Bonferroni-Anpassung ausgewertet..

Die Therapeuten bewerteten die Therapiesitzung und die Therapeut-Patient-Beziehung mit der Interventionsgruppe in der Tendenz durchgehend negativer als die mit der Kontrollgruppe (Tabelle 9.6.6), allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant.

Unterdurchschnittlich und signifikant schlechter beurteilten die Therapeuten die „Therapiesitzung“ mit der Interventionsgruppe (Faktorwert „Beurteilung der Therapiesitzung“ $M = -.09$, $SD = .93$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($M = .11$, $SD = 1.07$), $F(1,313) = .309$, $p = .04$, $\eta^2 = .01$ und „das therapeutische Vorgehen“ (Interventionsgruppe: $M = 73.1$, $SD = 16.1$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($M = 76.3$, $SD = 15.1$), $F(1,313) = 3.3$, $p = .035$, $\eta^2 = .01$ (Tabelle 9.6.6).

Tabelle 9.6.6: VAS - Therapeut: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Therapiesitzung (Skala: 0 = negativ bis 100 = positiv)

Items	Gruppe	n	M	SD	F	P 1-seitig																																																																																																																						
Faktor „Beurteilung Therapiesitzung“	K	140	.11	1.07	.309	.04																																																																																																																						
	I	175	-.09	.93			Stimmung des Pat.	K	141	67.2	14.5	.169	.34	I	175	66.4	15.9	Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	K	141	76.3	15.1	3.3	.035	I	175	73.1	16.1	Für Pat. Wichtiges behandelt	K	141	81.8	13.1	2.6	.06	I	175	79.5	12.6	War Patient sympathisch	K	141	79.0	15.2	2.5	.06	I	175	76.3	16.0	Therapieziel	K	140	72.6	15.9	.93	.16	I	175	70.9	16.1	Befinden des Pat. (Angst)	K	141	65.5	17.8	.004	.47	I	175	65.2	18.7	Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11	I	175	69.4	16.1	Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I
Stimmung des Pat.	K	141	67.2	14.5	.169	.34																																																																																																																						
	I	175	66.4	15.9			Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	K	141	76.3	15.1	3.3	.035	I	175	73.1	16.1	Für Pat. Wichtiges behandelt	K	141	81.8	13.1	2.6	.06	I	175	79.5	12.6	War Patient sympathisch	K	141	79.0	15.2	2.5	.06	I	175	76.3	16.0	Therapieziel	K	140	72.6	15.9	.93	.16	I	175	70.9	16.1	Befinden des Pat. (Angst)	K	141	65.5	17.8	.004	.47	I	175	65.2	18.7	Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11	I	175	69.4	16.1	Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8								
Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	K	141	76.3	15.1	3.3	.035																																																																																																																						
	I	175	73.1	16.1			Für Pat. Wichtiges behandelt	K	141	81.8	13.1	2.6	.06	I	175	79.5	12.6	War Patient sympathisch	K	141	79.0	15.2	2.5	.06	I	175	76.3	16.0	Therapieziel	K	140	72.6	15.9	.93	.16	I	175	70.9	16.1	Befinden des Pat. (Angst)	K	141	65.5	17.8	.004	.47	I	175	65.2	18.7	Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11	I	175	69.4	16.1	Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																			
Für Pat. Wichtiges behandelt	K	141	81.8	13.1	2.6	.06																																																																																																																						
	I	175	79.5	12.6			War Patient sympathisch	K	141	79.0	15.2	2.5	.06	I	175	76.3	16.0	Therapieziel	K	140	72.6	15.9	.93	.16	I	175	70.9	16.1	Befinden des Pat. (Angst)	K	141	65.5	17.8	.004	.47	I	175	65.2	18.7	Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11	I	175	69.4	16.1	Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																														
War Patient sympathisch	K	141	79.0	15.2	2.5	.06																																																																																																																						
	I	175	76.3	16.0			Therapieziel	K	140	72.6	15.9	.93	.16	I	175	70.9	16.1	Befinden des Pat. (Angst)	K	141	65.5	17.8	.004	.47	I	175	65.2	18.7	Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11	I	175	69.4	16.1	Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																																									
Therapieziel	K	140	72.6	15.9	.93	.16																																																																																																																						
	I	175	70.9	16.1			Befinden des Pat. (Angst)	K	141	65.5	17.8	.004	.47	I	175	65.2	18.7	Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11	I	175	69.4	16.1	Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																																																				
Befinden des Pat. (Angst)	K	141	65.5	17.8	.004	.47																																																																																																																						
	I	175	65.2	18.7			Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11	I	175	69.4	16.1	Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																																																															
Verständnis für Pat.	K	141	71.9	16.2	1.6	.11																																																																																																																						
	I	175	69.4	16.1			Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22	I	175	62.4	17.8	Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																																																																										
Fortschritte des Patienten	K	141	63.9	16.1	.6	.22																																																																																																																						
	I	175	62.4	17.8			Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07	I	175	78.9	14.0	Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																																																																																					
Kooperation	K	141	81.2	13.5	2.1	.07																																																																																																																						
	I	175	78.9	14.0			Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23	I	175	73.1	15.8	Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																																																																																																
Struktur der Therapiesitzung	K	141	74.6	15.8	.54	.23																																																																																																																						
	I	175	73.1	15.8			Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28	I	175	65.8	18.8																																																																																																											
Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	141	66.8	20.9	.32	.28																																																																																																																						
	I	175	65.8	18.8																																																																																																																								

Anmerkungen. K = Kontrollgruppe, I = Interventionsgruppe, Einfaktorielle Varianzanalyse

Die Hypothese 3 a und 3 b: *Das Lesen mind. einer Broschüre unterstützt aus der Sicht des Therapeuten die Therapeut-Patient-Beziehung und den Therapieprozess positiv und*

das Lesen mind. einer Broschüre unterstützt aus der Sicht des Patienten die Therapeut-Patient-Beziehung und den Therapieprozess positiv, können nicht angenommen werden.

9.7 Hypothese 4: Einfluss der Bibliotherapie auf das Behandlungsergebnis

Selbstbeurteilung des eigenen Befindens (SCL-90-R) und Reha-verweildauer

In der Selbstbeurteilung des eigenen Befindens mittels SCL-90 verbesserten sich im Reha-Verlauf sowohl für die Kontroll- als auch die Interventionsgruppe die 3 Kennwerte der Symptom-Checkliste signifikant und bedeutsam: Global Severity Index ($F(1) = 364, p < .001, \eta^2 = .50$),

Positive Symptom Stress Index ($F(1) = 314, p < .001, \eta^2 = .46$) und Positive Symptom Total ($F(1) = 33, p < .001, \eta^2 = .48$). Jedoch hatte das Lesen mindestens einer Broschüre keinen zusätzlichen Effekt auf die Maße des SCL-90-R (Tabelle 9.7.1). Die Bibliothherapiegruppe unterschied sich nicht signifikant von der Kontrollgruppe am Ende des Reha-Aufenthaltes (GSI: $F(1, 367) = 0.13$; PSDI: $F(1, 367) = 0.40$; PST: $F(1,367) = 0.00$, alle $p's > .05$). Auch die Reha-Verweildauer wurde durch das Lesen mindestens einer Broschüre nicht verändert ($t(375) = 1.48, p > .05$).

Tabelle 9.7.1: SCL-90-R: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die drei Kennwerte (Skala von 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark) und die Reha-Verweildauer

Selbsteinschätzung der subjektiv empfundenen Belastung	Interventions- gruppe n = 193		Kontroll- gruppe n = 176		ANOVA mit MW: Haupteffekt Zeit		Interaktion Zeit*Gruppe		Paarweise Vergleiche von K u. I		
	M	SD	M	SD	F	P	F	P	F	P	P
						2-seitig		2-seitig		2-seitig	1-seitig
	t-Test										
Reha-Ver- weildauer ¹	M	SD	M	SD	T			P	1-seitig		
GSI											
Prä	1.20	0.69	1.22	0.64					0.15	.70	
Post	0.74	0.63	0.71	0.61	364.0	< .001	1.0	.32	0.13		.36
PSDI											
Prä	1.91	0.57	1.91	0.54					0.03	.87	
Post	1.51	0.53	1.48	0.50	313.9	< .001	.85	.36	0.40		.27
PST											
Prä	52.5	18.9	54.3	17.8					0.86	.36	
Post	38.5	22.1	38.5	22.3	336.4	< .001	1.4	.25	0.00		.50
	42.6	9.46	41.2	9.10							

Anmerkungen. ¹Reha-Verweildauer in Tagen, K = Kontrollgruppe, I = Interventionsgruppe

Die Beeinträchtigungsschwere (BSS)

Zu Beginn des Klinikaufenthaltes schätzten die Therapeuten mittels BSS „die Schwere der psychischen Störung“ (GesamtBSS) als eine „deutliche Störung mit Krankheitswert“ ein. In der Beurteilung unterschied die Interventionsgruppe sich nicht von der Kontrollgruppe (Gesamt BSS $F(1,372) = .08$, BSS körperlich $F(1,372) = .002$, BSS sozialkommunikativ $F(1,372) = .15$, BSS psychisch $F(1,372) = .06$, alle $p's > .05$). Im Profil wurde die körperliche und sozialkommunikative

Beeinträchtigung als „geringfügig“ eingeschätzt. Eine Symptommanifestation war vorhanden ohne nennenswerte Beeinträchtigung des Individuums. Die Beeinträchtigung im psychischen Bereich beurteilten sie als „deutlich“. Die Symptomatik als unübersehbar vorhanden, die zu einer merklichen Beeinträchtigung des Individuums führte (Tabelle 9.7.2). Im Verlauf des Reha-Aufenthaltes verbesserte sich die Schwere der „psychischen Störung“ signifikant (GesamtBSS $F(1,372) = 804$, $p < .001$, $\eta^2 = .68$, BSS körperlich $F(1,372) = 224$, $p < .001$, $\eta^2 = .376$, BSS sozialkommunikativ $F(1,372) = 296$ $p < .001$, $\eta^2 = .44$, BSS psychisch $F(1,372) = 781$, $p < .001$, $\eta^2 = .678$). Zur Zeit der Entlassung entsprach der GesamtBSS bei beiden Gruppen nur noch einer „leichteren Störung“ bzw. einer geringfügigen Beeinträchtigung sowohl im körperlichen, psychischen als auch im sozialkommunikativen Bereich. Der GesamtBSS liegt zur Zeit der Entlassung bei beiden Gruppen deutlich unterhalb eines Summenwertes ≥ 5 , dem Cut-off Point nach Schepank (1995). Jedoch hatte das Lesen mindestens einer Broschüre keinen zusätzlichen Effekt auf die Maße des BSS. Broschürenleser unterschieden sich nicht signifikant von Nichtbroschürenlesern am Ende des Reha-Aufenthaltes (GesamtBSS $F(1,372) = 39$, BSS körperlich $F(1,372) = .04$, BSS sozialkommunikativ $F(1,372) = .79$, BSS psychisch $F(1,372) = .14$, alle p 's $> .05$; Tabelle 9.7.2).

Tabelle 9.7.2: BSS: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Beeinträchtigungsschwere (Skala: 1 = geringfügig bis 4 = extrem)

Beeinträchtigungsschwere	Kontrollgruppe			Interventionsgruppe			ANOVA mit MW Haupteffekt Zeit		Paarweise Vergleiche von K u. I		
	n	M	SD	n	M	SD	F	p 2-seitig	F	p 2-seitig	p 1-seitig
körperlich											
Prä	180	1.43	.77	195	1.42	.82			.002	.96	
Post	180	.96	.72	195	.97	.68	224	< .001	.04		.42
psychisch											
Prä	179	2.22	.66	195	2.24	.73			.06	.80	
Post	180	1.29	.70	195	1.31	.73	781	< .001	.14		.35
sozialkommunikativ											
Prä	180	1.55	.89	195	1.58	.93			.15	.70	
Post	180	1.0	.77	195	1.07	.79	296	< .001	.79		.18
Gesamt											
Prä	179	5.18	1.70	195	5.24	1.89			.08	.79	
Post	180	3.25	1.77	195	3.35	1.73	804	< .001	.39		.26

Die Therapeuten beurteilten die Leistungsfähigkeit zum Behandlungsende bei beiden Gruppen als „leicht beeinträchtigt“ (Tabelle 9.7.3).

Tabelle 9.7.3: BSS: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit zum Behandlungsende (Skala: 10 = anhaltende Unfähigkeit - 90= gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten)

	Gruppe	N	M	SD	F df=1	p 1-seitig
Leistungsfähigkeit zum Behandlungsende	K	180	72.0	14.31	.62	.22
	I	195	71.0	14.17		

Anmerkungen. K = Kontrollgruppe, I = Interventionsgruppe

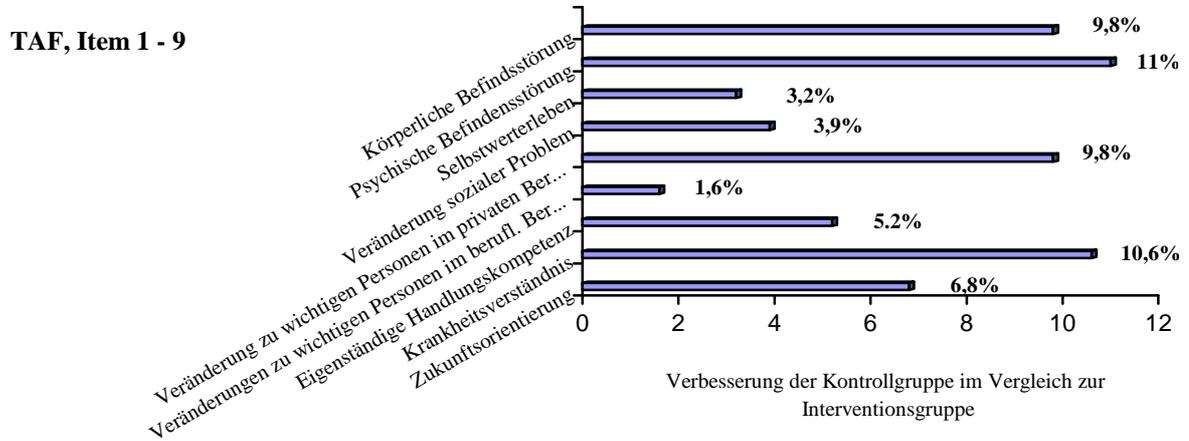
Das Broschürenlesen hatte auf die Einschätzung der Krankheitsschwere und der Leistungsfähigkeit durch die Therapeuten zum Behandlungsende keinen Einfluss.

Die Therapeutenabschlussbewertung (TAF)

Die Therapeuten beurteilten zum Ende des stationären Aufenthaltes die Veränderung von Befindensstörungen und Problembereichen, die sich während des Klinikaufenthaltes ergeben haben sowohl bei der Interventionsgruppe als auch bei der Kontrollgruppe mit der Therapeutenabschlussbewertung. Eine Übersicht über alle Antworten auf die erfragten Items 1-9 gibt Tabelle 12.14.1 im Anhang. Die darin erwähnten prozentualen Angaben beziehen sich jeweils auf die Antwortenden pro Item.

Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Veränderungsbeurteilung der Interventions- und Kontrollgruppe durch die Therapeuten wurden die Bewertungen „deutlich/sehr viel besser/vollständig gebessert“ der Veränderung zusammengefasst und ein Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) für jedes Item gebildet. Abbildung 9.7.1. stellt den Differenzwert der prozentualen Häufigkeit dieser Skalenzusammenfassung dar. Auffallend ist, dass die Kontrollgruppe nach Einschätzung der Therapeuten sich in allen Bereichen mehr verändert hat als die Interventionsgruppe.

Abbildung 9.7.1: Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) der prozentualen Häufigkeit der Antwortenden bezüglich der Verbesserung des Befindens (Zusammenfassung der Skalen „deutlich/sehr viel besser/vollständig gebessert“)



Mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse wird der Einfluss der Bibliotherapie auf die Beurteilungen der Veränderungen durch die Therapeuten in Tabelle 9.7.4 dargestellt. Antworten, bei denen in den betreffenden Bereichen kein Problem bestand, wurden in die Auswertung nicht miteinbezogen. Auffallend ist, dass die Interventionsgruppe nach Einschätzung der Therapeuten sich in allen Bereichen (Item 1-9) weniger verändert hatte als die Kontrollgruppe. Signifikant in folgenden 5 Bereichen: der körperlichen Befindensstörung (Item 1), $F(1,337) = 3.67$, $p = .03$, $\eta^2 = .01$; der psychischen Befindensstörung (Item 2), $F(1,372) = 3.37$, $p = .03$, $\eta^2 = .009$; der Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich (Item 5), $F(1,265) = 3.42$, $p = .03$, $\eta^2 = 0.1$; Krankheitsverständnis (Item 8), $F(1,364) = 2.9$, $p = .04$, $\eta^2 = .008$ und Zukunftsorientierung (Item 9), $F(1,355) = 3.81$, $p = .03$, $\eta^2 = .01$ (Tabelle 9.7.4).

Tabelle 9.7.4: TAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Therapeutenabschlussbewertung, Item 1-9; Skala: 1 = unverändert/schlechter bis 5 = vollständig gebessert

Therapeutenabschlussbewertung	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe			p	
	n	M	SD	N	M	SD	F	1-seitig
1. Körperliche Befindensstörung	173	2.21	.71	166	2.36	.71	3.67	.029
2. Psychische Befindensstörung	194	2.58	.80	180	2.74	.84	3.37	.03
3.Selbstwerterleben	163	2.47	.81	147	2.52	.72	.34	.27
Aussicht auf Veränderung:								
4. sozialer Probleme	154	2.20	.84	138	2.33	.81	1.65	.10
5. im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	130	2.15	.69	137	2.31	.72	3.42	.033
6. im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	146	2.06	.82	127	2.13	.88	.49	.24
7. Eigenständige Handlungskompetenz	175	2.34	.75	165	2.41	.71	.90	.17
8.Krankheitsverständnis	190	2.68	.80	176	2.84	.89	2.90	.04
9. Zukunftsorientierung	185	2.36	.81	172	2.53	.80	3.81	.026

Anmerkungen. · Einfaktorielle Varianzanalyse

Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zum Behandlungsende (TAF)

67.5 % der Interventionsgruppe und 70.6 % der Kontrollgruppe wurden von den Therapeuten in der Therapeutenabschlussbewertung zum Behandlungsende als arbeitsfähig eingestuft. Damit unterschieden sich beide Gruppen signifikant voneinander, $\chi^2_{(0.5;3,N=371)} = 4.87$, $p = .04$, Cramer's $V = .1$, (Tabelle 9.7.5). Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Tabelle 9.7.5: TAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Item 10 und 11 (Skala: 0 = Nein bis 2 = Ja)

Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	Gruppe	Nein		mit Einschränkung		Ja	χ^2 (df=2)	p 1-seitig
		n	%	n	%			
10.Arbeitsfähigkeit	K	177	19.8	9.6	9.6	70.6	4.87	.04
	I	194	15.5	17	8.7	67.5		
11.Erwerbsfähigkeit	K	177	8.5	8.5	8.5	83.1	1.60	.22
	I	194	7.2	12.4	12.4	80.4		

In der Beurteilung des Reha-Erfolges (Items 12 und Item 13) schätzten die Therapeuten die Erreichung des Behandlungszieles in der Interventionsgruppe signifikant geringer ein als in der Kontrollgruppe, $F(1,373) = 5.6, p = .009, \eta^2 = .01$ (Tabelle 9.7.6).

Tabelle 9.7.6: TAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf die Beurteilung des Reha-Erfolges, Item 12 und 13 (Skala: 0 = wurde nicht erreicht bis 10 = voll erreicht)

Beurteilung des Rehaerfolgs	Gruppe	n	M	SD	F	P 1- seitig
Wurde insgesamt das Behandlungsziel erreicht,						
12. mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist?	K	180	7.08	1.8	5.63	.009
	I	195	6.61	1.9		
13. mit dem aus therapeutischer Sicht die Behandlung aufgenommen wurde?	K	180	7.14	1.7	5.67	.009
	I	195	6.69	1.9		

Anmerkungen. Einfaktorielle Varianzanalyse

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Patienten, die Broschüren erhalten hatten, in nahezu allen differenzierten Abschlussurteilen der Therapeuten signifikant schlechter abschneiden als die Kontrollgruppe, die keine Bibliothherapie erhalten hat.

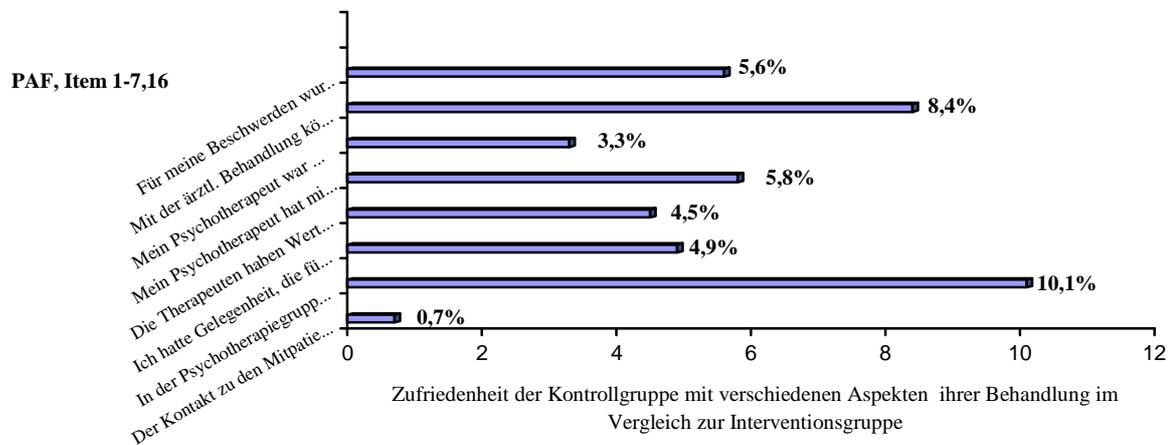
Der Patientenabschlussfragebogen (PAF)

Mit Hilfe des Patientenabschlussfragebogens (PAF) wurde erfasst, inwieweit sich aus Sicht der Patienten körperliche und psychische Befindensstörungen, das Selbstwerterleben, das Krankheitsverständnis und die Zukunftsorientierung etc. verändert haben bzw. wie die Patienten verschiedene Aspekte der Behandlung beurteilen, die sie in der Klinik erhalten hatten. Eine Übersicht über alle Antworten auf die erfragten und für die Studie relevanten Items gibt Tabelle 12.15.1 und 12.15.2. Die darin erwähnten prozentualen Angaben beziehen sich jeweils auf die Antwortenden pro Item. Antworten, bei denen in den betreffenden Bereichen kein Problem bestand, wurden in die weitere Auswertung nicht miteinbezogen.

Zur besseren Veranschaulichung wurden die Beurteilungen „stimme zu bzw. stimme voll zu“ zusammengefasst und ein Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) der prozentualen Häufigkeit der Antwortenden für jedes Item gebildet. Abbildung 9.7.2 verdeutlicht die auffallend bessere Beurteilung bezüglich verschiedener Aspekte des Reha-Aufenthaltes der Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe.

9 Ergebnisse

Abbildung 9.7.2: Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) der prozentualen Häufigkeit der Antwortenden bezüglich verschiedener Aspekte ihres Aufenthaltes (Zusammenfassung der Skalen „stimme zu/stimme voll zu“)



Der Vergleich aller Antworten durch eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab, dass die Interventionsgruppe die Items 1- 6 und 16 negativer beantwortete als die Kontrollgruppe (Tabelle 9.7.7), der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Tabelle 9.7.7: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Beurteilung verschiedener Aspekte des Reha-Aufenthaltes (Item 1-7, 16; Skala: 1= stimme nicht zu bis 5= stimme voll zu)

Beurteilung verschiedener Aspekte des Reha-Aufenthaltes	Gruppe	n	M	SD	F	P 1seitig
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	178	3.81	1.19	1.08	.15
	I	191	3.69	1.19		
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	K	172	3.70	1.08	.45 ¹	.25
	I	188	3.62	1.20		
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	K	178	4.29	.99	.063	.40
	I	192	4.26	.99		
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	K	178	4.35	.89	1.13	.14
	I	193	4.25	1.00		
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	K	178	3.84	1.08	.026	.43
	I	193	3.82	1.10		
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	K	177	3.76	1.11	.86	.17
	I	193	3.65	1.14		
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	K	176	3.68	1.19	4.13	.021
	I	190	3.43	1.20		
16. Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich	K	177	4.24	.98	.24	.31
	I	193	4.28	.88		

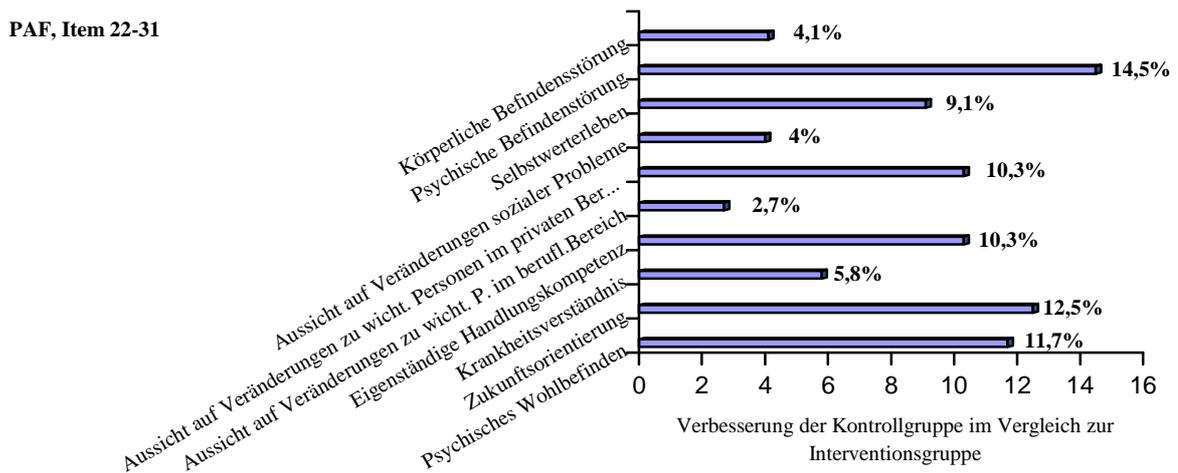
Anmerkungen ¹Keine Gleichheit der Fehlervarianzen, Einfaktorielle Varianzanalyse

Dem Item „In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet“ (Item 7)

9 Ergebnisse

stimmte die Interventionsgruppe weitgehend zu ($M = 3.43$, $SD = 1.2$). Jedoch im Vergleich mit der Kontrollgruppe ($M = 3.68$, $SD = 1.19$) waren es für sie signifikant weniger wichtige Themen, $F(1,364) = 4.13$, $p = .021$, $\eta^2 = .011$, (Tabelle 9.7.7). Die Interventionsgruppe beurteilte die Veränderungen, die sich in verschiedenen Bereichen (Item 22 bis 31) während des Klinikaufenthaltes ergeben hatten, tendenziell geringer als die Kontrollgruppe. Ein Differenzwert der prozentualen Häufigkeit der Beurteilung der Veränderung (Zusammenfassung der Skalen „deutlich besser / sehr viel besser“) wurde gebildet und veranschaulicht die auffallend bessere Beurteilung der Veränderungen der Kontrollgruppe (Abbildung 9.7.3).

Abbildung 9.7.3: Differenzwert (Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe) der prozentualen Häufigkeit der Antwortenden bezüglich der Besserung des eigenen Befindens (Zusammenfassung der Skalen „deutlich besser / sehr viel besser“)



Signifikant schlechter bewertete die Interventionsgruppe die Veränderung in folgenden 6 Bereichen: im Selbstwörterleben (Item 24), $F(1,334) = 2.7$, $p = .05$, $\eta^2 = .008$; im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich (Item 26), $F(1,263) = 5.08$, $p = .01$, $\eta^2 = .02$; in der eigenständigen Handlungskompetenz (Item 28), $F(1,291) = 3.57$, $p = .03$, $\eta^2 = .012$; im Krankheitsverständnis (Item 29), $F(1,345) = 4.32$, $p = .01$, $\eta^2 = .012$; der Zukunftsorientierung (Item

30); $F(1,339) = 4.78$, $p = .01$, $\eta^2 = .014$ und im psychischen Wohlbefinden (Item 31), $F(1,357) = 4.10$, $p = .02$, $\eta^2 = .01$ (Tabelle 9.7.8).

Tabelle 9.7.8: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Selbstbeurteilung der Veränderungen (Item 22-31; Skala: 1 = verschlechtert bis 5 = sehr viel gebessert)

Selbstbeurteilung der Veränderungen	Gruppe	n	M	SD	F	P
						1-seitig
22.Körperliche Befindensstörung	K	172	3.16	0.90	.81	.18
	I	186	3.06	1.02		
23. Psychische Befindensstörung	K	175	3.35	0.97	1.14	.14
	I	188	3.24	0.98		
24.Selbstwernerleben	K	165	3.30	0.91	2.73	.05
	I	171	3.13	0.95		
Aussicht auf Veränderungen.....						
25....sozialer Probleme	K	178	3.34	1.19	1.26	.13
	I	194	3.20	1.24		
26.... im V. zu wichtigen Pers. im privaten Bereich	K	134	3.26	0.89	5.08	.01
	I	131	3.00	0.99		
27.... im Verhältnis zu wichtigen Pers. im beruflichen Bereich	K	121	2.77	0.90	.66	.20
	I	127	2.68	0.86		
28. Eigenständige Handlungskompetenz	K	140	3.19	0.93	3.57 ¹	.03
	I	153	2.99	0.80		
29.Krankheitsverständnis	K	167	3.70	0.92	4.32	.01
	I	180	3.49	0.91		
30. Zukunftsorientierung	K	165	3.26	0.96	4.78	.01
	I	176	3.03	0.94		
31. Psychisches Wohlbefinden	K	174	3.34	1.01	4.10	.02
	I	185	3.13	0.94		

Anmerkungen ¹Keine Gleichheit der Fehlervarianzen, Einfaktorielle Varianzanalyse

In der Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit (Item 32) und Erwerbsfähigkeit (Item 33) unterschied die Interventionsgruppe sich nicht signifikant von der Kontrollgruppe (Tabelle 9.7.9). 36% bzw. 57% der Interventionsgruppe (39% bzw. 55% Kontrollgruppe) halten sich für fähig, ihre letzte berufliche Tätigkeit wieder zu verrichten bzw. irgendeine berufliche Tätigkeit auszuüben.

Tabelle 9.7.9: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (Items 32, 33; Skala: 0 = Nein, 1 = mit Einschränkung, 2 = ja)

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit	Gruppe	n	Nein		Mit Ein-schränkung		Ja		χ^2 -Test p 1-seitig
			%	(n)	%	(n)	%	(n)	
32. Arbeitsfähigkeit: Halten Sie sich für fähig, jetzt Ihre letzte berufliche Tätigkeit weiter/wieder zu verrichten?	K	178	31.5	(56)	29.2	(52)	39.3	(70)	.28
	I	194	36.6	(71)	27.8	(54)	35.6	(69)	
33. Erwerbsfähigkeit: Halten Sie sich für fähig irgendeine berufliche Tätigkeit auszuüben?	K	178	19.1	(34)	25.8	(46)	55.1	(98)	.44
	I	194	17.5	(34)	25.3	(49)	57.2	(111)	

„Inwieweit haben Sie das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind“ (Item 34) beantwortete die Interventionsgruppe ($M = 5.50$, $SD = 2.7$) signifikant negativer als die Kontrollgruppe ($M = 5.98$, $SD = 2.4$), $F(1,370) = 3.2$, $p = .03$, $\eta^2 = .01$. Der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt hatte ihr auch signifikant schlechter gefallen (Item 36, $M = 7.16$, $SD = 2.3$) als der Kontrollgruppe ($M = 7.65$, $SD = 2.1$), $F(1,370) = 4.4$, $p = .01$, $\eta^2 = .012$. Tabelle 9.7.10 berichtet die Ergebnisse.

Tabelle 9.7.10: PAF: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf die Beurteilung des Reha-Erfolges (Items 34.35.36; Skala: 0 bis 10)

Beurteilung des Reha-Erfolgs	Gruppe	n	M	SD	F	p	1-seitig
	I	194	5.50	2.70			
35. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ²	K	178	7.11	2.51	1.4	.11	
	I	194	6.79	2.58			
36. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ³	K	178	7.65	2.11	4.4	.01	
	I	194	7.16	2.30			

Anmerkungen. ¹ Skala: 0 = ich habe nichts erreicht - 10 = voll erreicht, ² Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt, ³ Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen, Einfaktorielle Varianzanalyse

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Gruppe der Patienten, die bibliothераpeutische Informationen erhalten hat, sowohl die Veränderungen, die sich in verschiedenen Bereichen ergeben hatten, als auch den Reha-Aufenthalt und das Reha-Ergebnis aus ihrer Sicht überwiegend schlechter beurteilten als die Patienten, die keine Broschüren erhalten hatten.

Coping (Brief-COPE)

Zum Behandlungsende wurde der Brief - COPE von der Kontroll- ($n = 176$) und der Interventionsgruppe ($n = 189$) erneut ausgefüllt (Tabelle 9.7.11). Im Vergleich zum Behandlungsbeginn findet sich am Ende des Reha-Aufenthaltes eine signifikante Zunahme problemorientierten Copings (Cope prä Tabelle 9.5.1.), $F(1,363) = 22.46$, $p < .001$, $\eta^2 = .058$, während das Lesen mindestens einer Broschüre keinen Einfluss hat, $F(1,363) = 1.80$, $p > .05$. Aktives emotionales Coping nimmt signifikant zu, $F(1,363) = 44.14$, $p < .001$, $\eta^2 = .11$; während das Lesen mindestens einer Broschüre keinen Einfluss hat, $F(1,363) = .78$, $p > .05$. Vermeidendes emotionales Coping nimmt zum Ende des Reha-Aufenthaltes signifikant ab, $F(1,363) = 44.14$, $p < .001$, $\eta^2 = .11$; während das Broschürenlesen keinen weiteren Einfluss auf die Abnahme vermeidenden emotionalen Copings hat, $F(1,363) = .78$, $p > .05$, (Tabelle 9.7.11).

In den situativen Bewältigungsverhalten zum Behandlungsende unterschied sich signifikant die Interventionsgruppe von der Kontrollgruppe in der Subskala „Religion“. Die Interventionsgruppe, die mindestens eine Broschüre gelesen hatte, benutzte signifikant weniger “Religion” ($M = 1.56$, $SD = .79$) als situative Bewältigungsstrategie als die Kontrollgruppe ($M = 1.70$, $SD = .87$), $F(1,363) = 3.2$, $p = .035$, $\eta^2 = .009$, (Tabelle 9.7.11).

Tabelle 9.7.11: Brief-COPE: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf das situative Bewältigungsverhalten (Skala: 1 = überhaupt nicht bis 4 = sehr)

BRIEF-COPE Subskala	Cronbach's α	Interventions gruppe n = 189		Kontroll gruppe n = 176		Quelle der Variation	F	p 1-seitig	p 2-seitig
		M	SD	M	SD				
Problemorientiertes Coping	.76	2.50	.53	2.60	.50	Gruppe	1.80	.09	
						Zeit	22.5		<.001
						G*Z	.62		.43
Aktives emotionales Coping	.73	2.16	.46	2.21	.46	Gruppe	.78	.35	
						Zeit	44.1		<.001
						G*Z	1.49		.22
Vermeidendes emotionales Coping	.61	2.35	.41	2.41	.38	Gruppe	.78	.19	
						Zeit	44.1		<.001
						G*Z	1.49		.22
1. Aktives Bewältigen	.78	2.97	.75	3.08	.71	Gruppe	.20	.33	
						Zeit	90.0		<.001
						G*Z	2.83		.09
2. Planen	.56	2.99	.69	3.01	.66	Gruppe	.27	.30	
						Zeit	9.88		.002
						G*Z	.31		.57
3. Positives Umdeuten	.78	2.33	.80	2.40	.83	Gruppe	.02	.45	
						Zeit	44.5		<.001
						G*Z	1.86		.17
4. Akzeptieren	.61	1.16	.42	1.17	.42	Gruppe	.08	.39	
						Zeit	51.4		<.001
						G*Z	.81		.366
5. Humor	.75	1.59	.67	1.63	.67	Gruppe	.02	.45	
						Zeit	33.9		<.001
						G*Z	1.37		.24
6. Religion	.81	1.56	.79	1.70	.87	Gruppe	3.20	.035	
						Zeit	2.74		.10
						G*Z	.16		.68
7. Emotionale Unterstützung	.75	2.61	.87	2.63	.79	Gruppe	.43	.26	
						Zeit	.14		.70
						G*Z	.32		.57
8. Instrumentelle	.82	2.52	.82	2.62	.84	Gruppe	.56	.23	

9 Ergebnisse

BRIEF-COPE Subskala	Cronbach's α	Interventions gruppe n = 189		Kontroll gruppe n = 176		Quelle der Variation	F	p 1-seitig	p 2-seitig
		M	SD	M	SD				
Unterstützung						Zeit	.00		.96
						G*Z	.84		.36
9. Ablenkung	.62	2.62	.73	2.66	.64	Gruppe	.76	.19	
						Zeit	6.01		.02
10. Verleugnung	.55	1.61	.71	1.66	.78	Gruppe	.27	.30	
						Zeit	82.3		<.001
11. Gefühls- ausbruch	.55	2.10	.71	2.13	.68	Gruppe	.007	.46 ¹	
						Zeit	.01		.92
12. Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	.89	1.14	.40	1.13	.44	Gruppe	.009	.46	
						Zeit	75.7		<.001
13. Resignation	.22	1.69	.55	1.67	.56	Gruppe	.07	.39	
						Zeit	11.5		<.001
Item 6: „Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen“		1.39	.65	1.48	.72	Gruppe	.99	.16	
						Zeit	1.49		.22
Item 16: „Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen“ (umkodiert)		1.99	.79	1.86	.70	Gruppe	2.8	.10	
						Zeit	13.1		<.001
14. Selbstbeschuldigung	.78	2.02	.89	1.99	.80	Gruppe	.56	.23	
						Zeit	84.4		<.001
						G*Z	.60		.44

Anmerkungen ¹ Keine Gleichheit der Fehlervarianzen gegeben, Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

Die Hypothese 4: *Bibliotherapie wirkt sich therapieunterstützend aus. Patienten, die zusätzlich zur Therapie mind. eine Broschüre erhalten haben, zeigen ein besseres Behandlungsergebnis* kann nicht angenommen werden.

9.8 Weitere Einflussfaktoren auf das Krankheitswissen

Ein mittlerer Wissenswert über alle beantworteten Fragebögen wurde für die Interventions- und Kontrollgruppe pro Person gebildet. Eine Multiple Regression wurde durchgeführt, um die Beziehungen zwischen den Prädiktoren Bildungsgrad, Geschlecht, Art der Diagnose und Gruppenzugehörigkeit (Interventions- vs. Kontrollgruppe) und dem mittleren Wissenswert als Kriteriumsvariable zu analysieren. Bei der Analyse welchen Einfluss die Art der Diagnose auf das Wissen hat, werden ausschließlich Personen mit nur einer F-Diagnose analysiert. Alle ausgewählten unabhängigen Variablen wurden gleichzeitig in die Analyse einbezogen.

28% der Varianz des mittleren Wissenswerts werden durch die Prädiktoren aufgeklärt, signifikant durch die Gruppenzugehörigkeit, das Geschlecht und den Bildungsgrad (Tabelle 9.8.1).

Tabelle 9.8.1: Multiple Regression des Einflusses auf das durchschnittliche Wissen

	Nicht standardisierte		Standardisierte		
	Koeffizienten		Koeffizienten		
	B	Standardfehler	Beta	T	p
(Konstante)	4.40	.92		4.77	< .001
Gruppenzugehörigkeit	1.73	.23	.47	7.42	< .001
Geschlecht	.76	.26	.19	2.94	.004
Bildungsgrad	.33	.14	.15	2.31	.022
Art der Diagnose (bei Pat. mit nur einer Diagnose)	.02	.15	.01	.16	.871

Anmerkungen. $R^2 = .28$; $F(179,4) = 17,15$, $p < .001$; Einflussvariablen im Modell: Gruppenzugehörigkeit zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe, Geschlecht und Bildungsgrad (10-12 Jahre, Abitur, Universität); Kriteriumsvariable: durchschnittlicher Wissenswert aller Wissensfragebögen pro Person

Geschlecht

Ein Vergleich des Krankheitswissens – durch einen Mittelwert aller beantworteter Wissensfragebögen pro Person - in Abhängigkeit vom Geschlecht zeigt (Tabelle 9.8.2), dass die Männer der Interventionsgruppe signifikant mehr wussten als die der Kontrollgruppe ($r = .20$), es gab jedoch keinen Unterschied bei den Frauen ($r = .09$).

Tabelle 9.8.2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf das mittlere Krankheitswissen in Abhängigkeit vom Geschlecht (Skala: 0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst)

Wissensfragebogen	Gruppe	n	M	SD	T	df	P 1-seitig
Weiblich	K	112	5.25	3.49	1.55	250	.064
	I	140	6.01	4.23			
männlich	K	66	4.28	3.33	2.34	119	.010
	I	55	5.85	4.01			

Anmerkungen. K = Kontrollgruppe, I = Interventionsgruppe, T-Test für unabhängige Stichproben

Bildungsniveau

Ein Vergleich des Krankheitswissens - durch einen Mittelwert aller beantworteter Wissensfragebögen pro Person - in Abhängigkeit der Bildungshöhe zeigt (Tabelle 9.8.3), dass die Broschürenleser mit einer abgeschlossenen 10-12 jährigen Schulausbildung signifikant mehr wussten als die Nichtleser ($r = .17$), es gab jedoch keinen Unterschied bei den Abiturienten ($r = .01$) und denjenigen mit Universitätsabschluss ($r = .09$).

Tabelle 9.8.3: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie auf das mittlere Krankheitswissen in Abhängigkeit von der Bildung (Skala: 0 = kein Wissen bis 10 = alles gewusst)

Wissensfragebogen	Gruppe	n	M	SD	T	df	P 1-seitig
10-12 Jahre	K	107	4.42	3.40	2.48	217	.007
	I	116	5.69	4.20			
Abitur	K	31	6.38	3.21	.042	69	.48
	I	40	6.35	4.22			
Universität	K	33	5.37	3.57	.755	65	.22
	I	34	6.09	4.18			

Anmerkungen. K = Kontrollgruppe, I = Interventionsgruppe, T-Test für unabhängige Stichproben

Die Daten zeigen hinsichtlich aller Maße, dass Bibliotherapie zu einem besseren spezifischen Krankheitswissen der lesenden Patienten beitragen kann. Dies gilt quantitativ und qualitativ. Ein signifikanter Unterschied besteht vor allem für Männer und Patienten mit 10-12 jähriger Schulbildung.

9.9 Wechselwirkung zwischen Krankheitsstatus und Bibliotherapie

Anzahl der Abschlussdiagnosen

Die Zahl der klinisch gestellten Abschlussdiagnosen kann als Indikator für den Krankheitsstatus

angesehen werden. Eine zweifaktorielle Varianzanalyse zeigte, dass es einen signifikanten Haupteffekt für die Zahl der Diagnosen in nahezu allen Ergebnismaßen gibt (Tabelle 12.16.1 im Anhang): relevante Items des PAFs, TAFs, der VAS zur Beurteilung des Reha-Erfolgs und der Therapiesitzung durch Therapeuten als auch Patienten sowie der Kennwerte der SCL-90-R.

Für die Analyse wurde eine Gruppeneinteilung wie folgt vorgenommen: ≤ 1 Diagnose und ≥ 2 Diagnosen. Die Gruppe mit einer Diagnose erzielt in diesen Maßen überwiegend signifikant bessere Werte als die Gruppe mit zwei und mehr Diagnosen. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass die Gruppe mit einer Diagnose ungefähr dreimal so groß ist wie die mit zwei oder mehr Diagnosen.

Signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe finden sich nur unter Patienten mit einer (oder weniger) Diagnose in folgenden Items:

PAF: Veränderung des Selbstwelterlebens, $t(244) = 2.03$, $p = .044$, $r = .13$;

TAF: Veränderung der körperlichen Befindensstörung, $t(250) = 2.25$, $p = .025$, $r = .14$;

VAS zur Beurteilung des Reha-Erfolgs durch den Patienten: Reha-Aufenthalt hat Patienten gefallen, $t(276) = 2.04$, $p = .042$, $r = .12$;

VAS zur Beurteilung des Reha-Erfolgs durch den Therapeuten: Erreichung des Behandlungsziels, mit dem d. Pat. in die Reha gekommen ist, $t(278) = 1.99$, $p = .047$, $r = .12$ (unter den Patienten mit zwei oder mehr Diagnosen unterscheiden sich Kontroll- und Interventionsgruppe in gleicher Richtung und ähnlicher Effektstärke, $r = .13$); Erreichung des Behandlungsziels, mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde, $t(278) = 2.48$, $p = .014$, $r = .15$.

Die Kontrollgruppe erzielt in diesen Items signifikant bessere Behandlungsergebnismaße als die Bibliothherapiegruppe. Es liegen jeweils geringe Effektstärken vor ($.12 \leq r \leq .15$).

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Bibliothherapie- und Kontrollgruppe, die 2 oder mehr Diagnosen aufwiesen.

Art der Diagnose

Bei der Analyse welchen Effekt die Art der Diagnose auf die Behandlungsergebnismaße hat, werden nur Personen mit einer F3-Diagnose oder F4-Diagnose analysiert, da sich die Stichprobe vorwiegend aus Personen mit einer F3-Diagnose (Affektive Störungen, 27%) und Personen mit einer F4-Diagnose (Neurotische -, Belastungs - und somatoforme Störungen, 66%) zusammensetzt. Zudem werden nur die Daten von Patienten ausgewertet, die keine Mehrfachdiagnosen aufweisen.

Das trifft für die F3- Diagnosen auf 73 Personen (19%) und für die F4-Diagnosen auf 197 Personen (52%) zu.

Zweifaktorielle Varianzanalysen zeigen, dass sich Personen mit affektiven Störungen nicht signifikant von Personen mit Neurotischen -, Belastungs - und somatoformen Störungen in den Behandlungsergebnismaßen unterscheiden (Tabelle 12.16.2 im Anhang). Unter den Patienten mit einer Affektiven Störung finden sich in allen Behandlungsergebnismaßen keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Teststärke bedingt durch die kleinere Stichprobengröße geringer ist.

Signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ergeben sich für F4-diagnostizierte Patienten in folgenden Behandlungsergebnismaßen:

PAF: Veränderung der Zukunftsorientierung, $t(175) = 2.29, p = .023, r = .17$;

TAF: Veränderung der körperlichen Befindensstörung, $t(172) = 2.20, p = .029, r = .17$ (unter F3-diagnostizierten Patienten unterscheiden sich Kontroll- und Interventionsgruppe in gleicher Richtung und ähnlicher Effektstärke ($r = .18$)); der psychischen Befindensstörung, $t(193) = 2.26, p = .025, r = .16$; des Krankheitsverständnisses, $t(187) = 2.93, p = .004, r = .21$; der Zukunftsorientierung, $t(182) = 2.42, p = .017, r = .18$;

VAS zur Beurteilung des Reha-Erfolgs durch den Therapeuten: Erreichung des Behandlungsziels, mit dem der Pat. in die Reha gekommen ist, $t(193) = 2.32, p = .021, r = .16$; Erreichung des Behandlungsziels, mit dem aus therapeutischer Sicht die Behandlung aufgenommen wurde, $t(193) = 2.08, p = .039, r = .15$ (unter F3-diagnostizierten Patienten unterscheiden sich Kontroll- und Interventionsgruppe in gleicher Richtung und ähnlicher Effektstärke, $r = .16$).

Die Kontrollgruppe erzielt in allen diesen Items signifikant bessere Rehaergebnismaße als die Bibliothherapiegruppe. Es liegen jeweils geringe Effektstärken vor ($.16 \leq r \leq .21$).

9.10 Wechselwirkung zwischen Bildungsniveau bzw. Krankheitswissen und Bibliothherapie

Wie bereits ausführlich diskutiert, setzt Bibliothherapie ein Leseverständnis voraus. Es stellt sich daher die Frage, inwiefern das Bildungsniveau sich auf Effekte der Bibliothherapie auswirkt. Das Bildungsniveau wirkt sich überwiegend nicht signifikant auf das Behandlungsergebnis aus (Tabelle 12.17.1 im Anhang). Signifikante Unterschiede finden sich hier nur in den drei Kennwerten der Symptom-Checkliste-90-R: GSI ($F(2) = 3.1, p = .047, \eta^2 = .017$); PST ($F(2) = 3.9, p = .022, \eta^2 = .021$); PSDI ($F(2) = 3.3, p = .039, \eta^2 = .018$). Niedriger gebildete Teilnehmer weisen höhere SCL-Kennwerte auf. In Abhängigkeit vom Bildungsniveau zeigen sich Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe in einigen Behandlungsergebnismaßen. Allerdings liegen jeweils kleine

Effektstärken ($.10 \leq r < .30$) vor. Bedingt durch eine höhere Stichprobengröße sind nahezu ausschließlich unter den Personen mit einer 10-12 jährigen Schulausbildung die Unterschiede signifikant zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe. Hier ist die Teststärke deutlich größer als für Personen mit Abitur oder Universitätsabschluss. Daher wurde darauf verzichtet ausschließlich die signifikanten Ergebnisse unter den Personen mit niedrigem Bildungsniveau zu berichten, denn die Effektstärken ähneln teilweise denen der Unterschiede der Personen mit höherem Bildungsniveau. Die Unterschiede von Kontroll- und Interventionsgruppe in Abhängigkeit vom Bildungsniveau werden im Folgenden anhand der Effektstärken verglichen.

Unter den Personen mit einer 10-12jährigen Schulausbildung schneiden die Broschürenleser auf dem PAF von der Tendenz her schlechter ab als die Nicht-Broschürenleser bezüglich der Items zur Veränderungsbeurteilung der körperlichen Befindensstörung, des Selbstwerterlebens, des Krankheitsverständnisses und der Zukunftsorientierung. Unter den Personen mit Abitur erzielen die Broschürenleser tendenziell ebenfalls schlechtere Ergebnisse als die Nicht-Broschürenleser bezüglich der Items zur Veränderungsbeurteilung der psychischen Befindensstörung, des Selbstwerterlebens, des Krankheitsverständnisses und der Zukunftsorientierung. Dagegen ergeben sich unter den Personen mit Universitätsabschluss tendenziell bessere Werte für die Broschürenleser im Vergleich zu den Nicht-Broschürenlesern bezüglich der Items zur Beurteilung der körperlichen Befindensstörung, psychischen Befindensstörung, des Selbstwerterlebens und der Zukunftsorientierung.

Unter den Personen mit einer 10-12 jährigen Schulausbildung werden die Broschürenleser tendenziell auf dem TAF schlechter eingeschätzt als die Nicht-Broschürenleser bezüglich der Items zur Veränderungsbeurteilung der körperlichen und psychischen Befindensstörung und der Zukunftsorientierung. Unter den Personen mit Abitur werden ebenfalls die Veränderungen der Broschürenleser tendenziell schlechter beurteilt als die der Nicht-Broschürenleser bezüglich der Items: körperliche Befindensstörung, Krankheitsverständnis und Zukunftsorientierung. Unter den Personen mit Universitätsabschluss liegt ein Unterschied von kleiner Effektstärke lediglich für die Beurteilung der Veränderung des Selbstwerterlebens vor. Auch hier werden die Veränderungen der Broschürenleser als geringer eingeschätzt als die der Nicht-Broschürenleser.

In den drei Items der VAS zu Beurteilung des Reha-Erfolgs schätzen unter den Teilnehmern mit einer 10-12 jährigen Schulausbildung die Broschürenleser ihren Reha-Erfolg signifikant geringer ein als Nicht-Broschürenleser. Bei den Teilnehmern mit Abitur wird in 2 Items der Reha-Erfolg von

den Broschürenlesern geringer eingeschätzt. Bei den Teilnehmern mit Universitätsabschluss trifft dies auf ein Item zu. Es liegen für alle berichteten Unterschiede vergleichbare Effektstärken vor, die als klein gelten ($.10 \leq r < .30$).

In den drei Kennwerten des SCL-90-R weisen unter den Personen mit Abitur die Broschürenleser am Ende des Reha-Aufenthaltes eine höhere psychische Belastung auf als Nicht-Broschürenleser. Dagegen weisen in zwei von den drei Kennwerten unter den Teilnehmern mit Hochschulabschluss die Broschürenleser eine geringere psychische Belastung auf als Nicht-Broschürenleser. Es liegen für alle berichteten Unterschiede vergleichbare kleine Effektstärken vor.

Von allen Behandlungsergebnismaßen ist ausschließlich der Interaktionseffekt zwischen Bildungsniveau und Gruppe (Kontroll- bzw. Interventionsgruppe) signifikant und von kleiner Effektstärke für den PST-Kennwert der SCL-90-R ($F(2) = 3.24, p = .04, \eta^2 = .018$). Unter den Personen mit einem Hochschulabschluss ist der durchschnittliche PST geringer für die Interventionsgruppe ($M = 26.9, SD = 21.6$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($M = 37.3, SD = 20.9$). Dieser Unterschied ist allerdings nur marginal signifikant ($t(64) = 1.99, p = .051$). Zusammenfassend sprechen diese Daten dafür, dass Bibliothherapie in den Behandlungsergebnismaßen tendenziell negative Reaktionen zu Folge hat und zwar sind die negativen Reaktionen stärker je niedriger die Schulbildung der Leser ist.

Als Korrelat des Bildungsniveaus finden sich auch Zusammenhänge zwischen dem Gesamtwissen eines Patienten bezüglich der Inhalte, wie sie in den Broschüren vermittelt werden und den Behandlungsergebnismaßen (Tabelle 9.10.1). Ausschließlich in der Interventionsgruppe korreliert Wissen signifikant positiv mit der durch den Therapeuten eingeschätzten Veränderung der psychischen Befindensstörung ($r = .20, p < .05$), der Handlungskompetenz ($r = .20, p < .05$) und der Zukunftsorientierung ($r = .20, p < .05$). Die Korrelation von Wissen und der Beurteilung, ob das Behandlungsziel erreicht wurde, ist signifikant und positiv aus Sicht des Patienten ($r = .18, p < .05$) als auch aus Sicht des Therapeuten ($r = .21, p < .05$). Ausschließlich in der Interventionsgruppe geht höheres Wissen signifikant ($p = .01$) mit niedrigeren SCL-Kennwerten einher: GSI ($r = -.19$), PST ($r = -.20$) und PSDI ($r = -.18$) und mit größerem aktivem emotionalem Coping ($r = .29, p < .01$).

Eine signifikant positive Korrelation liegt bei Nichtlesern in der durch den Therapeuten eingeschätzten Veränderung des Selbstwerterlebens ($r = .25, p < .01$) vor. Ferner korreliert Wissen

nur in der Kontrollgruppe signifikant positiv mit der Einschätzung der Beurteilung der Therapiesitzung durch den Therapeuten in den Items: „Patient hat das therapeutische Vorgehen verstanden“ ($r = .21, p < .05$), „Kooperation war gut“ ($r = .20, p < .05$), „Therapieziel der Sitzung erreicht“ ($r = .20, p < .05$) und „Befinden des Therapeuten in Therapiesitzung“ ($r = .21, p < .05$).

Tabelle 9.10.1: Zusammenhang von Wissen in Kontroll- und Interventionsgruppe mit einigen Behandlungsergebnismaßen und der Beurteilung der Therapiesitzung

Behandlungsergebnismaße und Beurteilung der Therapiesitzung	Gesamtwissen	
	K	I
PAF- Veränderung von:		
Körperliche Befindensstörung	.12	.08
Psychische Befindensstörung	.06	.13
Selbstwerterleben/ Selbstannahme	.09	.08
Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten	.10	.06
Krankheitsverständnis	.11	.17
Zukunftsorientierung	.02	.10
TAF: Veränderung von		
Körperliche Befindensstörung	.05	.04
Psychische Befindensstörung	.13	.20*
Selbstwerterleben / Selbstannahme	.25**	.18
Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten	.07	.20*
Krankheitsverständnis	.23**	.19*
Zukunftsorientierung	.16	.20*
VAS-Rehaerfolg-Patient		
Behandlungsziel erreicht mit dem in die Rehabilitation gekommen	.07	.18*
Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt?	.11	.10
Wie hat Ihnen der Aufenthalt insgesamt gefallen?	.05	.11
VAS-Rehaerfolg-Therapeut		
Behandlungsziel erreicht, mit dem der Pat. in die Rehabilitation gekommen ist	.12	.21*
Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde	.19*	.20*
SCL (post)		
GSI	-.04	-.19*
PST	-.05	-.20*
PSDI	-.08	-.18*
VAS-P		
Stimmung	.00	.10
Angst und Unruhe	.14	.13
Gefühl verstanden worden zu sein	.14	.13
Therapeutisches Vorgehen verstanden	.10	.14
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	.11	.16

Behandlungsergebnismaße und Beurteilung der Therapiesitzung	Gesamtwissen	
	K	I
Fortschritte in Therapiesitzung	-.01	.18
Befinden nach der Therapiesitzung	-.05	.04
Entwicklung in der letzten Woche	-.03	.06
VAS-T		
Stimmung des Pat.	.09	.10
Verstand Pat.therapeutisches Vorgehen	.21*	.02
Für Pat. Wichtiges behandelt	.15	.02
War Patient sympathisch	.10	.13
Kooperation	.20*	.06
Therapieziel	.20*	.03
Befinden des Pat.	-.03	.13
Verständnis für Pat.	.13	.09
Fortschritte des Patienten	.05	.16
Struktur der Therapiesitzung	.13	.15
Befinden des Therapeuten in Sitzung	.21*	.11
Charakteristika des Patienten		
Alter in Jahren	-.05	-.05
Gesamtergebnis ISA	.42**	.28**
COPE		
problemorientiertes Coping post	.16	.10
aktives emotionales Coping post	.16	.29**
vermeidendes emotionales Coping post	-.10	-.12

Anmerkungen. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant, * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Um die Interaktion zwischen Wissen und Bibliothherapie bezüglich des Rehaerlaufs zu untersuchen, wurde ein Wissenswert pro Patient über alle Broschüren gemittelt. Unter Zugrundelegung des Mittelwertes der Kontrollgruppe ($M = 6.9$) als Cut-off wurden 2 Gruppen gebildet: wenig Wissen (≤ 7) und viel Wissen (> 7). Mittels zweifaktorieller Varianzanalyse (Tabelle 12.18.1 im Anhang) mit den Faktoren Gruppe (Kontrollgruppe/Interventionsgruppe) und Wissen ($> 7 / \leq 7$) wurde geprüft, inwieweit die Höhe des Wissens derjenigen, die mind. eine bzw. keine Broschüre gelesen hatten, sich auf das Behandlungsergebnis (Beurteilung Therapiesitzung Patient und Therapeut, TAF, PAF, Brief-COPE, BSS-Gesamt, SCL-90-R post) auswirkt. Die Ergebnisse des Hauptfaktors Gruppe (Kontrollgruppe/Interventionsgruppe) sind in 9.6 und 9.7 beschrieben.

Für den Hauptfaktor Wissen ergaben sich signifikante Unterschiede (Tabelle 9.10.2):

Hoch Wissende hatten signifikant höhere Werte in den Behandlungsergebnismaßen als niedrig Wissende in den Items

VAS-P: „Gefühl verstanden worden zu sein“ ($p = .02$, $\eta^2 = .018$); „Therapeutisches Vorgehen verstanden“ ($p = .019$, $\eta^2 = .018$);

TAF: „Psychische Befindensstörung“ ($p = .031$, $\eta^2 = .013$); „Selbsterleben/Selbstannahme“ ($p = .012$, $\eta^2 = .021$); „Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme“ ($p = .009$, $\eta^2 = .024$); „Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich“ ($p = .032$, $\eta^2 = .018$); „Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich“ ($p = .009$, $\eta^2 = .025$); „Krankheitsverständnis“ ($p = .017$, $\eta^2 = .016$); „Zukunftsorientierung“ ($p = .049$, $\eta^2 = .011$);

PAF: „Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen“ ($p = .031$, $\eta^2 = .028$);

Brief-COPE: Skala „Planen“ ($p = .043$, $\eta^2 = .011$); „Emotionale Unterstützung“ ($p = .001$, $\eta^2 = .03$); „Instrumentelle Unterstützung“ ($p = .02$, $\eta^2 = .015$); „Aktives emotionales Coping“ ($p = .005$, $\eta^2 = .022$).

Dagegen hatten hoch Wissende signifikant niedrige Werte in den Behandlungsergebnismaßen in den Items

Brief-COPE: Skala „Verleugnung“ ($p = .028$, $\eta^2 = .013$); „Resignation“ ($p = .005$, $\eta^2 = .022$); Item 16. „Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen“ ($p = .013$, $\eta^2 = .017$);

SCL-90-R: „GSI“ ($p = .017$, $\eta^2 = .015$); „PST“ ($p = .028$, $\eta^2 = .013$), BSS „psychisch“ ($p = .046$, $\eta^2 = .011$).

Unter den vielen explorativen Tests findet sich nur eine signifikante Wechselbeziehung für Item 1 des PAF Fragebogens „Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht“. Zusammenfassend sind die Daten so zu interpretieren, dass „viel Wissen“ eher positive Auswirkungen in den Behandlungsergebnismaßen zu Folge hat, es aber keine Interaktion zwischen Bibliothherapie und Wissen bezüglich der Behandlungsergebnismaße gibt (vollständige Tabelle aller Variablen im Anhang, Tabelle 12.18.1).

9 Ergebnisse

Tabelle 9.10.2: Signifikante Ergebnisse der statistischen Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Krankheitswissen (groß > 7, klein ≤ 7) aller beantworteter Wissensfragebögen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion G* Wissen																																																																																																																																																																																																																																												
		n	≤ 7		> 7		F	p	F	p																																																																																																																																																																																																																																												
			M	SD	n	M					SD	2-seitig	2-seitig																																																																																																																																																																																																																																									
SCI-90-R post ² GSI	K	119	.79	.67	54	.57	.45	5.7	.017	.64	.43																																																																																																																																																																																																																																											
	I	85	.71	.82	108	.68	.57					PST	K	119	41.0	23.5	54	33.3	18.7	4.9	.028	.91	.34	I	85	40.0	23.2	108	36.9	21.5	BSS bei Entlassung ³ psychisch	K	123	1.34	.72	54	1.19	.67	4.0	.046	.00	.98	I	87	1.40	.77	107	1.24	.71	VAS-P ⁴ Gefühl verstanden worden zu sein	K	89	73.4	19.4	45	79.3	15.8	5.5	.02	.20	.66	I	66	72.2	19.7	101	76.2	14.8	Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	89	77.3	18.3	45	82.3	13.3	5.6	.019	.05	.83	I	66	74.4	16.9	101	78.5	13.7	TAF ⁵ 2. Psychische Befindensstörung	K	123	2.7	.84	54	2.91	.83	4.66	.031	.29	.59	I	87	2.51	.85	106	2.65	.77	3. Selbstwerterleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79	4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85	5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08
PST	K	119	41.0	23.5	54	33.3	18.7	4.9	.028	.91	.34																																																																																																																																																																																																																																											
	I	85	40.0	23.2	108	36.9	21.5					BSS bei Entlassung ³ psychisch	K	123	1.34	.72	54	1.19	.67	4.0	.046	.00	.98	I	87	1.40	.77	107	1.24	.71	VAS-P ⁴ Gefühl verstanden worden zu sein	K	89	73.4	19.4	45	79.3	15.8	5.5	.02	.20	.66	I	66	72.2	19.7	101	76.2	14.8	Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	89	77.3	18.3	45	82.3	13.3	5.6	.019	.05	.83	I	66	74.4	16.9	101	78.5	13.7	TAF ⁵ 2. Psychische Befindensstörung	K	123	2.7	.84	54	2.91	.83	4.66	.031	.29	.59	I	87	2.51	.85	106	2.65	.77	3. Selbstwerterleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79	4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85	5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29														
BSS bei Entlassung ³ psychisch	K	123	1.34	.72	54	1.19	.67	4.0	.046	.00	.98																																																																																																																																																																																																																																											
	I	87	1.40	.77	107	1.24	.71					VAS-P ⁴ Gefühl verstanden worden zu sein	K	89	73.4	19.4	45	79.3	15.8	5.5	.02	.20	.66	I	66	72.2	19.7	101	76.2	14.8	Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	89	77.3	18.3	45	82.3	13.3	5.6	.019	.05	.83	I	66	74.4	16.9	101	78.5	13.7	TAF ⁵ 2. Psychische Befindensstörung	K	123	2.7	.84	54	2.91	.83	4.66	.031	.29	.59	I	87	2.51	.85	106	2.65	.77	3. Selbstwerterleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79	4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85	5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																	
VAS-P ⁴ Gefühl verstanden worden zu sein	K	89	73.4	19.4	45	79.3	15.8	5.5	.02	.20	.66																																																																																																																																																																																																																																											
	I	66	72.2	19.7	101	76.2	14.8					Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	89	77.3	18.3	45	82.3	13.3	5.6	.019	.05	.83	I	66	74.4	16.9	101	78.5	13.7	TAF ⁵ 2. Psychische Befindensstörung	K	123	2.7	.84	54	2.91	.83	4.66	.031	.29	.59	I	87	2.51	.85	106	2.65	.77	3. Selbstwerterleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79	4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85	5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																				
Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	89	77.3	18.3	45	82.3	13.3	5.6	.019	.05	.83																																																																																																																																																																																																																																											
	I	66	74.4	16.9	101	78.5	13.7					TAF ⁵ 2. Psychische Befindensstörung	K	123	2.7	.84	54	2.91	.83	4.66	.031	.29	.59	I	87	2.51	.85	106	2.65	.77	3. Selbstwerterleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79	4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85	5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																							
TAF ⁵ 2. Psychische Befindensstörung	K	123	2.7	.84	54	2.91	.83	4.66	.031	.29	.59																																																																																																																																																																																																																																											
	I	87	2.51	.85	106	2.65	.77					3. Selbstwerterleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79	4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85	5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																										
3. Selbstwerterleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23																																																																																																																																																																																																																																											
	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79					4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85	5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																													
4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57																																																																																																																																																																																																																																											
	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85					5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69	6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																																																
5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60																																																																																																																																																																																																																																											
	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69					6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84	8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																																																																			
6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66																																																																																																																																																																																																																																											
	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84					8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81	9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																																																																																						
8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42																																																																																																																																																																																																																																											
	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81					9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81	PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																																																																																																									
9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79																																																																																																																																																																																																																																											
	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81					PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14	5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																																																																																																																												
PAF ⁶ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011																																																																																																																																																																																																																																											
	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14					5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																																																																																																																																															
5. Die Therapeuten haben Wert darauf	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29																																																																																																																																																																																																																																											

9 Ergebnisse

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion	
		≤7			>7			F	p	F	p
		n	M	SD	n	M	SD				
gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	I	31	3.45	1.31	44	4.05	.91				
Brief-COPE ⁷ 2. Skala: Planen	K	119	2.97	.65	54	3.08	.67	4.14	.043	.27	.60
	I	83	2.89	.69	105	3.08	.68				
7. Skala: Emotionale Unterstützung	K	119	2.53	.76	54	2.86	.79	10.8	.001	.17	.68
	I	83	2.46	.84	105	2.72	.88				
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung	K	119	2.54	.83	54	2.79	.83	5.43	.02	.13	.72
	I	83	2.42	.84	105	2.60	.79				
10. Skala: Verleugnung	K	119	1.75	.81	54	1.48	.68	4.86	.028	1.2	.28
	I	83	1.66	.70	105	1.57	.71				
13. Skala: Resignation	K	119	1.71	.55	54	1.58	.55	8.0	.005	.55	.46
	I	83	1.80	.55	105	1.59	.53				
16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	K	119	1.90	.70	54	1.74	.70	6.3	.013	.22	.64
	I	83	2.12	.78	105	1.87	.78				
Aktives emotionales Coping	K	119	2.17	.47	54	2.31	.47	7.92	.005	.032	.86
	I	83	2.08	.43	105	2.23	.48				

Anmerkungen ¹Wissens-Score: Mittelwert aller beantworteter Wissensfragebögen pro Patient, Skala: 0 = keine Frage richtig – 10 = alle Fragen richtig; ²Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ³Skala: 1 = gar nicht beeinträchtigt - 4 = extreme Beeinträchtigung, ⁴ Skala: 0 = negativ - 100 = positiv; ⁵Skala: 1 = unverändert/schlechter – 5 = vollständig gebessert; ⁶Skala: 1= stimme nicht zu – 5= stimme voll zu; ⁷Skala: 1= überhaupt nicht – 4 = sehr; Ergebnisse einer zweifaktoriellen Varianzanalyse

9.11 Auswirkungen der Häufigkeit des Ansprechens von Themen aus den Broschüren auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

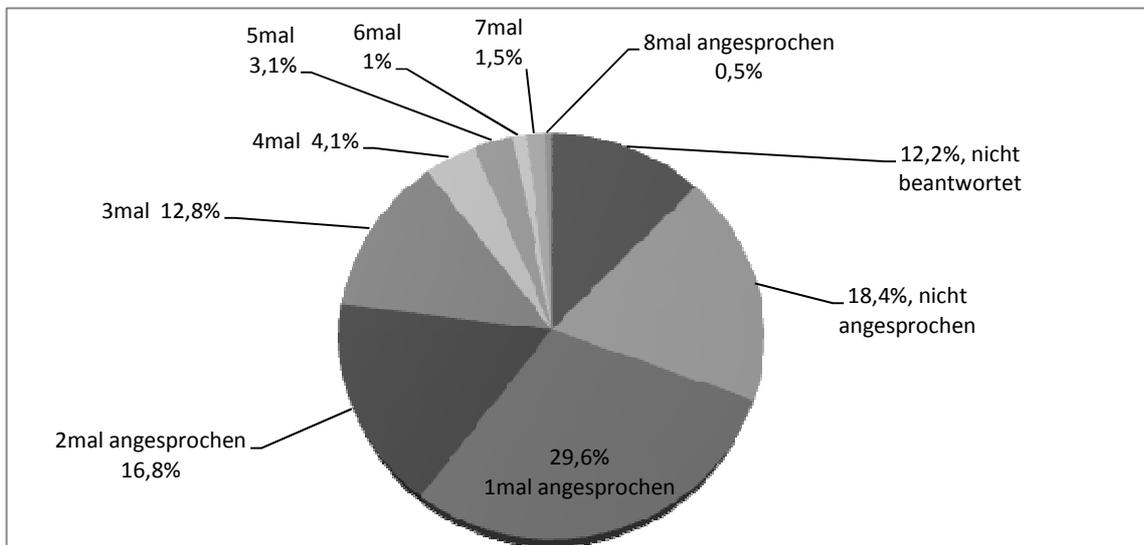
Broschüren können als ein fester Bestandteil einer Therapie genutzt werden oder sie werden als eine schriftliche Information weitergegeben, ohne dass innerhalb der Therapie weiter darüber gesprochen wird. Eine Analyse der Auswirkungen der unterschiedlichen Nutzung der Broschüre erfolgte mit Hilfe aller VAS-T mit dem Item „Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?“ Dieses Item konnte mit „ja“ bzw. „nein“ oder „ich weiß nicht“ beantwortet werden. Diejenigen Items, die von den Therapeuten mit „ich weiß nicht“ beantwortet wurden oder bei denen Fehler in der Gruppenzuordnung gemacht wurden, wurden in die weitere Analyse nicht miteinbezogen.

Die Visuelle Analogskala der Therapeuten, die für 89 % der Interventionsgruppe ausgefüllt

9 Ergebnisse

wurde, ergab, dass in der ersten Therapiestunde bei 56 % ($n = 90$), für die das Item beantwortet worden war, über die Broschüre gesprochen wurde. Bei 43 % ($n = 69$) wurden keine Themen aus der Broschüre angesprochen. Das Ansprechen von Themen aus den Broschüren nimmt im weiteren Therapieprozess ab. Ein Vergleich über den Therapieprozess hinweg ergab, dass für 12,2 % ($n = 24$) das Item nicht beantwortet wurde. 18,4% ($n = 36$) der Interventionsgruppe im Laufe des Aufenthaltes gar nicht über die ausgeteilte(n) Broschüre(n) gesprochen haben, während 29,6% einmal, 16,8% zweimal und 12,8% dreimal darüber gesprochen hatten. Bei insgesamt 69,4% ($n = 136$) wird mindestens einmal über die Broschüre geredet (Abbildung 9.11.1).

Abbildung 9.11.1: Summe aller VAS-Therapeut pro Patient: „Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?“



Anmerkungen. $n = 196$, 100 %

In der Therapiesitzung wurde die Broschüre sowohl integrativ - d.h. sie wurde wiederholt in die Therapie miteinbezogen und angesprochen - als auch als eine zusätzliche Information genutzt - ohne dass sie angesprochen wurde. Mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse wird der Frage nachgegangen, ob die Häufigkeit, mit der über die Broschüre in der Therapie gesprochen wird, sich auf das Behandlungsergebnis (VAS-P, VAS-T, Brief-COPE, BSS, SCL-90-R, PAF und TAF) auswirkt. Verglichen werden diejenigen Patienten, die gar nicht über die Broschüren gesprochen haben mit denen, die zweimal bzw. dreimal und häufiger während ihres Aufenthaltes über die Broschüre gesprochen hatten. Alle Ergebnisse werden berichtet in Tabelle 12.19.1 im Anhang.

Diejenigen, die zweimal über die Broschüre gesprochen hatten, hatten signifikant bessere Werte als diejenigen, die nicht über die Broschüre gesprochen hatten in: VAS-T „Wichtiges behandelt“, ($p = .044$, $r = .059$) „Therapieziel der Sitzung“, ($p = .018$, $r = .081$) und „Fortschritte des Patienten“, ($p = .027$, $r = .071$); Brief-COPE post 5. Skala „Humor“, ($p = .025$, $r = .077$).

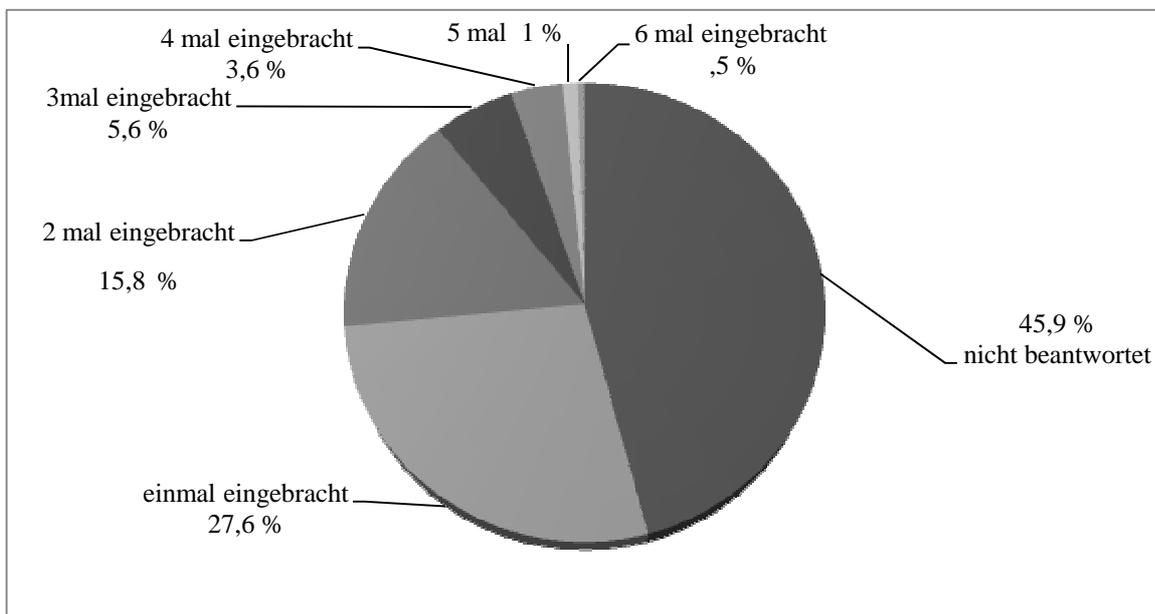
Diejenigen, die dreimal und häufiger über die Broschüre gesprochen hatten, hatten signifikant bessere Werte als diejenigen, die nicht über die Broschüre gesprochen hatten in: Brief-COPE post „Akzeptieren“, ($p = .03$, $r = .062$), „Gefühlsausbruch“, ($p = .007$, $r = .088$) und „aktives emotionales Coping“, ($p = .007$, $r = .092$); TAF „Psychische Befindensstörung“, ($p = .008$, $r = .097$) und VAS-T (allerdings keine gleichen Fehlervarianzen der abhängigen Variablen) „therapeutisches Vorgehen“, ($p = .02$, $r = .066$), „Wichtiges behandelt“, ($p = .03$, $r = .058$), „Therapieziel der Sitzung“, ($p = .032$, $r = .057$) und „Fortschritte des Patienten“, ($p = .001$, $r = .14$).

9.12 Auswirkungen der Motivation Themen aus den Broschüren in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

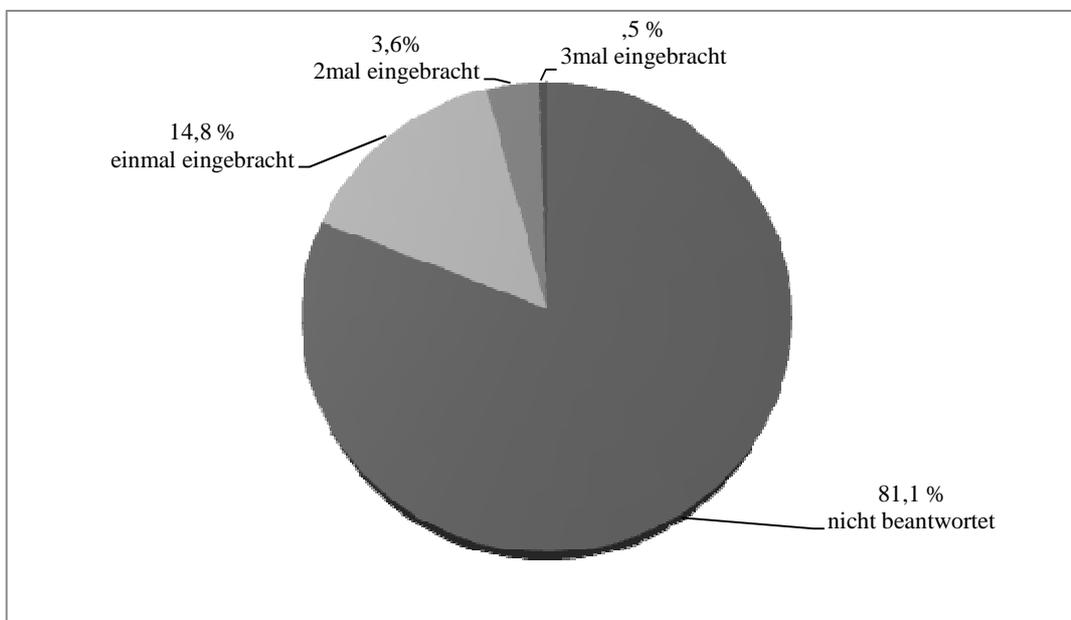
Zusätzlich zur Frage, ob in der aktuellen Sitzung über Inhalte der verteilten Broschüren gesprochen wurde, konnten sowohl die Therapeuten als auch die Patienten angeben, von wem das Thema eingebracht worden war. Tabelle 12.20.1 im Anhang gibt eine Übersicht über die Einschätzung der Therapeuten.

Bei 54 % ($n = 106$) der Interventionsgruppe wurde die Frage von den Therapeuten beantwortet. Bei 27.6 % brachten die Therapeuten einmal innerhalb einer Therapiesitzung ein Thema aus einer Broschüre ein, bei 15.8 % zweimal (Abbildung 9.12.1). 14.8% der Interventionsgruppe sprachen aus Sicht der Therapeuten einmal ein Thema aus einer Broschüre innerhalb der Therapiesitzung an, 3.6% zweimal (Abbildung 9.12.2).

9 Ergebnisse

Abbildung 9.12.1: Summe aller VAS-T „das Thema wurde vom Therapeuten eingebracht“

Anmerkungen. $n = 196$, 100%

Abbildung 9.12.2: Summe aller VAS-T „das Thema wurde vom Patienten eingebracht“

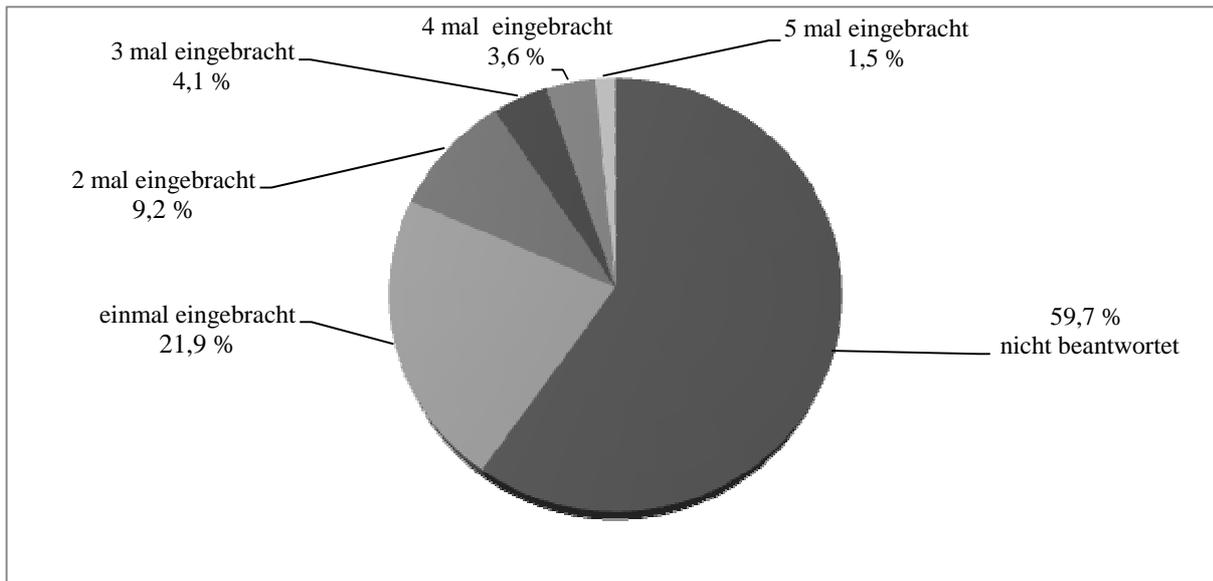
Anmerkungen. $n = 196$, 100%

Tabelle 12.20.2 im Anhang gibt eine Übersicht über die Einschätzung der Patienten, von wem

9 Ergebnisse

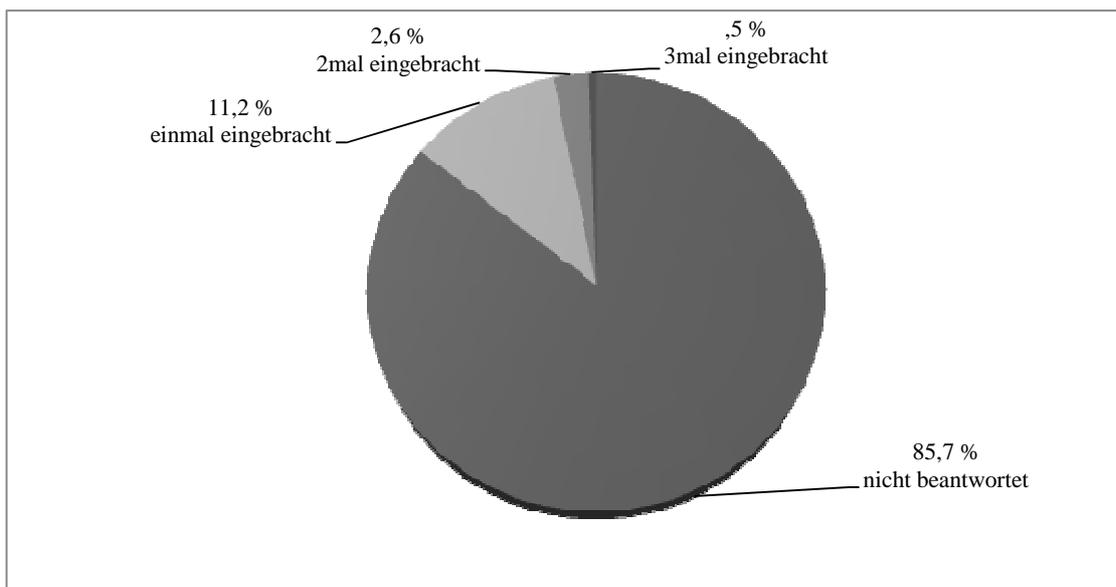
ein Thema aus einer Broschüre eingebracht worden war. Bei 21,9 % ($n = 43$) brachten die Therapeuten einmal ein Thema aus einer Broschüre ein, bei 9,2 % ($n = 18$) zweimal (Abbildung 9.12.3). 14,3 % ($n = 28$) der Interventionsgruppe gab an, selbst ein Thema aus einer Broschüre eingebracht zu haben (Abbildung 9.12.4).

Abbildung 9.12.3: Summe aller VAS-P „das Thema wurde vom Therapeuten eingebracht“



Anmerkungen. $n = 196$, 100%

Abbildung 9.12.4: Summe aller VAS-P „das Thema wurde vom Patienten eingebracht“



Anmerkungen. $n = 196$, 100%

Aufgrund der unterschiedlichen Stichprobengröße wird mit Hilfe des Mann-Whitney Tests der Frage nachgegangen, ob das Interesse, mit der der Therapeut bzw. der Patient veranlasst über Inhalte der Broschüre in der Therapie zu sprechen, sich auf das Behandlungsergebnis (VAS-T bzw. VAS-P, Brief-COPE post, BSS post, SCL-90-R post, PAF und TAF) auswirkt.

Verglichen werden diejenigen Patienten der Interventionsgruppe, die gar nicht über die Broschüren gesprochen haben mit denen, bei denen mindestens zweimal und mehr der Therapeut während ihres Aufenthaltes ein Gespräch über die Broschüre initiiert hat (Tabelle 12.21.1 im Anhang).

Verglichen werden diejenigen Patienten der Interventionsgruppe, die gar nicht über die Broschüren gesprochen haben mit denen, bei denen der Patient selbst einmal und öfter während seines Aufenthaltes ein Gespräch über die Broschüre initiiert hat (Tabelle 12.21.2 im Anhang).

Diejenigen, bei denen mindestens zweimal und mehr der Therapeut während ihres Aufenthaltes ein Gespräch über die Broschüre initiiert hatte, hatten signifikant bessere Werte als diejenigen, die nicht über die Broschüre gesprochen hatten in: PAF „Wichtige Themen in Psychotherapiegruppe bearbeitet“, ($p = .039$, $r = .17$); „Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich“, ($p = .012$, $r = .21$); „Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich“, ($p = .006$, $r = .23$); „Krankheitsverständnis“, ($p = .054$, $r = .16$); „Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen“, ($p = .033$, $r = .18$); VAS-T „Fortschritte des Patienten“, ($p = .036$, $r = .18$); Brief-COPE 4. Skala „Akzeptieren“, ($p = .003$, $r = .25$); 7. Skala „Emotionale Unterstützung“, ($p = .031$, $r = .18$); 11. Skala „Gefühlsausbruch“, ($p = .005$, $r = .24$); aktives emotionales Coping ($p = .005$, $r = .24$) und benutzten weniger die Bewältigungsstrategie 12. Skala „Gebrauch von Medikamenten und Alkohol“, ($p = .040$, $r = .17$, Tabelle 12.21.1 im Anhang).

Diejenigen Patienten, die selbst einmal und öfter während ihres Aufenthaltes ein Gespräch über die Broschüre initiiert hat, hatten signifikant bessere Werte als diejenigen, die nicht über die Broschüre gesprochen hatten in: Brief-COPE: „Aktives Bewältigen“, ($p = .009$, $r = 0.19$); „Planen“ ($p = .007$, $r = 0.197$); „Akzeptieren“ ($p = .043$, $r = 0.148$); und schlechtere Werte in: Item 16 „Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen“, ($p = .01$, $r = 0.18$, Tabelle 12.21.2 im Anhang).

9.13 Wechselwirkung zwischen der Beurteilung der Therapiesitzung aus Sicht des Patienten und Bibliotherapie

Der Einfluss der Bibliotherapie auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R, Brief-COPE, BSS, PAF, TAF, VAS-T) unter Berücksichtigung der Bewertung der Therapiesitzung / -beziehung durch den Patienten als Kovariate wurde überprüft. Tabelle 12.22.1 im Anhang gibt eine Übersicht über die Einschätzung der Patienten.

Die Kovariate „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch den Patienten“ ist signifikant auf den meisten Behandlungsergebnismaßen: SCL-90-R, Brief-COPE (Ausnahme: „problemorientiertes Coping, Planen, Religion, emotionale und instrumentelle Unterstützung, Ablenkung, Gefühlsausbruch und Resignation“), PAF und den meisten Items des TAF (Ausnahme: „körperliche und psychische Befindensstörung, Krankheitsverständnis“) und BSS (Ausnahme: „körperlich“) und VAS-T (Ausnahme: „Wichtiges behandelt, Struktur der Therapie“).

Der Haupteffekt Gruppe hat überwiegend keinen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis (Ausnahme: TAF „Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme“, $p = .05$, $\eta^2 = .031$; VAS-T „Pat. verstand therapeutisches Vorgehen“ $p = .045$, $\eta^2 = .014$, Brief-COPE „vermeidendes emotionales Coping, $p = .04$, $\eta^2 = .014$; PAF „Krankheitsverständnis“ $p = .04$, $\eta^2 = .032$, „Zukunftsorientierung“ $p = .04$, $\eta^2 = .031$, „Inwieweit haben Sie das Behandlungsziel erreicht“ $p = .03$, $\eta^2 = .035$) nach Kontrolle des Einflusses der Kovariaten. Tabelle 9.13.1 berichtet ausschließlich den Einfluss der Gruppe.

Tabelle 9.13. 1: Ergebnis des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Patienten“

Abhängige Variable	Haupteffekt: Gruppe	
	F	p
SCL-90-R¹ GSI	.18	.66
PST	1.01	.31
PSDI	.13	.71
Brief-COPE²		
problemorientiertes Coping post	1.80	.18
aktives emotionales Coping post	1.37	.24
vermeidendes emotionales Coping post	4.10	.04
1. Skala: Aktives Bewältigen	.43	.51
2. Skala: Planen	.00	.93
3. Skala: Positives Umdeuten	1.21	.27
4. Skala: Akzeptieren	.01	.90
5. Skala: Humor	1.14	.28
6. Skala: Religion	1.45	.22
7. Skala: Emotionale Unterstützung	.02	.88
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung	1.92	.16
9. Skala: Ablenkung	.44	.506 ⁹
10. Skala: Verleugnung	.54	.46
11. Skala: Gefühlsausbruch	1.07	.30
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	.82	.36
13. Skala umkodiert: Resignation	.09	.76
Item 6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	1.75	.18
Item 16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	2.74	.09
14. Skala: Selbstbeschuldigung	.21	.64
PAF³		
Körperliche Befindensstörung	.81	.37
Psychische Befindensstörung	.41	.52
Selbstwerterleben/Selbstannahme	.11	.73
Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	2.61	.11
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	1.38	.24
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	1.85	.17
Eigenständige Handlungskompetenz	3.15	.08 ⁹
Krankheitsverständnis	4.50	.04
Zukunftsorientierung	4.23	.04
Psychisches Wohlbefinden	.83	.36 ⁹
Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht. mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind) ⁴	4.90	.03
Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁵	2.10	.15
Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁶	3.60	.06
TAF³		
Körperliche Befindensstörung	.55	.46
Psychische Befindensstörung	.72	.39
Selbstwerterleben	.60	.42

Abhängige Variable	Haupteffekt: Gruppe	
	F	p
Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	3.92	.05
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	1.52	.22
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	.00	.99
Eigenständige Handlungskompetenz	.72	.39
Krankheitsverständnis	.78	.37
Zukunftsorientierung	.32	.56
Behandlungsziel erreicht, mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁴	.66	.42
Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁴	1.00	.32
BSS⁷		
BSS bei Entlassung körperlich	.25	.62
BSS bei Entlassung psychisch	.03	.85
BSS bei Entlassung sozialkommunikativ	.67	.41
BSS Gesamt post.	.43	.51
VAS-T⁸		
Stimmung des Pat.	.004	.95
Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	4.072	.045
Für Pat. Wichtiges behandelt	3.571	.060
War Patient sympathisch	2.581	.10
Kooperation	1.697	.19
Therapieziel	1.141	.28
Befinden des Pat.	.154	.69
Verständnis für Pat.	.805	.37
Fortschritte des Patienten	.512	.47
Struktur der Therapiesitzung	.302	.58
Befinden des Th. in Therapiesitzung	.189	.66

Anmerkungen. *Kovariate = Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch den Patienten, ¹ Skala: 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark ² Skala: 1= überhaupt nicht bis 4 = sehr, ³ Skala: 1 = (ver)schlechtert bis 5 = (sehr viel) vollständig besser, ⁴ Skala: 0 = ich habe nichts erreicht - 10 = voll erreicht, ⁵ Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt, ⁶ Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen, ⁷ Skala: 1 = geringfügig bis 4 = extrem, ⁸ Skala : 0 = negativ bis 100 = positiv; ⁹ Keine Varianzgleichheit gegeben, Kovarianzanalyse,

9.14 Wechselwirkung zwischen der Beurteilung der Therapiesitzung aus Sicht des Therapeuten und Bibliotherapie

Der Einfluss der Bibliotherapie auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R, Brief-COPE, BSS, PAF, TAF und VAS-P) unter Berücksichtigung der Bewertung der Therapiesitzung durch den Therapeuten als Kovariate wurde überprüft. Tabelle 12.22.2 im Anhang gibt eine Übersicht über die Einschätzung der Therapeuten.

Die Kovariate „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch den Therapeuten“ ist signifikant auf den Behandlungsergebnismaßen des Brief-COPE („problemorientiertes und aktives emotionales

Coping, aktives Bewältigen, emotionale und instrumentelle Unterstützung und Resignation), der Rückmeldung des Patienten über den Klinikaufenthalt (PAF 1-7, 34-36) und der Veränderungsbeurteilung aus Patientensicht („körperliche und psychische Befindensstörung, Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme und im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich, eigenständige Handlungskompetenz, Krankheitsverständnis, psychisches Wohlbefinden“), einigen Items des TAF („Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme und im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich, eigenständige Handlungskompetenz und des Erreichen des Behandlungsziels“) und VAS-P („Gefühl verstanden worden zu sein, therapeutisches Vorgehen verstanden, Wichtiges behandelt in Therapiesitzung und Fortschritte in Therapiesitzung“). Der Haupteffekt Gruppe wird berichtet in Tabelle 9.14.1 und hat bis auf PAF 7 ($p = .016$, $\eta^2 = .042$) keinen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis nach Kontrolle des Einflusses der Kovariaten.

Tabelle 9.14.1: Ergebnis des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Therapeuten“

Abhängige Variable	Haupteffekt: Gruppe	
	F	p
SCL-90-R¹		
GSI	.06	.81
PST	.70	.41
PSDI	.28	.59
Brief-COPE²		
problemorientiertes Coping post	1.674	.197
aktives emotionales Coping post	.640	.424
vermeidendes emotionales Coping post	3.818	.052
1. Skala: Aktives Bewältigen	.551	.459
2. Skala: Planen	.001	.970
3. Skala: Positives Umdeuten	1.253	.264
4. Skala: Akzeptieren	.091	.763
5. Skala: Humor	.962	.328
6. Skala: Religion	2.903	.089
7. Skala: Emotionale Unterstützung	.001	.974
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung	.886	.347
9. Skala: Ablenkung	.438	.509
10. Skala: Verleugnung	.980	.323
11. Skala: Gefühlsausbruch	.001	.970
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	.881	.349

9 Ergebnisse

Abhängige Variable	Haupteffekt: Gruppe	
	F	p
13. Skala umkodiert: Resignation	.007	.933
Item 6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	2.024	.156
Item 16. Ich habe versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	2.005	.158
14. Skala: Selbstbeschuldigung	.179	.672
PAF³		
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	1.081	.300
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	.048	.827
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	.135	.713
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	1.784	.184
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	.396	.530
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	.398	.529
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	5.897	.016
16. Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich	<.000	.995
Körperliche Befindensstörung	.650	.422
Psychische Befindensstörung	.089	.766
Selbstwerterleben/Selbstannahme	.029	.865
Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	2.180	.142
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	1.404	.238
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	1.739	.190
Eigenständige Handlungskompetenz	1.206	.274
Krankheitsverständnis	3.114	.080
Zukunftsorientierung	2.322	.130
Psychisches Wohlbefinden	.235	.629
Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht. mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind ⁴	1.707	.194
Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁵	.511	.476
Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁶	1.714	.193
TAF³		
Körperliche Befindensstörung	1.352	.247
Psychische Befindensstörung	.592	.443
Selbstwerterleben	.646	.423

9 Ergebnisse

Abhängige Variable	Haupteffekt: Gruppe	
	F	p
Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	2.896	.091
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	.841	.361
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	.006	.937
Eigenständige Handlungskompetenz	.575	.450
Krankheitsverständnis	.665	.416
Zukunftsorientierung	.515	.474
Behandlungsziel erreicht. mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁴	.243	.623
Behandlungsziel erreicht. mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁴	.691	.407
BSS⁷		
BSS bei Entlassung körperlich	.089	.766
BSS bei Entlassung psychisch	.023	.880
BSS bei Entlassung sozialkommunikativ	.224	.636
BSS Gesamt post.	.072	.789
VAS-P⁸		
Stimmung	.631	.428
Angst und Unruhe	.285	.594
Gefühl verstanden worden zu sein	.017	.897
therapeutisches Vorgehen verstanden	1.049	.307
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	.007	.933
Fortschritte in Therapiesitzung	.977	.324
Befinden nach der Therapiesitzung	2.560	.111
Entwicklung in der letzten Woche	2.793	.096

Anmerkungen. *Kovariate = Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch den Therapeuten, ¹Skala: 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark ² Skala: 1= überhaupt nicht bis 4 = sehr, ³ Skala: 1 = verschlechtert bis 5 = sehr viel besser, ⁴Skala: 0 = nichts erreicht - 10 = voll erreicht, ⁵ Skala: 0 = gar nicht gelohnt – 10 = sehr gelohnt, ⁶ Skala: 0 = gar nicht gefallen – 10 = sehr gefallen, ⁷ Skala: 1= geringfügig bis 4 = extrem, ⁸ Skala : 0 = negativ bis 100 = positiv

9.15 Einfluss unterschiedlicher Prädiktoren auf das Behandlungsergebnis

Eine Multiple Regression wurde durchgeführt, um die Beziehungen zwischen der in dieser Studie untersuchten Variablen und dem Behandlungsergebnis zu analysieren. Hierzu wurden als relevante Prädiktoren folgende Variablen ausgewählt:

als Maß für

- die allgemeine psychische Belastung zur Zeit der Aufnahme eines Patienten *der Global Severity Index prä*
- die „Health Literacy“ *der Bildungsgrad* und *die allgemeine Intelligenz (ISA)*
- den Einfluss der Bibliothherapie *die Gruppenzugehörigkeit*
- das Krankheitswissen *ein gemittelter Wissenswert aller Wissensfragebögen pro Person*
- die Beurteilung der Therapiesitzung sowohl der Faktor „*Beurteilung Therapiesitzung*“ aus *Patientensicht* als auch aus *Therapeutensicht* (Faktor VAS-T, Faktor VAS-P)
- die Veränderung in der Krankheitsbewältigung der *Differenzwert problemorientiertes Coping* (Brief-COPE post minus prä).

Alle ausgewählten unabhängigen Variablen wurden gleichzeitig in die Analyse einbezogen. Als Maß für das Behandlungsergebnis als Kriteriumsvariable wurde der *Global Severity Index post* gewählt. Da die Voraussetzungen für eine Multiple Regression in der Normalverteilungsannahme des GSI post (9 Personen lagen außerhalb +2.58 und – 2.58) nicht erfüllt wurde, wurde der GSI post logarithmisiert. 52 % der Varianz des „Global Severity Index post“ wird durch die Prädiktoren aufgeklärt, signifikant durch den „GSI prä“ und den Faktor „Beurteilung der Therapiesitzung aus Patientensicht“. Die Gruppenzugehörigkeit zur Interventions- und Kontrollgruppe hatte keinen signifikanten Einfluss auf den Global Severity Index post (Tabelle 9.15.1)

Tabelle 9.15.1: Multiple Regression des Einflusses auf das Behandlungsergebnis „GSI“

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
	B	Standardfehler	Beta	T	p
(Konstante)	-1.36	.27		-4.96	< .001
GSI prä	.84	.08	.52	10.50	< .001
Faktor VAS-P	-.31	.05	-.29	-5.91	< .001
mittlerer Wissenswert absolut	-.02	.01	-.08	-1.89	.06
Bildungsgrad	-.11	.06	-.08	-1.70	.09
Differenz problemorientiertes Coping	-.12	.09	-.06	-1.38	.17
Gruppenzugehörigkeit	-.09	.09	-.04	-.92	.36
Faktor VAS-T	-.04	.05	-.04	-.88	.38
Allgemeine Intelligenz	.00	.00	.04	.78	.43

Anmerkungen. $R^2 = .52$, $F(272,8) = 35.3$, $p < .001$; Einflussvariablen im Modell: GSI prä= Global Severity Index, Skala: 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“, Faktor VAS-P = „Beurteilung der Therapiesitzung“ aus Patientensicht, Kriteriumsvariable: Global Severity Index post (ln_gsi)

9.16 Wechselwirkung zwischen der Nutzung anderer Informationsmaterialien und Bibliothherapie

Sowohl die Patienten als auch die Therapeuten konnten die Frage auf der VAS zur Beurteilung der Therapiesitzung beantworten „Wurden Themen aus irgendwelchen anderen schriftlichen oder anderen Informationsmaterialien angesprochen (z.B. aus Broschüren, Büchern, Zeitungen oder Zeitschriften, dem Radio, dem Internet oder dem Fernsehen)?“ Die Therapeuten bejahten dies bei ca. 25 % der Patienten. Es besteht kein signifikanter Unterschied im Ansprechen anderer Informationsmaterialien zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe aus Sicht der Therapeuten, $p > .05$, (Tabelle 9.16.1).

Tabelle 9.16.1: VAS-T: Wurden Themen aus irgendwelchen anderen schriftlichen oder anderen Informationsmaterialien angesprochen?

	Häufigkeit des Ansprechens	n	Prozent
Kontrollgruppe	1 mal	19	10.5
	2 mal	11	6.1
	3 mal	5	2.8
	4 mal	4	2.2
	5 mal	2	1.1
	6 mal	2	1.1
	7 mal	2	1.1
	Gesamt	45	24.9
	Nicht angesprochen	136	75.1
		181	100.0
Interventionsgruppe	1 mal	20	10.2
	2 mal	16	8.2
	3 mal	7	3.6
	5 mal	1	.5
	6 mal	1	.5
	8 mal	1	.5
	10 mal	2	1.0
	11 mal	1	.5
	Gesamt	49	25.0
	Nicht angesprochen	147	75.0
		196	100.0

Bei 25 % ($n = 94$) der Studienteilnehmer wurde mindestens einmal über Themen aus anderen Informationsmaterialien gesprochen. Diejenigen, bei denen andere Informationsmaterialien angesprochen wurden, hatten signifikant höhere Werte im „ISA“ (allgemeine Intelligenz, $M = 67.5$, $SD = 18.2$) als diejenigen, bei denen sie nicht angesprochen wurden ($M = 62.2$, $SD = 19.3$),

$F(1,370) = 5.5, p = .019, \eta^2 = .015$ und häufiger eine F 3-Diagnose (32.7% vs. 19.7%, $p = .01, \eta^2 = .01$, Tabelle 9.16.2)

Tabelle 9.16.2: Stichprobenbeschreibung derjenigen, bei denen Themen aus anderen Informationsmaterialien angesprochen wurden (VAS-T)

		nicht angesprochen n = 283		angesprochen n = 94		P
		M	SD	M	SD	2-seitig
Alter		47.6	8.5	46.8	9.3	.49
SCL-90-R	GSI	1.2	.67	1.2	.62	.99
	PST	53.1	18.7	53.5	17.9	.74
	PSDI	1.9	.56	1.9	.53	.96
ISA		62.2	19.3	67.5	18.2	.02
		n	%	n	%	
Geschlecht	weiblich	193	68	63	67	.99
	männlich	90	32	31	33	
Bildungsgrad	Sonderschule	0		0		.43
	ohne Beruf	9	3.1	3	3.1	
	10-12J	174	61.5	53	56.4	
	Abitur	55	19.4	16	17	
	Universität	45	15.9	22	23.4	
ICD-10	F0	11	3.2	2	1.8	.42
	F1	18	5.3	6	5.3	.7
	F2	6	1.7	0	0	.16
	F3	66	19.7	37	32.7	.01
	F4	192	57.5	57	50.4	.34
	F5	4	0.12	1	0.09	.80
	F6	23	6.9	6	5.3	.58
	F7	0	0	1	0.09	.08
	F8	12	3.6	1	0.09	.34
F9	2	0.06	2	1.8	.24	

Anmerkungen. ICD-10 F0 = Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3 = Affektive Störungen; F4 = Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F7 = Intelligenzminderung; F8 = Entwicklungsstörungen; F9 = Verhaltensstörungen; ISA= Intelligenzstrukturanalyse; SCL-90-R =Symptom-Checkliste: GSI = Global Severity Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total

Die Auswirkungen des Ansprechens anderer Informationsmaterialien auf das Behandlungsergebnis und die Therapiesitzung (Beurteilung Therapiesitzung Patient und Therapeut, TAF, PAF, Brief-COPE, BSS, SCL-90-R post) wird mit einer zweifaktoriellen Varianzanalyse überprüft.

Bei zusätzlichem Ansprechen weiterer Themen aus anderen Informationsmaterialien kommt es zu einer weiteren Verschlechterung für die Interventionsgruppe, die Kontrollgruppe verbesserte sich. Signifikante Interaktionen bestehen bei folgenden Items: (TAF) „Veränderung der psychischen Befindensstörung“, ($p = .02$, $\eta^2 = .03$); „Aussicht auf Veränderung sozialer Problem“, ($p = .03$, $\eta^2 = .03$) und „Krankheitsverständnis“, ($p = .02$, $\eta^2 = .04$) und in der Selbstbeurteilung der Veränderung (PAF) der „körperlichen Befindensstörung“, ($p = .02$, $\eta^2 = .034$).

Das Ansprechen von Themen aus weiteren Informationsmaterialien hatte jedoch nur positive Auswirkungen. Signifikante Verbesserung durch das Ansprechen von Themen aus weiteren Informationsmaterialien zeigte sich in den Items „Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind?“ (PAF 34, $p = .039$, $\eta^2 = .026$), der Skala „Aktives Bewältigen (Brief-COPE, $p = .011$, $\eta^2 = .018$), in der Beurteilung der Therapiesitzung aus Patientensicht im „Gefühl verstanden worden zu sein“, (VAS-P, $p = .047$, $\eta^2 = .013$), „therapeutisches Vorgehen verstanden“, ($p = .01$, $\eta^2 = .021$), „Wichtiges behandelt in Therapiesitzung“, ($p = .004$, $\eta^2 = .027$), „Fortschritte in der Therapie“, ($p = .031$, $\eta^2 = .015$) und im PSDI (SCL-90-R, $p = .049$, $\eta^2 = .011$). Eine vollständige Aufstellung der zweifaktoriellen Varianzanalyse findet sich im Anhang 12.23.1.

10 Diskussion

Patienten mit chronischen Erkrankungen haben einen hohen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung und an Verhaltensschulung (Bengel, Beutel & Broda, 2003; Linden, 2006). Letztere werden in vorliegender Studie in Form von bibliotherapeutischen Materialien ergänzend zur Routinetherapie angewendet. Die Materialien waren mit größter Sorgfalt und hohem methodischem Aufwand speziell für die untersuchte Stichprobe erstellt worden, erfüllten die Kriterien der Lesbarkeit und Verständlichkeit und enthielten Handlungsempfehlungen zur Bewältigung. Sie sollten zusätzlich zur Routinebehandlung das Krankheitswissen und -verständnis verbessern sowie Anleitung zu einer besseren Krankheitsbewältigung geben mit dem Ziel, die Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Es wurde eine Reduktion beeinträchtigender Symptome, eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit und eine größere Kompetenz in Entscheidungen und Handlungen erwartet, die die Gesundheit beeinflussen d.h. ein Empowerment des Patienten. Die erwartete Wirkung sollte sich in einer zusätzlichen Verbesserung der Therapiesitzung und einer Steigerung des Behandlungsergebnisses nachweisen lassen. Auch wurde erwartet, dass die Therapeuten psychoedukative Teile der Therapie auf die Bibliothherapie übertragen, um Zeit für sonstige Therapieinterventionen zu gewinnen.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine randomisierte klinische Studie, in der die Auswirkungen von Bibliothherapie in den verhaltenstherapeutischen Behandlungen - wie sie in der Routine des Alltages geleistet werden - im Rahmen einer stationären Verhaltenstherapie in einer Rehabilitationsklinik untersucht werden (ökologische Validität). Sie erfasst die Perspektiven der Beteiligten (Therapeuten und Patienten) auf die Auswirkungen der Bibliothherapie auf die Therapeut-Patient-Beziehung, den Therapieprozess und verschiedene weitere Behandlungsergebnismaße. Einen derartigen Studienansatz zur dargelegten Thematik hat es nach Kenntnis der Autorin bisher nicht gegeben.

Das Studiendesign und die Randomisierung bezüglich relevanter Störvariablen wurden erfolgreich umgesetzt. Zum individuellen Lesen der Broschüre(n) verblieb ausreichend Zeit. Die Therapeuten setzten die ihnen zur Verfügung gestellten Materialien jedoch eher wenig ein. In spontanen Rückmeldungen nannten sie häufiger als Erklärung, dass die Broschüren nicht passgenau wären zu den aktuellen Problemstellungen der laufenden Therapie und daher manchmal mehr störten als halfen. Die Erwartung einer Nutzung der Broschüren durch die Therapeuten, um Zeit für sonstige Therapieinterventionen zu gewinnen, erfüllte sich nicht. Die am meisten verteilte

Broschüre über alle Diagnoseklassen hinweg war die Broschüre „Kognitionen und Erleben“. Dies entspricht dem Vorgehen in der kognitiven Verhaltenstherapie, die grundsätzlich von automatischen Gedanken und Schemata in der Analyse oder Lösung von Problemen ausgeht. Eine störungsspezifische Broschürenauswahl im engeren Sinne, wie man beispielsweise bezüglich der Broschüre „Phobien und Expositionstherapie“ und Angsterkrankungen hätte erwarten können, ist nicht zu erkennen. Die Broschüren wurden sowohl integrativ d.h. Themen wurden aus der ausgehändigten Broschüre angesprochen als auch als eine zusätzliche Informierung genutzt. Relativ selten waren konkrete bibliothераapeutische Inhalte „das Wichtigste“ einer Therapiesitzung für die Therapeuten.

Gesundheitsbezogenes Wissen wird als eine notwendige Bedingung für gesundheitsbezogenes Handeln angesehen (Schwarzer, 1996; Siegrist, 1996; Weinstein & Sandman, 1992). Die Daten zeigen, dass der Erhalt von bibliothераapeutischen Materialien in Ergänzung zur psychosomatischen Routinebehandlung zu einer zusätzlichen Steigerung des Krankheitswissens führt. In vorliegender Studie handelt es sich dabei um einen mittleren Effekt, der dem Ergebnis der Metaanalyse von Marrs (1995) für akademische Leistungen entspricht. Vor allem Männer und diejenigen mit einer 10-12-jährigen Schulausbildung profitierten von der Information. Die Daten zeigen aber auch, dass diejenigen mit einer höheren Bildung die relevanten Informationen auch ohne Bibliothераpie im Rahmen der Routinetherapie bekommen bzw. schon über derartig gesundheitsbezogenes Wissen verfügt haben. Das Fehlen eines Krankheitswissensmaßes zur Zeit der Aufnahme könnte ein Kritikpunkt sein, mit dem ein „sicherer“ Wissenszuwachs hätte interpretiert werden können. Allerdings wäre dies mit Schwierigkeiten verbunden gewesen, da zur Zeit der Aufnahme noch unklar war, welche Broschüre(n) ein Patient der Bibliothераpiegruppe erhalten würde. Somit wäre dies nur durch ein Ausfüllen aller sechs Wissensfragebögen möglich gewesen, was aber wegen des hohen Aufwands unterblieb.

Gesundheitsbildung und –förderung ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation chronisch Kranker. Bei der Gesundheitsförderung geht es allgemein darum, Menschen dazu zu veranlassen, für die eigene Gesundheit Sorge zu tragen, das heißt, ihnen zu einer Lebensweise zu verhelfen, die sich auf Dauer in einer besseren Gesundheit und Lebensqualität auswirkt. Patientenschulungen sind Teil der Gesundheitsförderung. Als interaktive Gruppenprogramme für Menschen mit überwiegend chronischen Erkrankungen sind sie meist krankheitsspezifisch ausgerichtet und sollen über die Erkrankung und ihre Behandlung informieren sowie Anleitung zum Umgang mit krankheitsbedingten Problemen geben (Petermann, 1997). Das Ziel der Gesundheitsförderung liegt im Abbau von Risikoverhalten, im Aufbau von Gesundheitsverhalten

sowie in der Aufrechterhaltung von bereits erworbenen gesundheitsförderlichen Handlungsweisen. Gesundheitsbezogenes Wissen wird als notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung für gesundheitsbezogenes Handeln angesehen. Wenn Wissen fehlt, kommt es unter Umständen zu fatalen Fehleinschätzungen des eigenen Risikoverhaltens, und die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung wird nicht erkannt. Die Kluft zwischen Wissen und Handeln ist jedoch nicht unbekannt in der traditionellen vs. konstruktivistischen Auffassung von Lehren und Lernen (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2001). Nach Renner & Schwarzer (2000) werden die beiden traditionellen Interventionen „Vermittlung von Wissen sowie Induzierung von Angst“ von Gesundheitserziehern auch heute noch häufig eingesetzt, um gesundheitsbezogene Einstellungen, die subjektive Risikowahrnehmung und das Gesundheitshandeln zu beeinflussen. Inzwischen ist jedoch aufgrund von empirischen Studien deutlich geworden, dass diese alleine nicht ausreichen (Fuchs & Schwarzer, 1994; Renner & Hahn, 1998; Renner & Schwarzer, 2000), denn viele Risikoverhaltensweisen haben sich als sehr hartnäckig erwiesen, auch nachdem entsprechendes Wissen erworben wurde. Defensive Verzerrungen der Wirklichkeit tragen dazu bei, diese Motivation zu untergraben. Anstelle bloßen Faktenwissens werden heute in der Gesundheitspsychologie (Renner & Schwarzer, 2000) vor allem drei Konstrukte, in denen jeweils eine Wissenskomponente enthalten ist, verwendet: (a) die Risikowahrnehmung, (b) die Handlungs-Ergebnis-Erwartung und (c) die Selbstwirksamkeitserwartung. In der Risikowahrnehmung steckt die emotionale Komponente der Bedrohung sowie die rationale Komponente der Einschätzung von objektiver Gefahr und persönlicher Vulnerabilität. Angstappelle allein haben sich nicht bewährt. Menschen ändern ihr Risikoverhalten nicht allein aus Angst, aber sie können dazu dienen, nachfolgende Motivationsprozesse einzuleiten und die Vorsatzbildung anzuregen (Taylor, 1991). Sie brauchen zur Bildung einer Verhaltensintention aber vor allem die richtigen Handlungs-Ergebnis-Erwartungen, also das Bedingungswissen darüber, welche positiven und welche negativen Ergebnisse sich aus dem Handeln und aus dem Nichthandeln ableiten lassen. Darüber hinaus muss die Person davon überzeugt sein, das fragliche Gesundheitsverhalten auch gegenüber Widerständen durchsetzen zu können. Diese Selbstwirksamkeitserwartung hat sich in Studien als zweitwichtigster Prädiktor für die Intention (nach den Handlungs-Ergebnis-Erwartungen) und für die Handlung (nach der Intention) erwiesen (Renner & Schwarzer, 2000). Eine Veränderung im Umgang mit der Erkrankung verläuft (Schwarzer, 1996) über die Phasen Inaktivität, Entschluss bis hin zur Aktivität, und in jeder Phase dominieren andere Prädiktoren. Eine Gesundheitsförderung des selbstberichteten Krankheitsverhaltens wurde durch den Reha-Aufenthalt erreicht. Eine zusätzliche Verbesserung erfolgte durch die Bibliothherapie jedoch nicht.

Die Bibliothherapie scheint sich auf die Beurteilung der Therapiesitzung auszuwirken. Die

Hypothese bezüglich einer positiven Auswirkung auf die Therapeut-Patient-Beziehung und den Therapieprozess konnte nicht angenommen werden. Ob die Therapeuten bei „schwierigeren“ Patienten häufiger Bibliothherapie einsetzen, kann im Nachhinein nicht beurteilt werden. Hinweise auf ausschließlich negative Wirkungen durch die Bibliothherapie finden sich sowohl aus Sicht des Patienten als auch des Therapeuten. Bedenklich ist dieses Ergebnis, da nach den Untersuchungen von Starker (1986, 1988a, 1988b, 1988c, 1992) die von ihm befragten Psychologen Selbsthilfematerialien nicht für schädlich halten, und die Therapiebeziehung ein wichtiger Faktor ist für ein positives Behandlungsergebnis und für die Patientenzufriedenheit (Kim, Boren & Solem, 2001; Martin, Garske & Davis, 2000). „Das Ansprechen anderer Informationsmaterialien“ wirkte sich aus Sicht der Patienten jedoch positiv aus, da es wahrscheinlich eher passgenau zur aktuellen Problemstellung erfolgte. Auch die Hypothese bezüglich einer positiven Auswirkung der Bibliothherapie auf das Behandlungsergebnis kann nicht angenommen werden. Trotz des größeren Krankheitswissens kommt es in einigen Ergebnismaßen zu keinem zusätzlichen Therapieeffekt. Nach Berk & Parker (2009) kann das Ausbleiben eines vom Patienten erwarteten Therapieeffektes durchaus mit einer Schädigung des Betroffenen verglichen werden, wie Shorter (1997) an einem Patientenbeispiel deutlich macht. Andere Maße weisen auf Negativwirkungen durch Bibliothherapie hin z.B. in der Veränderungsbeurteilung der Therapeuten als auch aus der Sicht der Patienten. Je niedriger die Schulbildung der Leser ist desto größer sind die negativen Effekte. Da in psychosomatischen Rehabilitationskliniken der überwiegende Teil der Patienten einen 10-12 jährigen Schulabschluss aufweist (DRV, 2007; Schneider & Michalak, 2007; Rehabilitationszentrum Seehof, 2005; Broda et al., 1996), scheint der Einsatz der Bibliothherapie hier nur bedingt geeignet zu sein. In der kognitiven Verhaltenstherapie, die grundsätzlich von automatischen Gedanken und Schemata in der Analyse oder Lösung von Problemen ausgeht, sollen Kognitionen / Schemata bewusst gemacht, hinterfragt und auf ihre Angemessenheit überprüft werden. Solche möglicherweise durch die Bibliothherapie induzierten Erwartungen könnten bei Patienten mit geringerer Schulbildung zu Überforderungsgefühlen geführt haben (Berk & Parker, 2009). Wird der Einfluss der Beurteilung der Therapiesitzung auf das Behandlungsergebnis kontrolliert, hat die Bibliothherapie tendenziell jedoch keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Bisher wurde die Auswirkung der Bibliothherapie innerhalb einer Verhaltenstherapie experimentell nur von Merkle (1989) und Wolf (1988) in einem ambulanten Setting untersucht. Ein Vergleich mit dieser Studie zeigt, dass die Komplexität des benutzten schriftlichen Materials variierte. Das von Merkle und Wolf erstellte Problemlösebuch enthielt 134 Seiten. Dobson & Shaw (1988) stellten allerdings überraschend fest, dass einfache und kurz gefasste Therapieanweisungen in Form von Merkblättern und Informationsbroschüren für Patienten nicht schlechter abschnitten als

umfangreiche und komplexe Manuale auf dem neuesten Stand der Therapieforschung. Ein weiterer Unterschied liegt im Interesse, mit dem die Bibliotherapie in der Therapie genutzt wurde. Wolf und Merkle hatten das Problemlösebuch selbst hergestellt, da sie sich eine Verbesserung ihrer Therapie erhofften. Einige der Therapeuten der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik nahmen sicherlich nur aufgrund ihrer Tätigkeit in der Klinik an der Studie teil und dies könnte sich in der geringen Nutzung der Broschüren ausgewirkt haben. Angaben über die subjektive Bereitschaft und Sichtweise der Therapeuten, Broschüren in ihrer Therapie mit einzubeziehen, fehlen. Das Problemlösebuch wurde therapiebegleitend gelesen und war fester Bestandteil der Therapie, wogegen in vorliegender Studie nach Einschätzung der Therapeuten nur 39,8 % der Interventionsgruppe häufiger als ≥ 2 -mal über die Broschüre während ihres sechswöchigen Aufenthaltes gesprochen hatte. Ein Vergleich der Ergebnisse mit denen von Wolf und Merkle zeigt, dass sich das therapiebegleitende Lesen im Vergleich zu Patienten, die lediglich Therapie erhielten, positiv auswirkte in der Selbstbeurteilung im emotionalen Befinden (EWL). Im kognitiven Bereich veränderte sich die Tendenz zu katastrophisieren, ansonsten wirkte es sich auf rationales Denken und körperliches Befinden nicht aus. Ferner beschrieben sich die Patienten als entspannter, gelassener und optimistischer. Die Konvergente Validität der EWL wurde von Janke & Debus (1986) mit der SCL-90-R überprüft. Ein Vergleich der Ergebnisse zwischen der Subskala „allgemeines Wohlbefinden“ (EWL, Wolf & Merkle) und der Skala 4 „Depressivität“ (SCL-90-R, vorliegende Studie) und der Subskala „emotionaler Gereiztheit“ (EWL, Wolf & Merkle) und der Skala 6 „Aggressivität-Feindseligkeit“ (SCL-90-R, vorliegende Studie) wurde vorgenommen. In vorliegender Studie hatte die Bibliotherapie keine Auswirkungen auf die Skala 4 und 6 ($p > .05$) im Vergleich zu denen, die keine Broschüren erhalten hatten. Nimmt man die Beurteilung der Veränderungen des psychischen Wohlbefindens (PAF 31) hinzu, gab die Interventionsgruppe eine signifikant geringere Veränderung an.

Wie lassen sich die Ergebnisse vorliegender Studie erklären?

Negative Wirkungen durch Bibliotherapie sind nicht unbekannt. Jedoch betrifft dies nach Scogin, Floyd, Jamison, Landreville & Bissonnette (1996) nur ca. 1 - 9 % der Leser. In vorliegender Studie reagierte jedoch die Interventionsgruppe im Durchschnitt negativ auf den Erhalt von Broschüren.

Der Noceboeffekt geht davon aus, dass Patienten erhaltene Informationen dysfunktional verarbeiten, pessimistische Erwartungshaltungen induziert werden und es so zu einer Symptomverschlechterung kommen kann. Dass die Broschüren einen Noceboeffekt induziert haben, ist eher unwahrscheinlich, da nach Kontrolle des Einflusses der Beurteilung der Therapiesitzung sich die Bibliotherapiegruppe nicht von der Kontrollgruppe im

Behandlungsergebnis unterscheidet.

Geht man davon aus, dass die Randomisierung in die Bibliotherapie- und die Kontrollgruppe sowie die Verteilung der Therapeuten über beide Gruppen gelungen ist, dann müssten beide Patientengruppen zu Beginn in gleicher Form Vertrauen oder Vorbehalte gegen die Therapeuten mitgebracht haben. In der Bibliotherapiegruppe finden sich aber vielfältige Hinweise darauf, dass das Therapeut-Patient-Verhältnis gestört ist, und diese Störung zu negativen Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis (Berk & Parker, 2009) geführt hat. Die Teilnahme an der Studie könnte bei der Bibliotherapiegruppe Erwartungen geweckt haben, die die Broschüren und der anschließende Umgang in der Therapie nicht erfüllt haben. Die Bibliotherapiegruppe gab an, „in der Psychotherapiegruppe weniger für sie wichtige Themen bearbeitet zu haben“ als die Kontrollgruppe. Auch der Erhalt und das Wissen um verhaltenstherapeutische Inhalte durch die Broschüren könnte zu einer grundsätzlichen Neubewertung ihrer Erwartungen an die Therapie geführt haben. Patientenerwartungen sind unspezifische Faktoren, die auf den Verlauf und das Ergebnis von Psychotherapien Einfluss nehmen (Barker, Funk & Houston, 1988; Stevens, Hynan & Allen, 2000). Sie beurteilten das Befinden nach der Therapiesitzung („mir geht es nach dem heutigen Gespräch mit dem Therapeuten sehr viel ...“) sowie ihre Entwicklung („ich habe im Verlauf der letzten Woche eine ... Entwicklung bei mir festgestellt“) im Durchschnitt negativer. Ein Response shift wäre eine Erklärungsmöglichkeit, der vor allem auf messmethodische Implikationen hinweist, wenn sich aufgrund einer Intervention interne Bewertungsmaßstäbe ändern. Bei der Konstruktion von Fragebögen wird von einer zeitlichen und interindividuellen Stabilität im Sinne eines invarianten „wahren Wertes“ oder latenten Konstruktes ausgegangen. Nach Schwartz & Rapkin (2004) sollte man vermutlich eher von einem bedingten wahren Wert („contingent true score“) ausgehen, der vom Prozess der Bewertung abhängig ist. So sind Skalen, die der Wahrnehmung des Einzelnen obliegen - wie z.B. die VAS - stärker vom Response shift betroffen als klar umrissene Funktionsskalen (Schlenk et al., 1998; Wilson, 1999). Nach Lepore & Eton (2000) kann sich die Änderung interner Referenzpunkte relativ sowohl nach oben als auch nach unten verändern. Ausmaß und Richtung der Änderung sind entscheidend davon abhängig, wonach bei der Evaluation von Interventionen gefragt wird. Fragen nach dem derzeitigen Gesundheitszustand führen bei Patienten zu einer intern anderen Aktivierung von Standards als etwa die Bewertung konkreter Szenarien im Rahmen gesundheitsökonomischer Fragestellungen. Solche Szenarien werden in der Regel im Vergleich zum eigenen Status schlechter eingeschätzt als der Gesundheitszustand nach einer Intervention, der eher Korrekturen nach oben unterworfen ist (Jansen et al., 2000b). Gerade bei Studien, die psychotherapeutische Therapieeffekte messen, ist zu beachten, dass im Laufe einer Intervention mit zunehmender Besserung die somatisch oder

psychisch beeinträchtigte Befindlichkeit in den Hintergrund treten wird und anderen inhaltlichen Konzepten Platz machen. Beispielsweise kann dann die Therapeut-Patient-Beziehung in hohem Maße die Zufriedenheit z.B. mit dem Gesundheitszustand beeinflussen (Güthlin, 2004).

Eine andere Erklärungsmöglichkeit für die Störung der Therapie(-beziehung) wäre das „Empowerment“ der Patienten. Eine Initiative des Patienten kann als ein Zeichen von Empowerment aufgefasst werden (Kim, Boren & Solem, 2001). Die Therapeuten gaben in der Therapie mit der Interventionsgruppe ein „schlechteres therapeutisches Vorgehen“ an. Ob der durch die Broschüre „informierte“ Patient sich möglicherweise selbstbewusster und selbststeuernder in der Therapie verhalten hat und dadurch das Vorgehen in der Therapie beeinflusst wurde, lässt sich im Nachhinein nicht beurteilen.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit der negativen Auswirkung der Bibliothherapie könnte die fehlende Passung im Therapieprozess sein. Die Therapeuten nannten in spontanen Rückmeldungen, dass die Broschüren nicht passgenau wären zu den aktuellen Problemstellungen der laufenden Therapie und daher manchmal mehr störten als halfen. Jedoch hatte das Ansprechen von Themen aus weiteren Informationsmaterialien, das sich wahrscheinlich passgenau im Therapieverlauf ergab, nur positive Auswirkungen.

Trotz der Vorliebe vieler Therapeuten ihren Patienten Lesematerialien zu empfehlen, kann nach den Ergebnissen vorliegender Studie eine Informierung innerhalb einer Verhaltenstherapie durch schriftliche Lesematerialien nicht generell empfohlen werden und wenn, dann sollte sie nur im Einzelfall therapeutisch indiziert, passgenau zur Therapie und mit großer therapeutischer Sorgfalt eingesetzt werden. Gründe gegen den Einsatz (z.B. kognitive Beeinträchtigungen, momentane Priorität von emotionaler gegenüber technischer Unterstützung) sollten individuell berücksichtigt werden und bei Ausbleiben der angestrebten Wirkungen oder einer Veränderung in der Therapeut-Patient-Beziehung sollte eine Analyse des therapeutischen Misserfolgs des Selbsthilfevorgehens durchgeführt werden (Leahy, 2001). Weitere Forschungen sind nötig, um die Frage zu klären, welche Faktoren und Prozesse das Ergebnis der Bibliothherapie in eine positive oder auch in eine negative Richtung beeinflussen können, da gute therapeutische Intentionen alleine nicht sicherstellen, dass es auch zu guten therapeutischen Wirkungen kommt.

11 Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Bruhin, E. (2003). Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Vierte und erweiterte Auflage. Schwabenheim a.d. Selz.
- Adams, S. J. & Pitre, N. L. (2000). Who uses bibliotherapy and why? A survey from an underserved area. *Can J Psychiatry*; 45:645–649.
- Adkins, A. D. & Singh, N. N. (2001). Reading Level and Readability of Patient Education Materials in Mental Health. *Journal of Child and Family Studies*; 10(1):1-8.
- Angenendt, J. (2009). Patientenratgeber und Selbsthilfematerialien. In J. Margraf (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen-Diagnostik-Verfahren-Rahmenbedingungen* (S.756-765). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Anstett, R. E. & Poole, S. R. (1983). Bibliotherapy: An adjunct to care of patients with problems of living. *Journal of Family Practice*; 17(5):845-853.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Badcott, D. (2005). The expert patient: valid recognition or false hope? *Med Health Care Philos*; 8(2):173-178.
- Barghaan, D., Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2007). Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen – Bestandsaufnahme und Entwicklungstendenzen. In: J. Lindner, G. Angenendt & V. Tschuschke (Hrsg.): *Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. Grundlagen, Therapiekonzepte und Perspektiven*. Gießen (Psychosozial-Verlag). S. 27- 42.
- Barker, S. L., Funk, S. C. & Houston, B. K. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8:579–594.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. et al. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Bengel, J., Beutel, M. E. & Broda, M. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. *Psychotherap. Psychosom Med Psychol*; 53:83-93.
- Bengel, J. & Helmes, A. (2005). Rehabilitation. In: M. Perrez, U. Baumann (Hrsg.): *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl., S. 530-553).
- Bengel, J. & Herwig, J.E. (2005). Rehabilitation. In: D. Frey & C. Graf Hoyos (Hrsg.): *Psychologie in Gesellschaft, Kultur und Umwelt*. Beltz/PVU; 187-192
- Bengel, J. & Koch, U. (2000). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer.
- Benedetti, F. (2008). Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and

- treatments. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.*; 48:33–60.
- Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L. & Colloca, L. (2007). When words are painful – unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*; 147:260–271.
- Benedetti, F., Pollo, A., Lopiano, L., Lanotte, M., Vighetti, S., & Rainero, I. (2003). Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses. *Journal of Neuroscience*; 23:4315–4323.
- Berk M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry*; 43:787–794.
- Beutel, M. (1991). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Edition Medizin VCH.
- Böcken, J., Braun, B. & Schnee, M. (2004). *Der Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft*, Bertelsmann Stiftung.
- Broda, M., Bürger, W., Dinger-Broda, A. & Massing, H. (1996). *Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern*. Westkreuz-Verlag. Berlin / Bonn.
- Butzlaff, M., Floer, B. & Isfort, J. (2003). „Shared Decision Making“: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag. In: J. Böcken, B. Braun & M. Schnee (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2003*, Gütersloh 2003, S. 41-55.
- Calhoun, G. Jr. (1987). Enhancing self-perception through bibliotherapy. *Adolescence*; 22:939–943.
- Campbell, L. F. & Smith, T. P. (2003). Integrating self-help books into psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology/In Session*; 59(2):177–186.
- Cannon, W.B. (1942). Voodoo death. *Am Anthropol*; 44(2):169-181.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief Cope. *International Journal of Behavioral Medicine*; 4(1):92-100.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2000). Scaling back goals and recalibration of the affect system are processes in normal adaptive self-regulation: understanding 'response shift' phenomena. *Soc Sci Med*; Jun, 50(12):1715-22.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*; 56:267–283.
- Chamberlain, D., Heaps, D. & Robert, I. (2008). Bibliotherapy and information prescriptions: a summary of the published evidence-base and recommendations from past and ongoing Books on Prescription projects. *J Psychiatr Mental Health Nurse*, Jan; 15(1):24-36.
- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G. & Gann, R. (1999). DISCERN - an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:105-111.

- Cherith J. S., Dunwoody, L., Kernohan, W. G. & McCaughan, E. (2009). Development and evaluation of a problem-focused psychosocial intervention for patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer*; 17:379–388
- Chien, W., Kam, C. & Fung-Kam Lee, I. (2001). An assessment of the patient's needs in Mental Health Education. *Journal of Advanced Nursing*; 34:304-311.
- Cohen, L. J. (1992). *Bibliotherapy: The experience of therapeutic reading from the perspective of the adult reader*. Diss Abstr Int 53:5308B. University Microfilms No. 92-37744.
- Cohen, L. J. (1994a). Bibliotherapy: a valid treatment modality. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*; 32:40–44.
- Cohen, L. J. (1994b). Phenomenology of therapeutic reading with implications for research and practice of bibliotherapy. *Arts Psychother*; 21:37–44.
- Craighead, L., McNamara, K. & Horanb, J. (1984). Perspectives on self-help and bibliotherapy: You are what you read, In S. Brown & R. Lent (eds): *Handbook of Counseling Psychology*. New York, Wiley; pp 878–929.
- Dambrowsky, R. (2009). *Die wichtigsten Inhalte der stationären Verhaltenstherapie aus Therapeutesicht - eine qualitative Untersuchung auf Basis der "Pivotal Topic Methode*. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Davis, C., Ralevski, E., Kennedy, S. H. & Neitzert, C. (1995). The role of personality factors in the reporting of side effect complaints to moclobemide and placebo: a study of healthy male and female volunteers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*; 15:347–352.
- Den Boer, P.- C., Wiersma, D. & Bosch, R.- J., Van den (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*; 34 (6):959- 971.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual I for theR(evised) Version*. Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2007). *Regionale Initiative Betriebliche Eingliederungsmanagement. Abschlussbericht zum Modellprojekt*. Berlin: DRV.
- Dickes, P. & Steiwer, L. (1977). Ausarbeitung von Lesbarkeitsformeln für die deutsche Sprache. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*; 9:20 – 28.
- Dobson, K. S. & Shaw, B. F. (1988). The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experiences and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 673–680.
- Döring, N. & Eichenberg, C. (2007). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien: Ein neues Praxis- und Forschungsfeld. *Psychotherapeut*; 52:127-135.
- Duetz, M. & Abel, T. (2004). Health Literacy: Förderung und Nutzung von Gesundheitskompetenzen in der Praxis. *Managed Care*: 5:33-35.
- Duncan, G. H., Bushnell, M. C. & Lavigne, G. J. (1989). Comparison of Verbal and Visual

- Analogue Scales for measuring the intensity and unpleasantness of experimental pain. *Pain*; 37:295–303.
- Eichenberg, C. (2004). Spezifika der therapeutischen Beziehung im Online-Setting. *Psychotherapie im Dialog*; 5(4):393- 396.
- Eichenberg, C. (2007). Der Einsatz von „Virtuelle Realitäten“ in der Psychotherapie: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychotherapeut*; 52:362–367.
- Engelhardt, D. v. (1987). *Bibliotherapie. Arbeitsgespräch mit der Robert Bosch Stiftung 1985 in Stuttgart*. Bleicher, Gerlingen.
- Fähndrich, E. & Linden, M. (1982). Zur Reliabilität und Validität der Stimmungsmessung mit der Visuellen-Analog-Skala (VAS). *Pharmacopsychiatrie*; 15:90-94.
- Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I. & Petermann, F. (2005). Patientenschulung. *Die Rehabilitation*; 44:277-286.
- Filipp, S. & Aymanns, P. (1997). Bewältigungsstrategien (Coping). In: T. Uexküll (Hrsg.). *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Studienausgabe*. Urban & Schwarzenberg. München:277- 290.
- Flaten, M. A., Simonsen, T. & Olsen, H. (1999). Drug-Related Information Generates Placebo and Nocebo Responses That Modify the Drug Response. *Psychosom Med.* 61 (2): 250–5.
- Flesch, R. F. (1948). A new Readability Yardstick. *Journal of Applied Psychology*; 32(3):221-233.
- Floyd, M. R. (2003). Bibliotherapy as an adjunct to psychotherapy for depression in older adults. *Journal of Clinical Psychology/In Session*; 59(2):187–195.
- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N., Floyd, D. L. & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*; 28:297-318.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annu Rev Psychol*; 55: 745-774.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Weinheim: Beltz
- Frude, N. (2004). Bibliotherapy as means of delivering psychological therapy. *Clin Psychol*; 39:8-10.
- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1994). Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In K. Schneewind (Hrsg.), *Psychologie der Erziehung und Sozialisation* (Enzyklopädie der Psychologie) S. 79-94. Göttingen: Hogrefe.
- Geers, A. L., Helfer, S. G., Kosbab, K., Weiland, P. E. & Landry, S. J. (2005). Reconsidering the role of personality in placebo effects: Dispositional optimism, situational expectations, and the placebo response. *Journal of Psychosomatic Research*; 58:121–127.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In: J. Bengel & U. Koch

(Hrsg.) *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer.

- Glasgow, R. E. & Rosen, G. M. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychol Bull*; 85:1–23.
- Glasgow, R. E. & Rosen, G. M. (1979). Self-help therapy manuals: Recent developments and clinical usage. *Clin Behav Ther Rev*; 1:1–20.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*; 49:59–72.
- Gonzalez, J. M., Tinsley, H. E. A., Kreuder, K. R. & Karen, R. (2001). Effects of psychoeducational interventions on opinions of mental illness, attitudes towards help seeking, and expectations about psychotherapy in college students. *J of College Student Development*; 43(1):57-63.
- Grahlmann, K. & Linden, M. (2005). Bibliothérapie. *Verhaltenstherapie*; 15:88- 93.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*;1:4-11.
- Gregory, R. J., Canning, S. S., Lee, T. W. & Wise, J. C. (2004). Cognitive bibliotherapy for depression: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*; 35:275-280.
- Grob, P. (1991). Bibliothérapie -Texte als Hilfe zur Selbsthilfe. Geschichtliches – Literaturübersicht - Praxisbezug. *Schweiz Rundsch Med Prax*; 80(26):714-718.
- Guadagnoli, E. & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psych. Bull*; 103:265-275.
- Güthlin, C. (2004). Response Shift: alte Probleme der Veränderungsmessung, neu angewendet auf gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Z Med Psychol*; 13:165–174.
- Haga, S.B., Warner, L. R. & O'Daniel, J. (2009). The potential of a placebo/nocebo effect in pharmacogenetics. *Public Health Genomics*; 12(3):158-62.
- Hahn, R. A. (1997). The Nocebo Phenomenon: Concept, Evidence and Implications for Public Health. *Preventive Medicine*; 26(5):607–611.
- Halliday, G. (1991). Psychological self-help books - how dangerous are they? *Psychotherapy*; 28: 678-686.
- Hamann, J., Leucht, S. & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*; 107:403-409.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. New York: Academic Press.
- Helbig, S., Hähnel, A., Weigel, B. & Hoyer, J. (2004). Wartezeiten - und wie sie zu nutzen sind. *Verhaltenstherapie*; 14:294-302.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Braehler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R:

- Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*; 47, (1):27-39.
- Heuft, G. & Senf, W. (1989). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Hirai, M. & Clum, G. A. (2006). A Meta-Analytic Study of Self-Help Interventions for Anxiety Problems. *Behavior Therapy*; 37:99–111.
- Hoffmann, N. (2008). Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.) *Verhaltenstherapiemanual*. Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 3-6.
- Horn, A. B. & Mehl, M. R. (2004). Expressives Schreiben als Copingtechnik: Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Verhaltenstherapie*;14:274–283.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*; 38:139-149.
- Hynes, A. M. & Hynes-Berry, A. (1986). *Bibliotherapy: The Interactive Process*: Boulder. Westview.
- Institut für Test- und Begabungsforschung in Bonn (ITB) & Gittler, G. (Institut für Psychologie der Universität Wien) (1999). *Intelligenz – Struktur - Analyse (ISA)*.
- Jamison, C. & Scogin, F. (1995). The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *J Consult Clin Psych*; 63(4):644-50.
- Janke, W. & Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W. & Debus, G. (1986). Eigenschaftswörterliste EWL. In Collegium Internationale Psychiatrie Sclerorum (CIPS), (Hrsg.): *Internationale Skalen für Psychiatrie* (3. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Jansen, S. J. T., Stiggelbout, A. M., Wakker, P. P., Nooij, M. A., Noordijk, E. M. & Kievit, J. (2000b). Unstable preferences: a shift in valuation or an effect of the elicitation procedure. *Medical Decision Making*, 20:62–71.
- Jewett, D. L., Fein, G. & Greenberg, M. H. (1990). A double-blind study of symptom provocation to determine food sensitivity. *N Engl. J Med. Aug 16*; 323(7):429-33.
- Joint Committee in National Health Education Standards (1995). *National health education standards: Achieving health literacy*.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin:Springer.

- Katz, B. & Katz Sternberg, L. (1985). *Self-Help: 1400 Best Books on Personal Growth*. New York: Bowker.
- Katz, G. & Watt, J. A. (1992). The use of books in Psychiatric treatment. *Can J Psychiatry*; 37:173-178.
- Kickbusch, I., Maag, D. & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. Paper for the European Health Forum Badgastein.
- Kim, S. C., Boren, D. & Solem, S. L. (2001). *The Kim Alliance Scale Clin Nurs Res*; 10; 314-331.
- Kittler, U. (1986). Heilwirkung des Lesens: wissenschaftlich erforscht. *Schule heute*; 7-8:25.
- Klare, G. R. (1963). *The Measurement of Readability*. Ames: Iowa State University Press.
- Kleber, D. (1982). Bibliothherapie: Ein Beitrag zur Geschichte und zur Begriffsbestimmung. *Zentralblatt für Bibliothekswesen*; 96 (9):390-399.
- Klug Redman, B. (1996). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Berlin: Ullstein Mosby.
- Knoll, N. (2002). *Coping as a Personality Process: How Elderly Patients Deal with Cataract Surgery*. Unveröffentlichte Dissertation.
- Krohne, H.W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H.W. Krohne (Ed.) *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (S. 19-50). Hogrefe & Huber.
- Krohne, H.W. (1997). Stress und Stressbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 267-283). Göttingen:Hogrefe.
- Landis, J. R. & Koch G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*; 33:159-174.
- Langer, I., Schulz von Thun, F., Meffert, J. & Tausch, R. (1973). Merkmale der Verständlichkeit schriftlicher Informations- und Lehrtexte. *Z. f. exp. U. angewandte Psychologie*; 20:269-286.
- Langer, I., Schulz von Thun, F. & Tausch, R. (1974). *Verständlichkeit*. München: Ernst Reinhard.
- Langer, I., Schulz von Thun, F. & Tausch, R. (2002). *Sich verständlich ausdrücken*. 7. Auflage. München: Reinhardt.
- Langhoff, C., Bär, T., Zubrägel, D. & Linden, M. (2008). The therapeutic alliance and treatment outcome in cognitive behavior therapy of generalized anxiety disorders: Differences between therapist-patient-alliance, patient-therapist-alliance, mutual therapeutic alliance and therapist-patient concordance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*; 22(1):68-79.
- Lawrence, I. & Silverberg, L. (2003). Bibliothherapie: the therapeutic use of didactic and literary texts in treatment, diagnosis, prevention and training. *JAOA*;3:131-135.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Lepore S. J. & Eton D. T. (2000). Response shift in prostate cancer patients: An evaluation of

- suppressor and buffer models. In C. Schwartz & M. A. G. Sprangers (Hrsg.), *Adapting to changing health. Response shift in quality of life research*. Washington: American Psychological Association.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Cameron, L. (2001). Representation, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In: A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.): *Handbook of Health Psychology* (pp.19-47). New York: Erlbaum.
- Linden, M. (1983). Compliance-adaptierte Information. In: B. Fischer & S. Lehl (Hrsg.): *Patienten-Compliance*. Mannheim. Böhringer Mannheim; pp 93–97.
- Linden, M. (1997). Patientenaufklärung und Fach-Gebrauchsinformationen aus psychiatrischer Sicht. *Z Ärztl Fortbild Qualifikationssich*;91:662–667.
- Linden, M. (2000). Schriftliche Patienteninformation. Ein Beitrag zur Patientenaufklärung und Arzneimittelsicherheit. In B. Bandelow & E. Rütger (Hrsg): *Therapie mit Neuroleptika. Qualitätssicherung und Arzneimittelsicherheit*. Darmstadt. Steinkopf.
- Linden, M. (2006). Die Rolle der stationären „psychosomatischen Rehabilitation“ in der Versorgung psychisch Kranker. In F. Schneider (Hrsg.): *Entwicklungen der Psychiatrie*. Springer Berlin Heidelberg.
- Linden, M., Christof, T. & Rentzsch T. (2008). Contents of general practitioner-patient consultations in the treatment of depression. *J of General Internal Medicine*,23:1567-1570
- Linden, M., Geiselman, B. & Makansi, A. (1983). Der Beipackzettel im Urteil von Patienten. *Münch Med Wochenschr*; 125:671–674.
- Linden, M., Langhoff, C. & Milew, D. (2007). Das Mehrebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz. *Verhaltenstherapie*; 17:52–59.
- Linden, M., Pieper, C., Fertmann, J. & Sandau, E. (2007). *Fragebogen zur Überprüfung des Krankheitswissens*. Unveröffentlicht.
- Linden, M., Staats, M., Bär, T. & Zubrägel, D. (2005). The assessment of treatment strategy in cognitiv-behavior therapy: Using the pivotal topic measure. *Psychotherapy Research*;15(4):382-391
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of BPD*. New York: Guilford.
- Lombardi, C., Gargioni, S., Canonica, G. W. & Passalacqua, G. (2008). The nocebo effect during oral challenge in subjects with adverse drug reactions. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*; 40(4):138-41.
- Lorber, W., Mazzoni, G. & Kirsch, I. (2007). Illness by suggestion: expectancy, modeling, and gender in the production of psychosomatic symptoms. *Annals of Behavioral Medicine*;33:112–116.
- Lorenz, J., Hauck, M., Paur, R. C., Nakamura, Y., Zimmermann, R., Bromm, B., et al. (2005).

- Cortical correlates of false expectations during pain intensity judgments – a possible manifestation of placebo/nocebo cognitions. *Brain, Behavior and Immunity*; 19:283–295.
- Lottermoser, M. (2004). *Leseverhalten bei Patienten mit psychischen Erkrankungen*. Unveröffentlichte Dissertation.
- Mains, J. A. & Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology/In Session*; 59(2):237–246.
- Margraf, J. (2009). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen-Diagnostik-Verfahren-Rahmenbedingungen* (S.3-45). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Marks, I. (1986). *Behavioural psychotherapy*. Wright, Bristol
- Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*;23:843–870.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*; 68:438–450.
- Merkle, R. (1989). *Bibliotherapie. Der Einfluss des therapiebegleitenden Lesens auf das emotionale Befinden bei ambulant behandelten Patienten*. PAL Verlag.
- Mihm, A. (1973). Sprachstatistische Kriterien zur Tauglichkeit von Lesebüchern. *Linguistik und Didaktik*; 14:117-127.
- Mitchell, D. J. (1994). Toward a definition of information therapy. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care*:71-75.
- Mittag, O. & Bengel, J. (2007). Edukativer Bereich. In: B. Rauch, M. Middeke, G. Bönner, M. Karoff & K. Held. *Kardiologische Rehabilitation*. Thieme Verlag.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. & Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington DC: The National Academies Press.
- Norcross, J. C. (1993). The relationship of choice: Matching the therapist's stance to individual clients. *Psychotherapy*; 30:402–413.
- Norcross, J.C. (2000). Here comes the self-help revolution in mental health. *Psychotherapy*; 37:370–377.
- Norcross, J. (2002a). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Prochaska, J.O. (2002). Using the stages of change. *Harv Ment Health Lett*. May; 18(11):5-7.
- Norcross, J. C., Santrock, J. W., Campbell, L. F., Smith, T. P., Sommer, R. & Zuckerman, E. L. (2003). *Authoritative guide to self-help resources in mental health*. Revised edition. New York: Guilford.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education

- and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*; 15(3):259-267.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orth, I. & Petzold, H. (1995). *Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache*. Paderborn. Junfermann.
- Paar, G. H. (2001). Akutstationäre und rehabilitative Versorgung in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin. In: *DGPM*;2:5-16.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Hughes, M. E., Nierenberg, A. A., Alpert, J. E. & Fava, M. (2004). Anxiety and somatic symptoms as predictors of treatment-related adverse events in major depressive disorder. *Psychiatry Research*; 126:287–290.
- Pardeck, J.T. (1994a). Bibliotherapy. *Contemp Educ*; 65:191–193.
- Pardeck, J.T. (1994b). *Using Bibliotherapy in Clinical Practice. A Guide to Self-Help Books*. London. Greenwood.
- Pardeck, J. T. (1998). *Using books in clinical social work practice: A guide to bibliotherapy*. New York: The Haworth Press.
- Pardeck, J.T. & Pardeck, J.A. (1984b). An overview of the bibliotherapeutic treatment approach: implications for clinical social work practice. *Family Therapy*; 11(3):241-252.
- Penley, J.A., Tomaka, J. & Wiebe, J. S. (2002). The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J of Behav Medicine*; 25:6.
- Perreault, M., Katerelos, T., Tardif, H. & Pawliuk, N. (2006). Patients' perspectives on information received in outpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 13:110-116.
- Petermann, F. (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung - Ein Lehrbuch*. Hogrefe Verlag.
- Petrie, K., Müller, T., Schirmbeck, F., Donkin, L., Broadbent, E., Ellis, C. J., Gamble, G. & Rief, W. (2007). Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomized controlled trial. *British Medical Journal*; 334:352–354.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behavior. In: M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.) *Progress in behavior modification* (pp.183-218). Sycamore.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1999) *Comparative conclusions: toward a transtheoretical therapy. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Brooks/Cole, Pacific Grove, CA, pp. 487–528.
- Quackenbush, R. L. (1991). The prescription of self-help books by psychologists: a bibliography of

selected bibliotherapy resources. *Psychotherapy*; 28:671-677.

- Rehabilitation Center Seehof (2005): *Qualitätsreport 2005*. Rehabilitationszentrum Seehof Teltow/Berlin. Deutsche Rentenversicherung Bund
- Reha-Kommission. (1991). *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt am Main: VDR.
- Reinecker, H. & Lakatos-Witt, A. (2005). *Ansatzpunkt Erleben, Verhalten: Verhaltenstherapeutische orientierte Psychotherapie*. In: M. Perrez & U. Baumann. *Lehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Huber-Verlag.
- Reinmann-Rothmeier, G. & Mandl, H. (2001). Unterrichten und Lernumgebungen gestalten. In A. Krapp & B. Weidenmann (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie*. Ein Lehrbuch (S. 601-646). Weinheim: BeltzPVU.
- Renner, B & Hahn, A (1998). Screenings als Maßnahme der Gesundheitsförderung: Eine Längsschnittstudie. *Psychomed*; 10:47-54.
- Renner, B & Schwarzer, R. (2000). Gesundheit: Selbstschädigendes Handeln trotz Wissen. In H. Mandl (Hrsg.): *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln: empirische und theoretische Lösungsansätze*. S. 25-50, Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Avorn, J. & Barsky, A. J. (2006). Medication-attributed adverse effects in placebo groups. Implications for assessment of adverse effects. *Archives of Internal Medicine*; 166(2):155–160.
- Rief, W. & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms: Models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*; 27:821–841.
- Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects in hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*; 107:587–595.
- Rosen, G. M. (1981). Guidelines for the review of do-it-yourself treatment books. *Contemporary Psychology*; 26:189-190.
- Rosen, G. M. (1987). Self-help treatment books and the commercialization of psychotherapy. *American Psychologist*, 42, 46–51.
- Rosen, G. M. (2004). Remembering the 1978 and 1990 Task Forces on Self-Help Therapies. *Journal of Clinical Psychology*;60:111-113.
- Rosen, S., Glasgow, R. E. & Moore, T. E. (2003). Self-help therapy: the science and business of giving psychology away. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp 339–424). New York: Guilford.
- Rubin, R. J. (1978). *Using Bibliotherapy: A Guide to Theory and Practice*. Phoenix. AR. Oryx.
- Rubin, R. J. (1985). Bibliotherapie - Geschichte und Methoden. (S.103-133) In: H. Petzold & I. Orth (Hrsg.): *Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache*. Junfermann, Paderborn.

- Russell, D. H. & Shrodes, C. (1950). Contributions of research in bibliotherapy to the language arts programm. *School Rev*; 50:335.
- Saranjit, S. & Lennard, L. (2004): *Health literacy. Being able to make the most of health*. National Consumer Council. London.
- Schepank, H. (1995). *Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schlenk, E. A., Erlen, J. A., Dunbar-Jacob, J., McDowell, J., Engberg, S., Sereika, S. M., Rohay, J. M. & Bernier, M. J. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7:57–65.
- Schmelzer, D. (2003). Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Setting, Patient-Therapeut Interaktion. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Silz (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie*. CIP-Medien München.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kruse, J., Franke, G.H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*; 9,185-193.
- Schneider, J. & Michalak, U. (2007). Probleme mit der Arbeitswelt – zunehmend ein Problem für Patienten? *DRV-Schriften*; 72:240-241
- Schüßler, G. (1989). Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen; *Psychotherapeut*; 43: 382-390.
- Schütz, B. & Renneberg, B. (2006). Theoriebasierte Strategien und Interventionen in der Gesundheitspsychologie. In B. Renneberg & P. Hammelstein: *Gesundheitspsychologie*. Springer-Verlag.
- Schulz, P. (2007). *Pathogene Stressverarbeitung und psychosomatische Störungen*. Pabst Science Publishers.
- Schulz von Thun, F., Weizmann, B., Langer, I. & Tausch, R. (1974). Überprüfung einer Theorie der Verständlichkeit anhand von Informationstexten aus dem öffentlichen Leben. *Zeitschrift für experimentelle u. angewandte Psychologie*;1:162-179.
- Schwartz, C. E. & Rapkin, B. D. (2004). Reconsidering the psychometrics of quality of life assessment in light of response shift and appraisal. *Health and Quality of Life Outcomes*,2(16):1-12.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Hogrefe - Göttingen.
- Scogin, F. R. (2003). Introduction: Integrating self-help into psychotherapy. The status of self-administered treatments. *Journal of Clinical Psychology/In Session*; 59(2):175–176; 247-249.
- Scogin, F. R., Floyd, M., Jamison, C., Landreville, P. & Bissonnette, L. (1996). Negative Outcomes: What Is the Evidence on Self-Administered Treatments? *Journal of Consulting*

- and *Clinical Psychology*; 64(5):1086-1089.
- Scogin, F. R., Hanson, A. & Welsh, D. (2003). Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology*;59:341-349.
- Shorter, E. A. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Shrodes, C. (1950). *Bibliotherapy: A theoretical and clinical-experimental study. Unpublished doctoral dissertation*. Berkeley. University of California.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe. Weinstein & Sandman.
- Silverberg, L. I. (2003). Bibliotherapy: The therapeutic use of didactic and literary texts in treatment, diagnosis, prevention, and training. *J Am Osteopath Assoc*;103:131–136.
- Smith, D. & Burkhalter, J. K. (1987). The use of bibliotherapy in clinical practice. *Journal of Mental Health Counseling*; 9:184-190.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*; 37:319–328.
- Speros, C. (2004). Health Literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*; 50(6):633-640.
- Sprangers, M. & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science and Medicine*; 48:1507-1515.
- Starker, S. (1986). Promises and prescriptions: Self-help books in mental health and medicine. *Am J Health Promot*; 1:19–24.
- Starker, S. (1988a). Do-it-yourself therapy: The prescription of self-help books by psychologists. *Psychotherapy*; 25:142-146.
- Starker, S. (1988b). Psychologists and self-help books. *American Journal of Psychotherapy*; 42:448-455.
- Starker, S. (1988c). *Oracle at the supermarkets: The American preoccupation with self-help books*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Starker, S. (1992). Characteristics of self-help book readers among YA medical outpatients. *Medical Psychotherapy*; 5:85-94.
- Steinbach, I., Langer, I. & Tausch, R. (1972). Merkmale von Wissens- und Informationstexten im Zusammenhang mit der Lerneffektivität. *Zeitschrift für Entwicklungspsychol. Und Pädagogische Psychologie*;4:130-139.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T. & Allen, M. (2000). A metaanalysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*,7:273– 290.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Thieme, K., Gromnica-Ihle, E. & Flor, H. (2003). Operant behavioral treatment of fibromyalgia: A controll study. *Arthritis & Rheumatism*; 49:314–320.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S. & Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping: linking theory research and practice. *Am.Psychol*; 55(6):626–36.
- van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M. & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet Sep 7*; 360:766-71.
- Verdú, F. & Castelló, A. (2004). Non-compliance: a side effect of drug information leaflets, *J. Med. Ethics*; 30:608-609.
- Vogel, H. (1999). Verhaltenstherapie in der Rehabilitation. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. DGVT-Verlag. Tübingen.
- Walker, J. G., Jackson, H. J. & Littlejohn, G. O. (2004). Modells of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychological Review*; 24:461-488.
- Weber, H. (1990). Emotionsbewältigung. In: R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. (S. 279-294). Göttingen:Hogrefe.
- Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J. & Cutter, C. J. Jr. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *J Pers Disord*. Oct;20(5):482-92.
- Weinstein, N. D. & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11(3):170-80.
- Weismann, A. D. & Hackett, T. P. (1961). Predilection to death: death and dying as a psychiatric problem. *Psychosom. Med*; 23(3):232-256.
- WHO (1986). *Ottawa Charta for health promotion*. Genf: WHO.
- Wilson, I. B. (1999). Clinical understanding and clinical implications of response shift. *Social Science & Medicine*, 48:1577–1588.
- Wolf, D. (1988). *Bibliotherapie in der psychotherapeutischen Praxis. Der Einfluss des therapiebegleitenden Lesens auf kognitive Variablen und körperliches Befinden*. PAL Verlag.
- Wu, Z.Y. & Li, K. (2009). Issues about the nocebo phenomena in clinics. *Chin Med J (Engl)*; 122:1102–1106.
- Zaccaria, J. & Moses, H. (1968). *Facilitating Human Development through Reading: The Use of Bibliotherapy in Teaching and Counseling*. Champaign. IL. Stipes.
- Zerssen, von D. (1976). *Die Beschwerdeliste*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. & Sturm, J. (1994). Chronisches Krankheitsverhalten: Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. In: M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.): *Handbuch Stationäre*

Verhaltenstherapie. Weinheim. Beltz.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depressions scale. *Acta Psychiatr Scand*; 63:361-370.

Internet

Klemperer, D. & Rosenwirth, M. (2005). Drittes Hintergrundpapier zum Shared Decision Making Chartbook: Die Sicht der Ärzte. Abgerufen am 18.3.2010, www.patient-im-mittelpunkt.de/2005-07HGP3.pdf.

12 Anhang

12.1 Einverständniserklärung



Prof Dr M Linden, „Charité, FPR, Hs II, Rm E01, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

an alle Patienten
im Rehabilitationszentrum Seehof/Teltow

Forschungsgruppe:

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
Charité, Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, Hs. II, Rm. E01
12200 Berlin
Tel: (030) 8445-4048,
e-mail: michael.linden@charite.de

Klinik:

Abt. Verhaltenstherapie und Psychosomatik
Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen
Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55

Patienteninformation zum Forschungsvorhaben

„Schriftliche Patienteninformationen“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

In der Rehabilitation sind wir ständig bemüht, unser Behandlungsangebot durch Forschung zu verbessern. Eine wichtige Aufgabe in der Therapie ist eine sachgerechte Information von Patienten über ihre Erkrankung und Veränderungsmöglichkeiten. Dazu können auch schriftliche Informationsmaterialien hilfreich sein. Allerdings muß überprüft werden, ob solche Broschüren lesbar sind und die Informationen enthalten, die Patienten interessieren.

Wir haben eine Reihe von Informationsbroschüren verfasst und möchten nun wissen, was Patienten davon halten und ob die Inhalte verständlich und hilfreich sind. Wir befragen daher Patienten, die entsprechende Broschüren gelesen haben wie auch solche, die sie nicht erhalten haben, zu den darin angesprochenen Themen um zu sehen, was solche Broschüren bringen.

Die erhobenen Daten werden anonym ausgewertet und ausschließlich für den Zweck dieser Untersuchung verwendet. Das Forschungsvorhaben wurde nicht von Ihrer Krankenkasse oder dem Rentenversicherungsträger veranlasst, sondern wird mit ausschließlich wissenschaftlicher Fragestellung als Projekt der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin, durchgeführt. Die Untersuchung läuft unabhängig von Ihrem regulären Therapieplan und hat keine Auswirkungen auf Ihre sonstigen Behandlungen und therapeutischen Kontakte.

12 Anhang

Sie können jederzeit, auch bei schon gegebener Einwilligung, ohne Angabe von Gründen von der Untersuchung zurücktreten. Sofern Sie keine Teilnahme wünschen, brauchen Sie die Einwilligungserklärung nicht abgeben. Weder aus einer Teilnahme noch aus einer Nicht-Teilnahme erwachsen Ihnen Nachteile. Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, werden wir auch Ihre in der Studie bereits gesammelten Daten noch nachträglich löschen und schriftliche Aufzeichnungen (z.B. Fragebögen) vernichten.

Wenn Sie das Vorgegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Studie teilnehmen wollen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie die folgende Einwilligungserklärung unterschreiben könnten. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie, damit Sie jederzeit nachlesen können, in was Sie eingewilligt haben. Dieses Informationsschreiben können Sie behalten.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns bei der geplanten Untersuchung unterstützen könnten, um auf diese Art die zukünftige Behandlung von Patienten zu verbessern.

Prof. Dr. M. Linden

**Einwilligung zur Teilnahme an der Forschungsstudie zum Thema
„Schriftliche Patienteninformationen“**

Name:

Vorname:

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und bin zufriedenstellend über Inhalt und Zweck des Forschungsvorhabens „Schriftliche Patienteninformationen“ informiert worden.

Ich möchte das Forschungsvorhaben unterstützen und nehme freiwillig daran teil.

Ort/Datum:

Unterschrift

12.2 Brief-Cope situationsspezifisch

PID:

Datum:

Untersuchungsleiter:

Anleitung

Im Folgenden geht es darum, wie Sie sich in den letzten Wochen gefühlt haben, wenn Sie über Ihre Erkrankung und ihren Umgang damit nachdachten. Beurteilen Sie bitte, inwiefern die folgenden Aussagen auf Ihr Denken und Handeln in den letzten Wochen zutreffen.

Beispiel: Ich habe viel Sport getrieben um mich abzulenken.

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

Bitte machen Sie für jede Aussage eine Angabe!

1. Ich habe mich mit Arbeit oder anderen Sachen beschäftigt, um auf andere Gedanken zu kommen

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

2. Ich habe mich darauf konzentriert, etwas an meiner Situation zu verändern

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

3. Ich habe mir eingeredet, dass das alles nicht wahr ist

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

4. Ich habe Alkohol oder andere Mittel zu mir genommen, um mich besser zu fühlen

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

5. Ich habe aufmunternde Unterstützung von anderen erhalten

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

7. Ich habe aktiv gehandelt, um die Situation zu verbessern

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

8. Ich wollte einfach nicht glauben, dass mir das passiert

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

9. Ich habe meinen Gefühlen freien Lauf gelassen

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

10. Ich habe andere Menschen um Hilfe und Rat gebeten

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

11. Um das durchzustehen, habe ich mich mit Alkohol oder anderen Mitteln besänftigt

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

12. Ich habe versucht, die Dinge von einer positiven Seite zu betrachten

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

13. Ich habe mich selbst kritisiert und mir Vorwürfe gemacht

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

14. Ich habe versucht, mir einen Plan zu überlegen, was ich tun kann

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

15. Jemand hat mich getröstet und mir Verständnis entgegen gebracht

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

16. Ich habe versucht, die Situation in den Griff zu kriegen

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

17. Ich habe versucht, etwas Gutes in dem zu finden, was mir passiert ist

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

18. Ich habe Witze darüber gemacht

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

19. Ich habe etwas unternommen, um mich abzulenken

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

20. Ich habe mich damit abgefunden, dass es passiert ist

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

21. Ich habe offen gezeigt, wie schlecht ich mich fühle

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

22. Ich habe versucht Halt in meinem Glauben zu finden

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

23. Ich habe versucht von anderen Menschen Rat und Hilfe einzuholen

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

24. Ich habe gelernt, damit zu leben

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

25. Ich habe mir viele Gedanken gemacht, was hier das richtige wäre

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

26. Ich habe mir für die Dinge, die mir widerfahren sind, selbst die Schuld gegeben

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

27. Ich habe gebetet oder meditiert

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

28. Ich habe alles mit Humor genommen

- überhaupt nicht
- ein bisschen
- ziemlich
- sehr

12.3 Visuelle Analogskala zur Beurteilung der Therapiesitzung

Visuelle Analogskala zur Beurteilung der Therapiesitzung (Therapeut)

Therapeut:

PID:

Therapiesitzungsnr:

Datum:

ANLEITUNG

Je nach dem, ob Sie der einen oder der anderen Aussage mehr zustimmen, machen Sie bitte auf den unten befindlichen Linien ein Kreuz (—x—), mehr nach rechts oder nach links.

Am Ende der Sitzung ist der Patient in guter Stimmung und voller Zuversicht.	STIMMUNG DES PAT x _____	Am Ende der Sitzung ist die Stimmung des Patienten schlecht. Er wirkt hoffnungslos.
Am Ende der Sitzung ist der Patient flatterig, ängstlich und voll innerer Unruhe.	BEFINDEN DES PAT (ANGST) x _____	Am Ende der Sitzung ist der Patient ruhig, ausgeglichen und nicht ängstlich.
Ich hatte den Eindruck, dass der Patient sich heute wenig von mir verstanden fühlte.	VERSTÄNDNIS FÜR PAT x _____	Ich hatte den Eindruck, dass der Patient sich heute gut von mir verstanden fühlte.
Das therapeutische Vorgehen wurde heute vom Patienten verstanden und angenommen.	VERSTAND PAT THERAPEUTISCHES VORGEHEN x _____	Das therapeutische Vorgehen wurde heute vom Patienten nicht verstanden.
Ich hatte den Eindruck, in der heutigen Sitzung ist etwas für den Patienten Wichtiges behandelt worden.	FÜR PAT WICHTIGES BEHANDELT x _____	Ich hatte den Eindruck, in der heutigen Sitzung ist etwas für den Patienten eher Unwichtiges behandelt worden.
Der Patient hat heute keine Fortschritte gemacht.	FORTSCHRITTE DES PAT x _____	Der Patient hat heute Fortschritte gemacht.
Der Patient war mit heute sympathisch.	WAR PAT SYMPATHISCH x _____	Der Patient war mit heute nicht sympathisch.
Die Zusammenarbeit mit dem Patienten in der heutigen Sitzung war gut, er zeigte sich kooperativ.	KOOPERATION x _____	Die Zusammenarbeit mit dem Patienten in der heutigen Sitzung war schlecht, er blockierte.

Der Verlauf der heutigen Sitzung war sprunghaft und unstrukturiert.

STRUKTUR DER THERAPIESITZUNG

x _____

Der Verlauf der heutigen Sitzung war strukturiert.

Das für die heutige Sitzung vorgesehene Therapieziel wurde erreicht.

THERAPIEZIEL

x _____

Das für die heutige Sitzung vorgesehene Therapieziel wurde nicht erreicht.

Ich fühlte mich in der heutigen Sitzung angestrengt angespannt und unruhig.

BEFINDEN DES TH. IN THERAPIESITZUNG

x _____

Ich fühlte mich in der heutigen Sitzung entspannt, ausgeglichen und ruhig.

Das Wichtigste in der heutigen Sitzung war für mich: (bitte kurz beschreiben)

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen:

Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?

- Ja
 Nein
 Ich weiß nicht
 Patient ist in Kontrollgruppe (weiter zu Frage 4)

Falls ja, welche Broschüre war Thema:

- Gedanken und Gefühle
 Bewältigung von Lebenskrisen
 Bedrohung durch Krankheit
 Was ist Panik?
 Standhalten oder flüchten – was sind Phobien?
 Angst vor Krankheit

Falls eine Broschüre thematisiert wurde, von wem wurde das Thema eingebracht?

- Vom Patienten
 Von mir
 Von Beiden

Wurden Themen aus irgendwelchen anderen schriftlichen oder anderen Informationsmaterialien angesprochen (z.B. aus Broschüren, Büchern, Zeitungen oder Zeitschriften, dem Radio, dem Internet oder dem Fernsehen)?

- Ja
 Nein
 Ich weiß nicht

Wenn ja, von wem wurde das Thema eingebracht?

- Vom Patienten
 Von mir
 Von Beiden

Visuelle Analogskala zur Beurteilung der Therapiesitzung (Interventionsgruppe)

Name:

Therapiesitzungsnr:

Datum:

ANLEITUNG

Je nach dem, ob Sie der einen oder der anderen Aussage mehr zustimmen, machen Sie bitte auf den unten befindlichen Linien ein Kreuz (—x—), mehr nach rechts oder nach links.

Am Ende der Sitzung ist meine Stimmung gut, ich bin voller Zuversicht.	STIMMUNG x —————	Am Ende der Sitzung ist meine Stimmung sehr schlecht, ich bin hoffnungslos.
Am Ende der Sitzung bin ich flatterig, ängstlich und voll innerer Unruhe.	ANGST UND UNRUHE x —————	Am Ende der Sitzung bin ich ruhig, ausgeglichen und nicht ängstlich.
Ich fühle mich heute vom Therapeuten wenig verstanden.	GEFÜHL VERSTANDEN WORDEN ZU SEIN x —————	Ich fühle mich heute vom Therapeuten gut verstanden.
Das therapeutische Vorgehen konnte ich heute verstehen und annehmen	THERAPEUTISCHES VORGEHEN VERSTANDEN x —————	Das therapeutische Vorgehen konnte ich heute nicht verstehen
Ich hatte den Eindruck, in der heutigen Sitzung ist etwas Wichtiges behandelt worden.	WICHTIGES BEHANDELT IN THERAPIESITZUNG x —————	Ich hatte den Eindruck, in der heutigen Sitzung ist etwas eher Unwichtiges behandelt worden.
Ich habe heute keine Fortschritte gemacht.	FORTSCHRITTE IN THERAPIESITZUNG x —————	Ich habe heute Fortschritte gemacht.
Mir geht es nach dem heutigen Gespräch mit dem Therapeuten sehr viel besser.	BEFINDEN NACH DER THERAPIESITZUNG x —————	Mir geht es nach dem heutigen Gespräch mit dem Therapeuten sehr viel schlechter.
Ich habe im Verlauf der letzten Woche eine positive Entwicklung bei mir festgestellt.	ENTWICKLUNG IN DER LETZTEN WOCHE x —————	Ich habe im Verlauf der letzten Woche eine negative Entwicklung bei mir festgestellt.

Das Wichtigste in der heutigen Sitzung war für mich: (bitte kurz beschreiben)

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen:

Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?

- Ja
- Nein
- Ich weiß nicht

Falls ja, welche Broschüre war Thema:

- Gedanken und Gefühle
- Bewältigung von Lebenskrisen
- Bedrohung durch Krankheit
- Was ist Panik?
- Standhalten oder Flüchten- was sind Phobien?
- Angst vor Krankheit

Falls eine Broschüre thematisiert wurde, von wem wurde das Thema eingebracht?

- Von mir
- Vom Therapeuten
- Von Beiden

Wurden Themen aus irgendwelchen schriftlichen oder anderen Informationsmaterialien angesprochen

(z.B. aus Broschüren, Büchern, Zeitungen oder Zeitschriften, dem Radio, dem Internet oder dem Fernsehen)?

- Ja
- Nein
- Ich weiß nicht

Wenn ja, von wem wurde das Thema eingebracht?

- Von mir
- Vom Therapeuten
- Von Beiden

Visuelle Analogskala zur Beurteilung der Therapiesitzung (Kontrollgruppe)

Name:

Therapiesitzungsnr:

Datum:

ANLEITUNG

Je nach dem, ob Sie der einen oder der anderen Aussage mehr zustimmen, machen Sie bitte auf den unten befindlichen Linien ein Kreuz (—x—), mehr nach rechts oder nach links.

<p>Am Ende der Sitzung ist meine Stimmung gut, ich bin voller Zuversicht.</p>	<p>STIMMUNG</p> <p>x _____</p>	<p>Am Ende der Sitzung ist meine Stimmung sehr schlecht, ich bin hoffnungslos.</p>
---	---------------------------------------	--

<p>Am Ende der Sitzung bin ich flatterig, ängstlich und voll innerer Unruhe.</p>	<p>ANGST UND UNRUHE</p> <p>x _____</p>	<p>Am Ende der Sitzung bin ich ruhig, ausgeglichen und nicht ängstlich.</p>
--	---	---

<p>Ich fühle mich heute vom Therapeuten wenig verstanden.</p>	<p>GEFÜHL VERSTANDEN WORDEN ZU SEIN</p> <p>x _____</p>	<p>Ich fühle mich heute vom Therapeuten gut verstanden.</p>
---	---	---

<p>Das therapeutische Vorgehen konnte ich heute verstehen und annehmen.</p>	<p>THERAPEUTISCHES VORGEHEN VERSTANDEN</p> <p>x _____</p>	<p>Das therapeutische Vorgehen konnte ich heute nicht verstehen.</p>
---	--	--

<p>Ich hatte den Eindruck, in der heutigen Sitzung ist etwas Wichtiges behandelt worden.</p>	<p>WICHTIGES BEHANDELT IN THERAPIESITZUNG</p> <p>x _____</p>	<p>Ich hatte den Eindruck, in der heutigen Sitzung ist etwas eher Unwichtiges behandelt worden.</p>
--	---	---

<p>Ich habe heute keine Fortschritte gemacht.</p>	<p>FORTSCHRITTE IN THERAPIESITZUNG</p> <p>x _____</p>	<p>Ich habe heute Fortschritte gemacht.</p>
---	--	---

Mir geht es nach dem **BEFINDEN NACH DER THERAPIESITZUNG** heutigen Gespräch mit dem Therapeuten sehr viel besser. x _____

Mir geht es nach dem heutigen Gespräch mit dem Therapeuten sehr viel schlechter.

Ich habe im Verlauf der **ENTWICKLUNG IN DER LETZTEN WOCHE** letzten Woche eine positive Entwicklung bei mir festgestellt. x _____

Ich habe im Verlauf der letzten Woche eine negative Entwicklung bei mir festgestellt

Das Wichtigste in der heutigen Sitzung war für mich:
(bitte kurz beschreiben)

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen:

Wurden Themen aus irgendwelchen schriftlichen oder anderen Informationsmaterialien angesprochen (zB aus Broschüren, Büchern, Zeitungen oder Zeitschriften, dem Radio, dem Internet oder dem Fernsehen)?

- Ja
 Nein
 Ich weiß nicht

Wenn ja, von wem wurde das Thema eingebracht?

- Von mir
 Vom Therapeuten
 Von Beiden

12.4 Fragebogen zur Verständlichkeit

Name:

Datum:

beurteilte Broschüre:

Sehr geehrte Patientinnen,

sehr geehrte Patienten,

anhand dieses Fragebogens sollen Sie die Qualität der Broschüren beurteilen, die Sie im Laufe Ihres Aufenthaltes von Ihrem Therapeuten ausgehändigt bekamen.

Bitte beurteilen Sie jedes einzelne Kriterium, dass abgefragt wird. Versuchen Sie beim Beantworten der einzelnen Kriterien an die gesamten Broschüre zu denken. Machen Sie bitte ein deutliches Kreuz **X** in einer der Spalten, um Ihre Beurteilung abzugeben.

++ = optimal

+ = gut

0 = weder/ noch

- = schlecht

-- = sehr schlecht

	++	+	0	-	--	
einfache Darstellung						komplizierte Darstellung
kurze, einfache Sätze						lange, verschachtelte Sätze
geläufige Wörter						ungeläufige Wörter
Fachwörter erklärt						Fachwörter nicht erklärt
konkret						abstrakt
anschaulich						unanschaulich
gegliedert						ungegliedert
folgerichtig						zusammenhanglos, wirr
übersichtlich						unübersichtlich
gute Unterscheidung von Wesentlichem und Unwesentlichem						schlechte Unterscheidung von Wesentlichem und Unwesentlichem
der rote Faden bleibt sichtbar						man verliert oft den roten Faden
alles kommt schön der Reihe nach						alles geht durcheinander
kurz						zu lang
aufs Wesentliche beschränkt						viel Unwesentliches
gedrängt						breit
aufs Lernziel konzentriert						abschweifend
knapp						ausführlich
jedes Wort ist notwendig						vieles hätte man weglassen können
anregend						nüchtern
interessant						farblos
abwechslungsreich						gleichbleibend neutral
persönlich						unpersönlich

12.5 Wissensfragebogen

Wissensfragebogen der Broschüre „Phobien und Expositionstherapie“

FB-W1

Leiter: _____

Datum _____

PID: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen eigenständig. Bei jeder Frage ist nur eine Antwort richtig.

1. Was ist ein deutliches Kennzeichen für übertriebene Angst ?

- Angst vor Prüfungen
- Angst vor dem Tod
- Angst im Dunkeln
- Angst ohne Bedrohung
- Angstfreiheit

2. Jemand hat in einer bestimmten Situation eine schlechte Erfahrung gemacht und setzt sich dieser Situation nie wieder aus (z.B. ist vom Pferd gefallen und steigt nie wieder auf ein Pferd). Was für eine Art Angst ist das?

- Fallangst
- Vermeidungsangst
- generalisierte Angst
- forcierte Angst
- zwanghafte Angst

3. Angst wird durch Vermeidung?

- positiv verarbeitet
- geheilt
- nicht beeinflusst
- erst richtig schlimm
- verarbeitet

4. Vermeidungsangst heißt auch...?

- Baseline
- Introversion
- Phobie
- Kleptomanie
- Exposition

12 Anhang

5. Bei einer sozialen Phobie leidet man unter der Angst vor... ?

- Verunreinigungen
- Blicken anderer
- Engen Räumen
- Angst vor dem sozialen Abstieg
- Menschenmengen

6. Was hat Einfluss auf das Entstehen von Phobien?

- Extrem positive Ereignisse
- Der Verlust eines lieben Menschen
- Finanzielle Sorgen
- Anlage und Erfahrung
- Falscher Umgang mit anderen Personen

7. Wann sollte man bei spezifischen Ängsten an eine Behandlung denken?

- Wenn man schlecht schläft
- Wenn man Angst vor einem Autounfall hat
- Wenn man starke Angst vor Spinnen hat
- Wenn man sich nicht auf einen Aussichtsturm traut
- Wenn das soziale Leben beeinträchtigt ist

8. Was gilt bei der Behandlung von Phobien?

- Je später je besser
- Je früher je besser
- Je später desto effizienter
- Je größer das Behandlungsteam desto besser
- Je weniger davon wissen desto besser

9. Was bedeutet Expositionstherapie?

- Sich nicht in den Mittelpunkt seiner Aufmerksamkeit zu stellen
- Sich seinen Ängsten zu stellen
- Das was einem Angst macht zum Mittelpunkt seines Lebens zu machen
- Angehörige um Rücksicht bitten
- Zwangshandlungen entwickeln die Ängste verhindern

10. Was ist wichtig zu tun, wenn man unter einer Angsterkrankung leidet?

- Selbstpflege
- Bettruhe
- Alkohol trinken
- Angstsituationen vermeiden
- Mehr an andere denken

**Wissensfragebogen der Broschüre „Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste“
FB-W2**

Leiter: _____

Datum _____

PID: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen eigenständig. Bei jeder Frage ist nur eine Antwort richtig.

1. Was ist ein Kennzeichen von Hypochondrie?

- Keine körperlichen Beschwerden
- Hohe Anfälligkeit für Herzerkrankungen
- Viele körperliche Beschwerden
- Hohe Aufmerksamkeit für den eigenen Körper
- Viele diagnostizierten Erkrankungen in der Vorgeschichte

2. Womit beginnt der Teufelskreis der Hypochondrie?

- Entstehung einer körperlichen Krankheit
- Wahrnehmung von körperlichen Veränderungen
- Therapie von körperlichen Veränderungen
- Hinweise aus dem Freundeskreis
- Unmut des Arztes

3. Wozu führt in diesem Zusammenhang verstärkte Selbstbeobachtung?

- Die körperlichen Missempfindungen verschwinden
- Die körperlichen Missempfindungen verstärken sich
- Die körperlichen Missempfindungen vermindern sich
- Die körperlichen Missempfindungen bleiben gleich
- Zur besseren Kontrolle der Missempfindungen

4. Welcher Teil eines Nervensystems wird unter Streß besonders intensiv aktiviert?

- Die Schwann' schen Zellen
- Der Sympathikus
- Der Plexus brachialis
- Der Apendix
- Das Nervensystem wird unter Streß garnicht aktiviert

5. Hypervigilanz bedeutet... ?

12 Anhang

- etwas mit Gleichgültigkeit zu beachten
- etwas mit hoher Aufmerksamkeit zu beachten
- etwas mit niedriger Aufmerksamkeit zu betrachten
- etwas gar nicht zu beachten
- etwas mit einer anderen Person gemeinsam zu betrachten

6. Was ist richtige Selbstbeobachtung?

- Alle Symptome des Körpers völlig zu ignorieren
- Auch mal nicht an seinen Körper zu denken
- Seinen Körper immer durchchecken
- Jeden Tag an seine Krankheit denken damit sie nicht wieder auftritt
- Beobachtete Symptome in einem Gesundheitsbuch nachschlagen

7. Wie oft sollte man zum Arzt gehen?

- So oft wie möglich, schaden kann es ja nicht
- Immer, wenn man gerade daran denkt
- Einmal im Jahr
- So oft wie es der Untersuchungsplan festlegt
- So selten wie möglich, weil das einen nur verrückt macht

8. Arztbesuche führen bei Hypochondrie zu...?

- kurzfristiger Beruhigung
- langfristiger Beruhigung
- Erledigung des Problems
- Heilung der hypochondrischen Angst
- einem gutem Arzt-Patient-Verhältnis

9. Wozu kann starkes Vermeidungs- und Schonverhalten führen?

- Es kann das Herz stärken
- Es kann Krankheitssymptome verstärken
- Es kann Krankheiten beseitigen
- Es kann den Körper stärken
- Es kann Ängste endgültig beseitigen

10. Was ist das Hauptproblem bei der Entwicklung körperbezogener Ängste?

- Wahrgenommene körperliche Veränderungen werden als gefährlich interpretiert
- Es mindert die Nervenaktivität
- Gespürte körperliche Veränderungen werden als ungefährlich interpretiert
- Die Unterversorgung durch das Gesundheitssystem
- Das Stadtleben

Wissensfragebogen der Broschüre „Kognitionen und Erleben“

FB-W3

Leiter: _____

Datum _____

PID: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen eigenständig. Bei jeder Frage ist nur eine Antwort richtig.

1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Gedanken und Gefühlen?

- Gedanken haben nur einen Einfluss auf unsere Gefühle, wenn man unter einer Panikstörung leidet
- Gedanken entscheiden mit, wie wir uns fühlen
- Gedanken haben keinen Einfluss auf Gefühle
- Gedanken haben nur einen Einfluss auf unsere Gefühle, wenn man unter einer Depression leidet
- ein rein biologischer

2. Wann ist Selbstkritik übertrieben?

- Wenn es um wichtige Sachen geht
- Wenn ich sogar positive Ereignisse negativ bewerte
- Wenn ich etwas schlecht gemacht habe
- Wenn ich negative Ereignisse negativ bewerte
- Wenn ich Eigenschaften bei mir entdecke, die ich nicht mag

3. Welcher von diesen Gedanken ist ein nicht hilfreicher Gedanke?

- Flexibel sein
- Übergeneralisieren
- Seine Gedanken ordnen
- Die Dinge nicht so ernst nehmen
- Sich von seinen eigenen Gefühlen distanzieren

4. Was entscheidet darüber, ob man negative Gefühle bekommt?

- Die Art einer Situation
- Die Bewertung einer Situation
- Die Meinung Dritter über eine Situation
- Die Zeit die man geschlafen hat
- Nichts, das ist außerhalb meiner Kontrolle

5. Beim ABC-Modell der Gedanken und Gefühle bedeutet C

- Gedanken
- Gefühle
- Reaktion
- Situation
- Selektion

6. Was sollte man machen wenn man sich in einer Situation schlecht fühlt?

- Alkohol trinken
- Es vorüber ziehen lassen
- seinem Ärger freien Lauf geben
- den Grund dafür bei andern suchen
- seiner Trauer freien Lauf lassen

7. Wie heißt die zentrale Frage die man sich stellen sollte, wenn man seine Gedanken einer Realitätsüberprüfung unterziehen will?

- Warum bin ich hier?
- Wie real bin ich?
- Ist es wirklich so, wie ich fühle?
- Fühle ich das, was ich denke?
- Was soll ich tun?

8. Die eigene Art Realität wahrzunehmen ist... ?

- nur eine mögliche
- immer richtig
- auf jeden Fall durchzusetzen
- mit Medikamenten nicht zu verbessern
- meist ein Negativ der Wahrnehmung

9. Wie kann man sich am besten von eigenen Erklärungsmustern distanzieren?

- So wenig wie möglich hinterfragen
- Eigene Erklärungen sind eigentlich immer als falsch anzusehen
- Überlegen wie eine andere Person denken würde
- Dies sollte man möglichst nie machen
- Sich in Situationen bringen, die neu für einen sind

10. Durch eine Distanzierung von eigenen Erklärungsmustern erreicht man...?

- einen erweiterten Handlungsspielraum
- viele Konflikte mit anderen
- nichts, es verwirrt und verunsichert nur
- eine deutliche Leistungsminderung
- eine ungesundes Maß an Entfremdung

Wissensfragebogen der Broschüre „Inneres Angsterleben und Bewältigung“**FB-W4**

Leiter: _____

Datum _____

PID: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen eigenständig. Bei jeder Frage ist nur eine Antwort richtig.

1. Was ist ein Stressor?

- Eine Stelle im Gehirn die aktiv wird, wenn wir Stress haben
- Ein Auslöser, der uns stresst
- Ein Mitarbeiter in einem Büro, der Mobbing verhindern soll
- Eine therapeutische Strategie zur Steigerung der Gelassenheit
- Eine Methode frühkindliche Intelligenz zu fördern

2. An einer Panikreaktion kann man...?

- sterben
- eine Herzkrankheit erkennen
- eine Aktivierung des Körpers feststellen
- erkennen das mit dem Körper etwas nicht stimmt
- sehen wie labil der eigene Körper ist

3. Was ist Panik?

- Eine körperliche Fehlfunktion
- Eine natürliche Alarmreaktion
- Eine geplante Reaktion
- Eine Verdachtsreaktion
- Eine verzögerte Reaktion

4. Was passiert während einer Orientierungsreaktion?

- Die Umgebung wird untersucht
- Man hört jemandem zu
- Die Aufmerksamkeit wird geweckt
- Man fragt sich, wo man hin will
- Man sucht nach einer Richtung

5. In der Widerstandsphase werden...?

- Ablenkungen gesucht
- Gleichgesinnte aufgesucht
- die Kräfte des Körpers minimiert

12 Anhang

- die möglichen Gegner eingeschätzt
- alle Kräfte bereitgestellt

6. In der Erschöpfungsphase...?

- nimmt der Stress ab
- nehmen die Abwehrkräfte ab
- nimmt die Anzahl möglicher Handlungsalternativen ab
- wird der Stress nicht mehr wahrgenommen
- nimmt die Aufmerksamkeit ab

7. Bei der Begegnung mit einem wilden Tier ist es normal, dass man Panik bekommt. Eine so genannte Angststörung hat man aber dann...?

- wenn Herzerkrankungen in der Familie gehäuft vorkommen
- wenn die Panik als Reaktion auf Auslöser kommen, die es nicht wert sind
- wenn man starkes Herzklopfen beim Achterbahnfahren bekommt
- wenn das Panikgefühl stärker ist als das stärkste Glücksgefühl
- wenn man öfter als einmal im Monat Panik hat

8. Warum sollte man den Arzt aufsuchen wenn man unter vermehrter Panik leidet?

- Um sich von dem Arzt den Stressor entfernen lassen
- Um an etwas anderes als seine Panik zu denken
- Um sich von dem Arzt Angst machen zu lassen, dass härtet ab
- Um zu testen ob körperliche Ursachen vorliegen
- Um schnell effektive Vermeidungsstrategien zu lernen

9. Was ist ein wichtiger Bestandteil einer Panikstörung?

- Automatische Gedanken die Situationen als gefährlich bewerten
- Bewusste Gedanken die Panik auslösen
- Grübeln, dass in bestimmten Situationen zur Panik führt
- Herzprobleme
- Die Lebensbedrohung

10. Was sollte man tun um Symptomtoleranz zu entwickeln?

- Symptome von Angst bewusst machen
- Symptome von Angst ignorieren
- Sich schonen
- Regelmäßig Tabletten einnehmen
- Andere Leute mit seinen Ängsten konfrontieren

Wissensfragebogen der Broschüre „Krankheitsbewältigung“

FB-W5

Leiter: _____

Datum _____

PID: _____

Bitte beantworten Sie dir Fragen eigenständig. Bei jeder Frage ist nur eine Antwort richtig.

1. Was bedeutet Coping?

- An einem Problem scheitern
- Einem Problem ein zweites hinzufügen
- Verhalten anderer nachahmen
- Mit etwas fertig werden
- Probleme durch eigenes Verhalten verdoppeln

2. Wie heißt die „Zauberformel“ zur Bewältigung von Krankheit?

- „Vermeiden und Schonen“
- „Negativ und Positiv denken“
- „Kämpfen bis zuletzt“
- „Ich bin meine Krankheit“
- Es gibt keine „Zauberformel“

3. Die Auseinandersetzung mit einer Erkrankung ist für jeden...?

- in einem halben Jahr zu schaffen
- unterschiedlich
- gleich
- in einem Jahr zu schaffen
- ähnlich

4. Negative Gefühle nach einer Erkrankung sind...?

- normal
- ein Zeichen für Depression
- nicht natürlich
- bedenklich
- auf ein Problem im Arzt-Patienten Verhältnis zurückzuführen

5. Was ist keine mögliche Phase bei der Krankheitsbewältigung?

- Schock
- Akzeptanz
- Depression
- Befürwortung
- Wut

6. Akzeptanz ist ein Schritt...

12 Anhang

- in die falsche Richtung
- hin zu einer erfolgreichen Verarbeitung
- der meistens zu einer Verschärfung der Erkrankung führt
- der mit Medikamenten verhindert wird
- zurück

7. Was ist generell wichtig, um mit einer Erkrankung zu Recht zu kommen?

- Jegliche Belastungen und Anstrengungen vermeiden
- Mit **keiner** Person über seine Krankheit reden damit man die andern nicht belastet und damit sich selbst mit
- Versuchen flexibel auf seine Bedürfnisse zu reagieren
- Bedürfnisse ignorieren
- Kämpfen bis man keine Kraft hat

8. Was bedeutet im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung die Warnung vor dem Kuckucksei?

- Die Warnung bedeutet, dass sich hinter einer Krankheit immer viele andere verstecken können
- Die Warnung bedeutet, ihre Mitmenschen zu meiden damit sie sie nicht mit ihrer schlechten Stimmung anstecken
- Die Warnung bedeutet, dass man Krankheit nicht kleinreden sollen Davon geht sie nicht weg
- Die Warnung bedeutet, dass man wegen der Krankheit nicht alle anderen Lebensbereiche vernachlässigen soll
- Die Warnung bedeutet, dass man sich nicht Krankheiten einreden soll, die man nicht hat

9. Aus welchen Schriftzeichen setzt sich das chinesische Schriftzeichen für Krise zusammen?

- Chance & Angst
- Angst & Zukunft
- Kritik & Chance
- Bedrohung & Chance
- Glück & Zukunft

10. Was kann man tun, wenn Dinge im Leben unabänderlich sind?

- Immer weiter versuchen zu verändern
- Das akzeptieren, was man nicht ändern kann
- Versuchen die Dinge zu vergessen
- Das Thema nie wieder ansprechen
- Hart arbeiten, dann verändert sich noch etwas

Wissensfragebogen der Broschüre „Bewältigung kritischer Lebensereignisse“**FB-W6**

Leiter: _____

Datum: _____

PID: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen eigenständig. Bei jeder Frage ist nur eine Antwort richtig.

1. Was verlangt das Leben von einem bei größeren und kleineren Krisen?

- Anpassungsleistungen
- Medizinische Versorgung
- Erinnerungsleistungen
- Verdrängungsleistungen
- Vermeidung

2. Was ist meistens das belastende an Krisen?

- Man kann an dem Grund der Krise nichts verändern
- Man kann an dem Grund der Krise etwas verändern, will es aber nicht
- Die Medikamente belasten den Körper bei schweren Krisen
- Die Krise ist grundlos
- Man ist phobisch

3. Bei dem Phasenmodell der Krisenbewältigung durchläuft man welche Phase als erstes?

- „Nicht wollen, dass es so ist wie es ist“
- „Suchen nach Lösungen und neuen Wegen“
- „Man vergisst einfach die Krise“
- „Sich wünschen, dass das Schlimme immer weitergeht, weil man sich deswegen alles erlauben kann“
- „Radikale Akzeptanz“

4. Was kann Krisen auslösen?

- Unerwartete und positive Ereignisse
- Positive Ereignisse
- Ereignisse die mit einem meistens nichts zu tun haben
- Negative Ereignisse
- Neutrale Ereignisse

5. Was kann passieren, wenn man in den ersten beiden Phasen der Krisenbewältigung stecken bleibt?

12 Anhang

- Keine gesundheitlichen Folgen
- Entlastung der Angehörigen und Freunde
- Gesundheitliche Folgen für den Körper
- Erhöhte Gefahr für Panikanfälle
- Ein besserer Krankheitsverlauf

6. Was können positive Folgen einer Krise sein?

- Das Risiko körperlicher Erkrankungen sinkt
- Man entwickelt Vermeidungsstrategien
- Man bekommt die Chance, sich weiterzuentwickeln
- Man fühlt sich auch mal schlecht
- Man entdeckt psychische Probleme beim Kontakt mit Ärzten

7. Wie kann man sich in Lebenskrisen Mut machen und sie damit bewältigen?

- Sich vorstellen, das es anderen Menschen noch schlechter geht
- Erinnern an erfolgreich bewältigte Krisen in der Vergangenheit
- So weiterleben als hätte es keine Veränderungen in meinem Leben gegeben
- Andere Menschen mit seiner Krise nicht belasten
- Versuchen, die Krise möglichst an einem Tag aus der Welt zu schaffen
- Bewältigte Krisen vergessen

8. Wie nennt die Medizin die typische Krise, wenn Kinder ausziehen?

- Zerstörtes Nest (broken nest)
- Leeres Nest (empty nest)
- Zerstörtes Heim (broken home)
- Einsames Haus (lonley house)
- Leeres Haus (empty house)

9. Was kann man tun, um eine Krise beim Übergang in die Berentung zu vermeiden?

- Nach der Berentung Belastungen vermeiden
- Seine Angehörigen und Freunde damit nicht belasten
- Sich mit dem Gedanken nicht beschäftigen, weil es nur unnötig Stress verursacht
- Sich frühzeitig mit dem Thema Berentung und der freien Zeit auseinandersetzen
- Sich möglichst bis zum Beginn der Berentung voll verausgaben

10. Was für neue Aufgaben bilden sich mit jeder Etappe der medizinischen Behandlung?

- Aufgaben der Orientierung und der Anpassung
- Aufgaben der Vermeidung und der Angst
- Aufgaben der Phobie und der Krankheit
- Aufgaben der Vermeidung und Anpassung
- Aufgaben der Orientierung und Vermeidung

12.6 Psy-BaDo

BfA-PsyBaDo

Therapeutenabschlussbewertung (TAF)

Aufnahme -Nr.: _____ Datum: _____

Name : _____

Hat sich während des Aufenthaltes etwas verändert?
In welcher Weise?

	war kein Problem	unverändert/schlechter	etwas besser	deutlich besser	sehr viel besser	vollständig gebessert					
1. Körperliche Befindensstörung Wie hat sich das körperliche Befinden bzw. die körperliche Symptomatik verändert?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
2. Psychische Befindensstörung Wie hat sich das seelische Befinden bzw. die psychische Symptomatik verändert?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
3. Selbstwahrnehmung/ Selbstannahme Wie hat sich das Selbstwahrnehmung, die Selbstannahme verändert? Kann sich der Patient jetzt eher besser oder eher schlechter selbstannehmen?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme Wie haben sich die Möglichkeiten verändert, die sozialen Probleme zu lösen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
5. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich Wie haben sich die Möglichkeiten verändert Beziehungen zu Personen im privaten Bereich zu verbessern, die dem Pat. sehr wichtig sind (Eltern, Partner, Kinder, Freunde etc.)?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
6. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich Wie haben sich die Möglichkeiten verändert, Beziehungen zu Personen im beruflichen Bereich zu verbessern, die dem Patienten sehr wichtig sind (Vorgesetzte, Kollegen)?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
7. Eigenständige Handlungskompetenz/ psychosoziale Fähigkeiten Wie hat sich die Möglichkeit zur Eigenaktivität und zur Übernahme von Verantwortung für das Leben des Patienten verändert (z.B. Kontaktfähigkeit, Durchsetzungsvermögen)?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
8. Krankheitsverständnis Wie hat sich das Krankheitsverständnis verändert? Kann der Patient besser verstehen, worunter er leidet bzw. welches seine Probleme sind?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
9. Zukunftsorientierung Wie hat sich die Einstellung gegenüber der Zukunft und den Zukunftsperspektiven verändert?	0	☹ ₁	☺ ₂	☺ ₃	☺ ₄	☺ ₅					
10. Arbeitsfähigkeit Ist der Patient fähig, jezt seine letzte berufliche Tätigkeit weiter/wieder zu verrichten?	nein ☹ ₀	mit Einschränkung ☹ ₁	ja ☺ ₂								
11. Erwerbsfähigkeit Ist der Patient fähig irgendeine berufliche Tätigkeit auszuüben?	nein ☹ ₀	mit Einschränkung ☹ ₁	ja ☺ ₂								
12. Wurde insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem der Pat. in die Rehabilitation gekommen ist? Behandlungsziel wurde nicht erreicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 vollerreicht

12 Anhang

13 Wurde insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therapeutischer Sicht die Behandlung aufgenommen wurde?

Behandlungsziel wurde nicht erreicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 voll erreicht

BSS

	Gar nicht	gering- fügig	deutlich	stark	extrem
--	--------------	------------------	----------	-------	--------

BSS_K7

Beeinträchtigungsschwere unmittelbar vor Aufnahme, körperlich

0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

BSS_P7

Beeinträchtigungsschwere unmittelbar vor Aufnahme, psychisch

0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

BSS_S7

Beeinträchtigungsschwere unmittelbar vor Aufnahme, sozialkommunikativ

0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

BSS_KE

Beeinträchtigungsschwere bei Entlassung, körperlich

0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

BSS_PE

Beeinträchtigungsschwere bei Entlassung, psychisch

0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

BSS_SE

Beeinträchtigungsschwere bei Entlassung, sozialkommunikativ

0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

BSS_LF**Zum Behandlungsende besteht:**

- 90 = gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80 = höchstens leichte Beeinträchtigung
- 70 = leichte Beeinträchtigung
- 60 = mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- 50 = ernsthafte Beeinträchtigung
- 40 = starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
- 10 = ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

12 Anhang

BfA-PsyBaDo
Patientenabschlussfragebogen
(PAF)

Aufnahme-Nr:

Name:

Datum:

Liebe Gäste unseres Hauses,

wir sind an Ihrer Meinung über den Aufenthalt in der hiesigen Klinik sehr interessiert und möchten Sie daher bitten, uns anhand der folgenden Fragen eine kurze Rückmeldung zu geben. Haben Sie vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wie weit stimmen Sie der folgenden Aussage zu?	Frage trifft nicht zu	stimme nicht zu	stimme mit Einschränkung zu	stimme weitgehend zu	stimme zu	stimme voll zu
(1) Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(2) Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(3) Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(4) Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(5) Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(6) Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(7) In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(8) Von den Krankenschwestern/Pflegern fühlte ich mich gut betreut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(9) Von den Ergotherapeuten fühlte ich mich gut betreut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(10) Von den Bewegungstherapeuten fühlte ich mich gut betreut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(11) Von den Sozialarbeitern fühlte ich mich gut betreut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(12) Von den Diätassistentinnen fühlte ich mich gut betreut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(13) Von den Mitarbeitern der Verwaltung fühlte ich mich gut betreut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(14) Vom Küchenpersonal fühlte ich mich gut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(15) Vom Reinigungspersonal fühlte ich mich gut betreut	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(16) Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(17) Mit dem Essen war ich zufrieden	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(18) Mit den Räumlichkeiten der Klinik	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(19) Mit den Freizeitmöglichkeiten war	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(20) Es wurde Wert darauf gelegt, dass der Alltag besser bewältigt werden kann	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
(21) Die Weiterbehandlung am Wohnort wurde vorbereitet	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

12 Anhang

Wie weit stimmen Sie der folgenden Aussage zu?	war nicht mein Problem	ver- schlechtert	unver- ändert	etwas besser	deutlich besser	sehr viel gebessert						
(22) Körperliche Befindensstörung Wie hat sich Ihr körperliches Befinden bzw. die körperliche Symptomatik verändert?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(23) Psychische Befindensstörung Wie hat sich Ihr seelisches Befinden bzw. die psychische Symptomatik verändert?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(24) Selbstwerterleben/Selbstannahme Wie hat sich Ihr Selbstwerterleben, Ihre Selbstannahme verändert? Können Sie sich jetzt eher besser oder eher schlechter selbst annehmen?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(25) Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme Wie haben sich Ihre Möglichkeiten verändert, die sozialen Probleme zu lösen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(26) Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich Wie haben sich Ihre Möglichkeiten verändert, Beziehungen zu Personen im privaten Bereich zu verbessern, die Ihnen sehr wichtig sind (Eltern, Partner, Kinder, Freunde etc.)?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(27) Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich Wie haben sich Ihre Möglichkeiten verändert, Beziehungen zu Personen im beruflichen Bereich zu verbessern, die Ihnen sehr wichtig sind (Vorgesetzte, Kollegen)?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(28) Eigenständige Handlungskompetenz/ psychosoziale Fähigkeiten Wie hat sich die Möglichkeit zur Eigenaktivität und zur Übernahme von Verantwortung für Ihr Leben verändert (z.B. Kontaktfähigkeit, Durchsetzungsvermögen)?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(29) Krankheitsverständnis Wie hat sich Ihr Krankheitsverständnis verändert? Können Sie besser verstehen, worunter Sie leiden bzw. welches Ihre Probleme sind?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(30) Zukunftsorientierung Wie hat sich Ihre Einstellung gegenüber Ihrer Zukunft und Ihren Zukunftsplänen verändert?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(31) Psychisches Wohlbefinden Wie hat sich Ihr allgemeines seelisches Wohlbefinden verändert?	0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5						
(32) Arbeitsfähigkeit Halten Sie sich für fähig, jetzt Ihre letzte berufliche Tätigkeit weiter/wieder zu verrichten?	nein <input type="radio"/> 0	mit Einschränkung <input type="radio"/> 1			ja <input type="radio"/> 2							
(33) Erwerbsfähigkeit Halten Sie sich für fähig irgendeine berufliche Tätigkeit auszuüben?	nein <input type="radio"/> 0	mit Einschränkung <input type="radio"/> 1			ja <input type="radio"/> 2							
(34) Inwieweit haben sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind? ich habe nichts erreicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	voll erreicht
(35) Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? hat sich gar nicht gelohnt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr gelohnt
(36) Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? hat mir gar nicht gefallen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr gefallen

Anmerkungen/Kritik:

12.7 Patientencharakteristika aller um Mitwirkung gebetenen Patienten

Tabelle 12.7.1: Patientencharakteristika der Studienteilnehmer und Nichtteilnehmer

		Gesamt mit Einverständnis- erklärung	Studienteilnehmer (K + I) ¹	Drop out	p 2 - seitig	Gesamt der ange- sprochenen Patienten	Studienteilnehmer	Nicht- Studienteilnehmer	p 2 - seitig
	n	416	377	39		755	416	339	
Geschlecht									
männlich	%	31.3	32.1	23.1		30.1	31.3	28.6	
weiblich	%	68.8	67.9	76.9	.28	69.9	68.8	71.4	.47
Alter	M		48.7	47.3			47.4	47.5	
	SD		8.08	8.65	.35		9.23	8.60	.93
Familienstand									
ledig	%	22.8	23.3	17.9		22.8	22.8	22.7	
verheiratet	%	57.0	57.6	51.3		57.2	57.0	57.5	
geschieden	%	18.8	17.8	28.2		18.8	18.8	18.	
verwitwet	%	1.4	1.3	2.6	.36	1.2	1.4	.9	.94
Höchster Bildungsabschluss									
ohne Beruf	%	3.1	3.2	2.6		4.4	3.1	5.9	
10-12Jahre	%	60.6	60.2	64.1		63.8	60.6	67.8	
Abitur	%	19.5	18.8	25.6		18.8	19.5	18.0	
Universität	%	16.8	17.8	7.7	.37	12.8	16.8	8.0	.001
Jetzige Berufssituation									
Berufstätig Vollzeit	%	54.3	55.2	46.2		51.1	54.3	47.2	
Berufstätig Teilzeit	%	17.3	16.4	6.8		16.0	17.3	14.5	
arbeitslos	%	21.9	1.9	5.1		26.4	21.9	31.9	
Rente	%	2.2	1.9	5.1		2.4	2.2	2.7	
Sonstige	%	4.3	16.3	1.7	.35				.04
Einweisung									
Selbst	%	6.8	6.9	5.3		6.0	6.8	5.1	
Arzt/Psychoth.	%	70.2	72.3	50.0		66.5	70.2	61.9	
Kkasse oder MDK	%	12.3	12.0	15.8		14.4	12.3	17.0	
Rentenvers.-träger	%	6.5	5.9	13.2		8.3	6.5	10.4	
Verlegung v. anderer Klinik	%	4.1	2.9	15.8	.00	4.8	4.1	5.7	.04
Aufenthaltsmodus									
vollstationär	%	90.1	90.2	89.5		89.2	90.1	88.1	

12 Anhang

		Gesamt mit Einverständnis- erklärung	Studienteilnehmer (K + I) ¹	Drop out	p 2 - seitig	Gesamt der ange- sprochenen Patienten	Studienteilnehmer	Nicht- Studienteilnehmer	p 2 - seitig
teilstationär	%	4.8	4.5	7.9		6.6	4.8	8.9	
Wechsel zw. voll-/teil-	%	5.1	5.3	2.6	.60	4.1	5.1	3.0	.03
AU vor Aufnahme in Wochen									
	M	14.7	14.7	15.2		17.7	14.7	21.2	
	SD	24.5	24.4	24.8	.91	27.4	24.5	30.3	.00
ICD-10²									
F0	%	3.8	3.4	7.7	.19	3.7	3.8	3.5	.83
F1	%	7.0	6.4	12.8	.13	7.7	7.0	8.6	.42
F2	%	1.7	1.6	2.6	.65	1.3	1.7	.9	.34
F3	%	27.9	27.3	33.3	.43	27.2	27.9	26.3	.62
F4	%	64.2	66.0	46.2	.01	65.3	64.2	66.7	.48
F5	%	1.7	1.3	5.1	.13	2.6	1.7	3.8	.07
F6	%	7.9	7.7	10.3	.57	9.7	7.9	11.8	.07
F7	%	.2	.3	.0	.75	.3	.2	.3	.89
F8	%	3.6	3.4	5.1	.59	4.2	3.6	5.0	.34
F9	%	1.2	1.1	2.6	.41	.7	1.2	.0	.04
ISA, Allgemeine Intelligenz³									
	M	62.3	63.4	51.5		58.4	62.3	53.8	
	SD	19.6	19.3	19.4	.00	20.5	19.6	20.6	.00
SCL-90-R⁴									
GSI prä									
	M	1.21	1.20	1.28		1.21	1.21	1.22	
	SD	.67	.67	.72	.51	.72	.67	.78	.89
PSDI prä									
	M	1.91	1.91	1.93		1.92	1.91	1.92	
	SD	.56	.56	.56	.81	.59	.56	.63	.81
PST prä									
	M	53.2	53.0	55.2		52.8	53.2	52.2	
	SD	18.8	18.7	20.1	.49	19.7	18.8	20.7	.48

Anmerkungen. ¹K = Kontrollgruppe; I = Interventionsgruppe; ²F0 = Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F3 = Affektive Störungen; F4 = Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F7 = Intelligenzminderung; F8 = Entwicklungsstörungen; F9 = Verhaltensstörungen; ³ISA = Intelligenzstrukturanalyse; ⁴SCL-90-R = Symptom-Checkliste: GSI = Global Severity Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total

12.8 Antworten der Wissensfragebögen

Tabelle 12.8.1: Signifikante Unterschiede in der Beantwortung der Wissensfragebögen

Wissensfragebogen	Kontrollgruppe		Interventionsgruppe		Gesamt		χ^2	T/B ¹
	falsch	n	falsch	n	falsch	n		
	%		%		%		p 1-seitig	
<i>Kognitionen und Erleben</i>								
3. Welcher von diesen Gedanken ist ein nicht hilfreicher Gedanke?	39.2	29	26.1	24	31.9	53	.036	T
4. Was entscheidet darüber, ob man negative Gefühle bekommt?	18.9	14	8.7	8	13.3	22	.026	T
5. Beim ABC-Modell der Gedanken und Gefühle bedeutet C	59.5	44	34.8	32	45.8	76	.001	T
6. Was sollte man machen wenn man sich in einer Situation schlecht fühlt?	28.4	21	15.2	14	21.1	35	.015	B
7. Wie heißt die zentrale Frage die man sich stellen sollte, wenn man seine Gedanken einer Realitätsüberprüfung unterziehen will?	27.0	20	16.3	15	21.1	35	.046	B
8. Die eigene Art, Realität wahrzunehmen ist... ?	28.4	21	16.3	15	21.7	36	.030	T
9. Wie kann man sich am besten von eigenen Erklärungsmustern distanzieren?	23.0	17	12.0	11	16.9	28	.030	B
<i>Krankheitsbewältigung</i>								
1. Was bedeutet Coping?	95.7	22	35.3	6	70.0	28	<.001	T
5. Was ist keine mögliche Phase bei der Krankheitsbewältigung?	78.3	18	29.4	5	57.5	23	.001	T
8. Was bedeutet im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung die Warnung vor dem Kuckucksei?	82.6	19	47.1	8	67.5	27	.009	B
9. Aus welchen Schriftzeichen setzt sich das chinesische Schriftzeichen für Krise zusammen?	82.6	19	35.3	6	62.5	25	.001	T
<i>Bewältigung kritischer Lebensereignisse</i>								
1. Was verlangt das Leben von einem bei größeren und kleineren Krisen?	24.4	11	7.1	4	14.9	15	.007	B
4. Was kann Krisen auslösen?	75.6	34	32.1	18	51.5	52	<.001	T
5. Was kann passieren, wenn man in den ersten beiden Phasen der Krisenbewältigung stecken bleibt?	28.9	13	8.9	5	17.8	18	.004	T
6. Was können positive Folgen einer Krise sein?	28.9	13	10.7	6	18.8	19	.010	T
8. Wie nennt die Medizin die typische Krise, wenn Kinder ausziehen?	33.3	15	16.1	9	23.8	24	.021	T
<i>Inneres Angsterleben und Bewältigung</i>								
2. An einer Panikreaktion kann man...?	50.0	16	13.0	3	34.5	19	.002	T

12 Anhang

Wissensfragebogen	Kontroll gruppe		Interventions- gruppe		Gesamt		χ^2	T/B ¹
	falsch		falsch		falsch			
	%	n	%	n	%	n	p 1-seitig	
4. Was passiert während einer Orientierungsreaktion?	65.6	21	17.4	4	45.5	25	<.001	T
6. In der Erschöpfungsphase...?	65.6	21	39.1	9	54.5	30	.026	T
8. Warum sollte man den Arzt aufsuchen wenn man unter vermehrter Panik leidet?	56.3	18	21.7	5	41.8	23	.005	B
9. Was ist ein wichtiger Bestandteil einer Panikstörung?	56.3	18	30.4	7	45.5	25	.029	T
<i>Phobien und Expositionstherapie</i>								
2. Jemand hat in einer bestimmten Situation eine schlechte Erfahrung gemacht und setzt sich dieser Situation nie wieder aus (z.B. ist vom Pferd gefallen und steigt nie wieder auf ein Pferd). Was für eine Art Angst ist das?	20.7	6	6.5	2	13.3	8	.05	T
4. Vermeidungsangst heißt auch...?	34.5	10	12.9	4	23.3	14	.024	T
5. Bei einer sozialen Phobie leidet man unter der Angst vor...?	89.7	26	45.2	14	66.7	40	<.001	T
6. Was hat Einfluss auf das Entstehen von Phobien?	48.3	14	12.9	4	30.0	18	.001	T
9. Was bedeutet Expositionstherapie?	31.0	9	12.9	4	21.7	13	.044	B
10. Was ist wichtig zu tun, wenn man unter einer Angsterkrankung leidet?	55.2	16	19.4	6	36.7	22	.002	B
<i>Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste</i>								
1. Was ist ein Kennzeichen von Hypochondrie?	30.4	7	.0	0	17.5	30.4	.006 ²	T
4. Welcher Teil eines Nervensystems wird unter Stress besonders intensiv aktiviert?	43.5	10	5.9	1	27.5	43.5	.004 ²	T
5. Hypervigilanz bedeutet...?	26.1	6	.0	0	15.0	26.1	.011 ²	T
6. Was ist richtige Selbstbeobachtung?	26.1	6	5.9	1	17.5	26.1	.048 ²	B
8. Arztbesuche führen bei Hypochondrie zu...?	21.7	5	.0	0	12.5	21.7	.020 ²	T

Anmerkungen. ¹T/B: Theoretisches Wissen/ Bewältigungswissen, ²Interventionsgruppe N ≤ 1

12.9 Beantwortung des Items „Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?“ aus Sicht der Patienten

Tabelle 12.9.1: VAS - Patient: Wurden Themen aus den ausgehändigten Broschüren angesprochen?

Anzahl Protokolle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Gesamt
Antwort Ja n	60	65	51	45	21	25	16	10	4	4	1	1	0	1	0	304
Beantwortet n	119	108	100	88	69	54	40	33	23	19	11	5	4	2	1	676

12.10 Beantwortung des Items „Falls eine Broschüre thematisiert wurde, von wem wurde das Thema eingebracht?“

Tabelle 12.10.1: VAS - Patient und VAS - Therapeut: Falls eine Broschüre thematisiert wurde, von wem wurde das Thema eingebracht?

	n	%
VAS - Patient		
Patient	37	12.4
Therapeut	151	50.7
Beide	110	36.9
Gesamt	298	100
VAS – Therapeut		
Patient	46	15.3
Therapeut	198	66
Beide	56	18.7
Gesamt	300	100

12.11 Subkategorien der auf die Broschüren bezogenen Kategorien

Tabelle 12.11.1: Inhalte der auf die bibliotherapeutischen Broschüren bezogenen Kategorien

Kategorie: **Angst und Panik**

Angstentstehung, Angstkreis, Entstehung vegetativer Symptomatik
 Angstkreis erarbeitet
 Angstkurve besprochen
 Auswertung Broschüre Standhalten oder Flüchten, Situationen aushalten
 Bedeutung von Gedanken in Angstsituationen
 Bedeutung von Vermeidung verdeutlicht
 Frühwarnzeichen der Angst
 Grundlagen von Ängsten
 Hinweisreize für physiologische Angstreaktion
 Klärung Angstreaktion
 Mechanismen der Angst, Physiologische Grundlagen
 Mikroanalyse-ABC: automatische Gedanken erkennen
 Modell der Angstentstehung
 Panikerkrankung, physiologische Grundlagen
 Physiologischer Prozess bei Angst
 Reflexion der Konsequenzen von Vermeidungsverhalten
 Teufelskreis der Angst
 Trennung von kardiologischen Erkrankungen und Angsterleben i. Rahmen von Angststörungen
 Wiederholung Mechanismus der Angstreaktion „Sicherheitsverhalten“ und deren Folgen

Kategorie: **Gedanken und Gefühle**

ABC
 ABC (vorrangig Zusammenhang Gedanken + Gefühle)
 ABC-Technik auf aktuelle „Grübel“-Situationen angewandt
 ABC-Technik, Herausarbeiten von primären Gefühlen, die zeitlich zuerst vorhanden waren und sekundären Gefühlen, die die primären Gefühle überdecken
 Aus Depressionsmanual: ABC-Schema besprochen
 Auswirkung negativer Gedanken auf das psychische Befinden

Broschüre Gedanken und Gefühle

Einfluss Gedanken und Emotionen

Einführung ABC und Beispielsituation

Kognitionen in Depression

Perspektivwechsel

Perspektivwechselfähigkeit am Bsp. von Klinik- und Arbeitssituationen

Situationen mit Hilfe der ABC-Technik bearbeiten, Perspektivwechsel

Verbindung Gedanken und Gefühle

Vorbereitung Gedanken--> Gefühle-->Verhalten

Wiederholung ABC-Technik, Zusammenhang zu ungünstigen Denkmustern

weiter Arbeit an Perspektivwechsel

Wiederholung ABC

Zusammenhang Gedanken und Gefühle, Verhalten und erlebte Symptomatik verdeutlicht

Zusammenhang Gedanken und Gefühle, Verhalten

Zusammenhang zwischen Grübeln, Gedanken, Bewertung in einer Situation >ABC-Technik

Kategorie: Angst vor Krankheit

Aufschaukelungsprozess der Gedanken bei Wahrnehmung von körperlichen Symptomen

Kategorie: Bewältigung von Lebenskrisen

Entwicklungsmöglichkeiten aus Krisensituationen

12.12 Faktorenanalyse der Visuellen Analogskala Patient

Tabelle 12.12.1: VAS-P Komponentenmatrix

VAS-P Items	Komponente	
	1	2
Stimmung	.885	
Befinden nach der Therapiesitzung	.864	
Angst und Unruhe	.787	
Fortschritte in Therapiesitzung	.776	
Entwicklung in der letzten Woche	.753	
Gefühl verstanden worden zu sein	.738	
therapeutisches Vorgehen verstanden	.721	.498
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	.642	.615

Anmerkungen. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Komponenten > 4 extrahiert

Tabelle 12.12. 2: VAS-P Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Summen von quadrierten								
	Anfängliche Eigenwerte			Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4.792	59.906	59.906	4.792	59.906	59.906	3.526	44.080	44.080
2	1.042	13.026	72.932	1.042	13.026	72.932	2.308	28.852	72.932
3	.548	6.852	79.784						
4	.403	5.040	84.824						
5	.375	4.682	89.506						
6	.355	4.432	93.938						
7	.322	4.028	97.965						
8	.163	2.035	100.000						

Anmerkungen. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

12.13 Faktorenanalyse der Visuellen Analogskala Therapeut

Tabelle 12.13.1: VAS-T Komponentenmatrix

	Komponente	
	1	2
Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	.882	
Kooperation	.868	
war Patient sympathisch	.817	
Verständnis für Pat.	.813	
Fortschritte des Patienten	.802	
Befinden des Th. in Therapiesitzung	.777	
Therapieziel	.753	
Stimmung des Pat.	.753	.546
Struktur der Therapiesitzung	.725	
für Pat. Wichtiges behandelt	.689	
Befinden des Pat (Angst)	.649	.671

Anmerkungen. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Komponenten > 4 extrahiert

Tabelle 12.13.2: VAS-T Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Summen von quadrierten								
	Anfängliche Eigenwerte			Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.416	61.797	61.797	7.416	61.797	61.797	5.628	46.899	46.899
2	1.010	8.420	70.217	1.010	8.420	70.217	2.798	23.318	70.217
3	.734	6.115	76.332						
4	.627	5.225	81.557						
5	.517	4.308	85.865						
6	.385	3.206	89.071						
7	.361	3.009	92.081						
8	.311	2.594	94.675						
9	.237	1.976	96.651						
10	.226	1.880	98.531						
11	.176	1.469	100.000						
12	2.933E-16	2.444E-15	100.000						

Anmerkungen. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

12.14 Deskriptive Statistik der Therapeutenabschlussbewertung (Item 1-9)

Tabelle 12.14.1: TAF: Deskriptive Statistik der Therapeutenabschlussbewertung (Item 1-9)

Therapeutenabschlussbewertung		Antwortende pro Item			
		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
		%	n	%	n
1. Körperliche Befindensstörung	kein Problem	7.8	14	11.3	22
	unverändert-schlechter	6.7	12	10.3	20
	etwas besser	51.1	92	53.8	105
	deutlich besser	29.4	53	20	39
	sehr viel besser	4.4	8	4.6	9
	vollständig gebessert	0.6	1	0	0
2. Psychische Befindensstörung	kein Problem	0	0	0.5	1
	unverändert-schlechter	6.7	12	6.7	13
	etwas besser	30	54	40.5	79
	deutlich besser	47.8	86	41	80
	sehr viel besser	13.9	25	10.3	20
	vollständig gebessert	1.7	3	1	2
3. Selbstwerterleben / Selbstannahme	kein Problem	18.3	33	16.4	32
	unverändert-schlechter	5	9	7.7	15
	etwas besser	35	63	37.4	73
	deutlich besser	35.6	64	30.3	59
	sehr viel besser	6.1	11	7.7	15
	vollständig gebessert	0	0	0.5	1
4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	kein Problem	23.3	42	21	41
	unverändert-schlechter	11.1	20	16.4	32
	etwas besser	34.4	62	35.4	69
	deutlich besser	26.7	48	22.1	43
	sehr viel besser	3.9	7	5.1	10
	vollständig gebessert	0.6	1	0	0
5. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	kein Problem	23.9	43	33.3	65
	unverändert-schlechter	7.2	13	9.2	18
	etwas besser	41.7	75	40	78
	deutlich besser	23.9	43	15.4	30
	sehr viel besser	2.8	5	2.1	4
	vollständig gebessert	0.6	1	0	0
6. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	kein Problem	29.4	53	24.7	48
	unverändert-schlechter	17.2	31	19.6	38
	etwas besser	31.1	56	35.1	68
	deutlich besser	18.9	34	17	33
	sehr viel besser	2.2	4	3.6	7
	vollständig gebessert	1.1	2	0	0

Therapeutenabschlussbewertung		Antwortende pro Item			
		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
		%	n	%	n
7. Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten	kein Problem	8.3	15	10.3	20
	unverändert-schlechter	7.2	13	10.3	20
	etwas besser	43.3	78	43.6	85
	deutlich besser	37.8	68	31.3	61
	sehr viel besser	2.8	5	4.6	9
	vollständig gebessert	0.6	1	0	0
8. Krankheitsverständnis	kein Problem	2.2	4	2.6	5
	unverändert-schlechter	6.1	11	3.6	7
	etwas besser	26.7	48	39.5	77
	deutlich besser	45.6	82	39.5	77
	sehr viel besser	16.1	29	13.8	27
	vollständig gebessert	3.3	6	1	2
9. Zukunftsorientierung	kein Problem	4.4	8	5.1	10
	unverändert-schlechter	7.2	13	13.3	26
	etwas besser	40.6	73	40.5	79
	deutlich besser	38.9	70	34.9	68
	sehr viel besser	7.8	14	5.6	11
	vollständig gebessert	1.1	2	0.5	1

12.15 Deskriptive Statistik des Patientenabschlussfragebogens

Tabelle 12.15.1: PAF: Deskriptive Statistik (Item 1-7; 16)

Patientenabschlussfragebogen		Antwortende pro Item			
		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
		%	n	%	n
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	Frage trifft nicht zu	0	0	1.5	3
	stimme nicht zu	4.5	8	5.2	10
	stimme mit Einschränkung zu	13.5	24	13.9	27
	stimme weitgehend zu	14	25	17	33
	stimme zu	32	57	33	64
	stimme voll zu	36	64	29.4	57
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	Frage trifft nicht zu	3.4	6	3.1	6
	stimme nicht zu	4.5	8	3.1	6
	stimme mit Einschränkung zu	10.1	18	19.6	38
	stimme weitgehend zu	17.4	31	18	35
	stimme zu	42.1	75	26.3	51
	stimme voll zu	22.5	40	29.9	58
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	Frage trifft nicht zu	0	0	1	2
	stimme nicht zu	1.7	3	1	2
	stimme mit Einschränkung zu	6.7	12	7.2	14
	stimme weitgehend zu	9	16	11.3	22
	stimme zu	26.4	47	24.7	48
	stimme voll zu	56.2	100	54.6	106
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	Frage trifft nicht zu	0	0	0.5	1
	stimme nicht zu	1.1	2	1.5	3
	stimme mit Einschränkung zu	4.5	8	6.7	13
	stimme weitgehend zu	8.4	15	10.8	21
	stimme zu	29.8	53	26.8	52
	stimme voll zu	56.2	100	53.6	104
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	Frage trifft nicht zu	0	0	0.5	1
	stimme nicht zu	6.2	11	3.6	7
	stimme mit Einschränkung zu	4.5	8	10.3	20
	stimme weitgehend zu	17.4	31	18	35
	stimme zu	43.3	77	36.1	70
	stimme voll zu	28.7	51	31.4	61
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	Frage trifft nicht zu	0.6	1	0.5	1
	stimme nicht zu	3.4	6	4.6	9
	stimme mit Einschränkung zu	12.9	23	12.9	25
	stimme weitgehend zu	18	32	21.6	42
	stimme zu	35.4	63	34	66
	stimme voll zu	29.8	53	26.3	51

		Antwortende pro Item			
		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
Patientenabschlussfragebogen		%	n	%	n
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	Frage trifft nicht zu	1.1	2	2.1	4
	stimme nicht zu	4.5	8	5.7	11
	stimme mit Einschränkung zu	15.2	27	19.6	38
	stimme weitgehend zu	18.5	33	22.2	43
	stimme zu	29.8	53	28.4	55
	stimme voll zu	30.9	55	22.2	43
16. Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich	Frage trifft nicht zu	0.6	1	0.5	1
	stimme nicht zu	2.8	5	0.5	1
	stimme mit Einschränkung zu	3.9	7	4.1	8
	stimme weitgehend zu	10.7	19	13.4	26
	stimme zu	31.5	56	29.9	58
	stimme voll zu	50.6	90	51.5	100

Tabelle 12.15.2: PAF: Deskriptive Statistik (Item 22-31)

		Antwortende pro Item			
		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
Patientenabschlussfragebogen		%	n	%	n
22. Körperliche Befindensstörung	war nicht mein Problem	3.4	6	4.1	8
	verschlechtert	4.5	8	6.7	13
	unverändert	16.3	29	20.1	39
	etwas besser	38.8	69	36.1	70
	deutlich besser	33.7	60	26.3	51
	sehr viel besser	3.4	6	6.7	13
23. Psychische Befindensstörung	war nicht mein Problem	1.7	3	3.1	6
	verschlechtert	5.1	9	4.1	8
	unverändert	12.9	23	14.9	29
	etwas besser	29.2	52	41.2	80
	deutlich besser	44.4	79	26.3	51
	sehr viel besser	6.7	12	10.3	20
24. Selbstwerterleben	war nicht mein Problem	7.3	13	11.9	23
	verschlechtert	3.4	6	1.5	3
	unverändert	12.9	23	24.2	47
	etwas besser	34.8	62	29.9	58
	deutlich besser	36	64	26.3	51
	sehr viel besser	5.6	10	6.2	12
25. Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	war nicht mein Problem	0	0	0	0
	verschlechtert	2.8	5	2.6	5
	unverändert	27	48	37.1	72
	etwas besser	27.5	49	21.6	42
	deutlich besser	18.5	33	14.9	29
	sehr viel besser	24.2	43	23.7	46

Patientenabschlussfragebogen		Antwortende pro Item			
		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
		%	n	%	n
26. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	war nicht mein Problem	24.7	44	32.5	63
	verschlechtert	0	0	2.1	4
	unverändert	16.9	30	21.6	42
	etwas besser	27.5	49	23.2	45
	deutlich besser	25.3	45	15.5	30
27. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	sehr viel besser	5.6	10	5.2	10
	war nicht mein Problem	32	57	34.5	67
	verschlechtert	2.8	5	1.5	3
	unverändert	26.4	47	31.4	61
	etwas besser	24.7	44	21.1	41
28. Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten	deutlich besser	11.8	21	9.3	18
	sehr viel besser	2.2	4	2.1	4
	war nicht mein Problem	21.3	38	21.1	41
	verschlechtert	0.6	1	0.5	1
	unverändert	20.8	37	22.2	43
29. Krankheitsverständnis	etwas besser	26.4	47	35.6	69
	deutlich besser	25.3	45	18.6	36
	sehr viel besser	5.6	10	2.1	4
	war nicht mein Problem	6.2	11	7.2	14
	verschlechtert	1.1	2	1	2
30. Zukunftsorientierung	unverändert	9.6	17	10.3	20
	etwas besser	23	41	37.1	72
	deutlich besser	42.7	76	30.4	59
	sehr viel besser	17.4	31	13.9	27
	war nicht mein Problem	7.3	13	9.3	18
31. Psychisches Wohlbefinden	verschlechtert	3.4	6	4.6	9
	unverändert	16.3	29	19.6	38
	etwas besser	33.7	60	39.7	77
	deutlich besser	31.5	56	21.6	42
	sehr viel besser	7.9	14	5.2	10
31. Psychisches Wohlbefinden	war nicht mein Problem	2.2	4	4.6	9
	verschlechtert	5.6	10	4.6	9
	unverändert	12.9	23	18.6	36
	etwas besser	31.5	56	36.1	70
	deutlich besser	38.2	68	32	62
	sehr viel besser	9.6	17	4.1	8

12.16 Wechselwirkung von Krankheitsstatus und Bibliotherapie auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Tabelle 12.16.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Anzahl der Diagnosen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Behandlungsergebnis	Zahl der Diagnosen	Kontrollgruppe						Interventionsgruppe						Varianzanalyse		t-test	
		Kontrollgruppe		Interventionsgruppe		Interventionsgruppe		Haupteffekt Diagnosenanzahl <i>p</i>	Interaktionseffekt Diagnosenanzahl *Gruppe <i>p</i>	T	df	<i>p</i>	<i>r</i>				
		M	SD	n	M	SD	n										
Patientenabschlussbogen¹																	
Körperliche	≤1	3.29	.85	129	3.24	.98	136			.53	263	.60	.03				
Befindensstörung	≥2	2.74	.95	43	2.60	1.01	50	< .001	.707	.70	91	.48	.07				
Psychische	≤1	3.53	.83	132	3.39	.95	137			1.32	267	.19	.08				
Befindensstörung	≥2	2.81	1.16	43	2.86	.98	51	< .001	.396 ⁸	-.22	92	.83	.02				
Selbstwerterleben/ Selbstannahme	≤1	3.44	.81	125	3.21	.93	121			2.03	244	.04	.13				
	≥2	2.85	1.08	40	2.92	.99	50	< .001	.193	-.32	88	.75	.03				
Krankheitsverständnis	≤1	3.81	.86	125	3.63	.90	129			1.63	252	.11	.10				
	≥2	3.38	1.06	42	3.16	.88	51	< .001	.842 ⁸	1.10	79.8	.28	.12				
Zukunftsorientierung	≤1	3.37	.92	123	3.16	.90	125			1.85	246	.07	.12				
	≥2	2.93	1.05	42	2.73	.98	51	< .001	.962	.96	91	.34	.10				
Therapeutenabschlussbewertung¹																	
Körperliche	≤1	2.46	.74	124	2.25	.74	128			2.25	250	.03	.14				
Befindensstörung	≥2	2.07	.56	42	2.11	.61	45	.003	.155 ⁸	-.32	85	.75	.03				
Psychische	≤1	2.81	.81	136	2.65	.81	143			1.63	277	.10	.10				
Befindensstörung	≥2	2.52	.90	44	2.39	.78	51	.005	.886	.76	93	.45	.08				
Selbstwerterleben / Selbstannahme	≤1	2.61	.71	109	2.53	.83	117			.74	224	.46	.05				
	≥2	2.29	.73	38	2.33	.76	46	.008	.568	-.22	82	.82	.02				
Krankheitsverständnis	≤1	2.89	.88	132	2.74	.83	140			1.53	270	.13	.09				
	≥2	2.66	.94	44	2.54	.71	50	.034	.847	.70	92	.49	.07				
Zukunftsorientierung	≤1	2.61	.81	128	2.48	.82	134			1.31	260	.19	.08				
	≥2	2.30	.73	44	2.06	.73	51	< .001	.582 ⁸	1.57	93	.12	.16				
VAS² zur Beurteilung des Reha-Erfolgs (Patient)																	
Behandlungsziel erreicht ³	≤1	6.33	2.22	135	5.95	2.44	143			1.34	276	.18	.08				
	≥2	4.88	2.81	43	4.24	3.01	51	< .001	.647 ⁸	1.07	92	.29	.11				
Hat sich der Aufenthalt	≤1	7.34	2.31	135	7.12	2.27	143			.81	276	.42	.05				

Behandlungsergebnis	Zahl der Diagnosen	Varianzanalyse							t-test				
		Kontrollgruppe			Interventionsgruppe			Haupteffekt Diagnosenanzahl <i>p</i>	Interaktionseffekt Diagnosenanzahl *Gruppe <i>p</i>	T	df	<i>p</i>	<i>r</i>
		M	SD	n	M	SD	n						
für Sie gelohnt? ⁴	≥ 2	6.40	2.99	43	5.88	3.15	51	< .001	.628 ⁸	.80	92	.42	.08
Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁵	≤ 1	7.81	1.96	135	7.31	2.11	143			2.04	276	.04	.12
	≥ 2	7.14	2.49	43	6.76	2.78	51	.022	.813 ⁸	.68	92	.50	.07
VAS² zur Beurteilung des Reha-Erfolgs (Therapeut)													
Behandlungsziel erreicht mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist? ³	≤ 1	7.29	1.67	136	6.87	1.84	144			1.99	278	.047	.12
	≥ 2	6.43	2.22	44	5.88	2.11	51	< .001	.769	1.23	93	.22	.13
mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde? ³	≤ 1	7.37	1.67	136	6.83	1.92	144			2.48	278	.01	.15
	≥ 2	6.45	1.87	44	6.29	1.83	51	.001	.387	.42	93	.67	.04
SCL-90-R (post)													
Global Severity Index ⁶	≤ 1	.58	.51	135	.59	.54	143			-.02	276	.99	.00
	≥ 2	1.11	.74	42	1.14	.70	51	< .001	.795 ⁸	-.25	91	.81	.03
Positive Symptom Total	≤ 1	34.7	21.1	135	33.5	21.4	143			.45	276	.65	.03
	≥ 2	49.9	22.8	42	51.8	18.7	51	< .001	.545	-.45	91	.66	.05
Positive Symptom Disstress Index ⁶	≤ 1	1.38	.42	134	1.39	.42	143			-.20	275	.84	.01
	≥ 2	1.79	.61	42	1.84	.63	51	< .001	.721 ⁸	-.40	91	.69	.04
VAS² zur Beurteilung der Therapiesitzung (Patient)⁷													
Stimmung	≤ 1	71.7	16.2	104	70.0	18.9	124			.70	226	.48	.05
	≥ 2	61.4	19.4	34	60.3	21.7	44	< .001	.916	.24	76	.81	.03
Angst und Unruhe	≤ 1	65.7	20.6	104	68.6	18.9	124			-1.1	226	.27	.07
	≥ 2	55.4	21.3	34	53.0	21.1	44	< .001	.319	.50	76	.62	.06
Gefühl verstanden worden zu sein	≤ 1	75.9	19.3	104	75.6	16.5	125			.12	227	.90	.01
	≥ 2	72.8	16.1	34	71.3	18.6	44	.121	.793	.38	76	.71	.04
Therapeutisches Vorgehen verstanden	≤ 1	80.0	14.9	104	77.9	14.8	124			1.08	226	.28	.07
	≥ 2	74.7	22.9	34	73.3	16.8	44	.022	.869 ⁸	.32	76	.75	.04
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	≤ 1	81.3	13.4	104	80.7	14.1	125			.35	227	.72	.02
	≥ 2	79.1	15.9	34	78.0	15.4	44	.186	.894	.32	76	.75	.04
Fortschritte in Therapiesitzung	≤ 1	60.7	20.1	104	58.9	17.6	125			.71	227	.48	.05
	≥ 2	55.4	18.9	34	51.0	22.2	44	.010	.617	.91	76	.37	.10

12 Anhang

Behandlungsergebnis	Zahl der Diagnosen	Varianzanalyse							t-test				
		Kontrollgruppe			Interventionsgruppe			Haupteffekt Diagnosenanzahl <i>p</i>	Interaktionseffekt Diagnosenanzahl *Gruppe <i>p</i>	T	df	<i>p</i>	<i>r</i>
		M	SD	n	M	SD	n						
Befinden nach der Therapiesitzung	≤1	68.6	14.7	104	66.0	16.1	124	.036	.862	1.29	226	.20	.09
	≥2	64.5	15.8	34	61.0	20.7	44			.80	76	.43	.09
Entwicklung in der letzten Woche	≤1	70.0	15.5	104	67.0	16.8	123	.001	.564	1.41	225	.16	.09
	≥2	63.9	14.8	33	58.4	17.8	44			1.46	75	.15	.17
VAS² zur Beurteilung der Therapiesitzung (Therapeut)⁷													
Stimmung des Pat. verstand Pat.	≤1	67.7	14.2	107	67.9	16.4	130	.064	.329	-.12	235	.90	.01
	≥2	65.9	15.6	34	62.2	14.1	45			1.09	77	.28	.12
therapeutisches Vorgehen	≤1	77.2	14.4	107	73.9	16.1	130	.094	.939	1.62	235	.11	.11
	≥2	73.6	17.0	34	70.6	16.2	45			.78	77	.44	.09
für Pat. Wichtiges behandelt	≤1	81.4	12.9	107	79.3	13.3	130	.484	.871	1.25	235	.21	.08
	≥2	82.9	13.8	34	80.2	10.8	45			.97	77	.33	.11
war Patient sympathisch	≤1	80.2	15.0	107	77.1	16.4	130	.060	.640	1.53	235	.13	.10
	≥2	75.4	15.6	34	74.1	15.0	45			.36	77	.72	.04
Kooperation	≤1	81.9	13.3	107	80.9	11.0	130	.002	.256 ⁸	.67	235	.51	.04
	≥2	78.4	14.1	34	73.3	19.2	45			1.3	77	.20	.15
Therapieziel	≤1	72.6	16.5	106	71.3	16.8	130	.786	.696	.61	234	.54	.04
	≥2	72.8	14.4	34	69.9	14.3	45			.92	77	.36	.10

Anmerkungen ¹Skala: 1 = (ver)schlechter(t) - 5 = sehr viel gebessert ²VAS = Visuelle Analogskala, ³Skala: 0 = nichts erreicht - 10 = voll erreicht, ⁴Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt, ⁵Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen, ⁶Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark, ⁷Skala: 0 = negativ - 100 = positiv, ⁸Keine Varianzgleichheit gegeben

Tabelle 12.16. 2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Art der Diagnose auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Behandlungs ergebnis	Art der Diagnose	Kontroll gruppe						Interventions gruppe			Varianzanalyse		t-Test	
		M	SD	n	M	SD	n	Haupteffekt Art der Diagnose <i>p</i>	Interaktionseffekt Diagnoseart*Gruppe <i>p</i>	T	df	<i>p</i>	<i>r</i>	
Patientenabschlussbogen¹														
Körperliche	F3	3.31	.98	36	3.19	1.03	32			.48	66	.63	.06	
Befindensstörung	F4	3.28	.83	89	3.19	.99	99	.939	.913	.67	186	.51	.05	
Psychische	F3	3.51	.64	39	3.39	1.00	33			.59	53	.56	.08	
Befindensstörung	F4	3.54	.90	90	3.42	.93	98	.821	.977	.94	186	.35	.07	
Selbstwerterleben/ Selbstannahme	F3	3.45	.80	38	3.10	.94	31			1.68	67	.10	.20	
	F4	3.42	.84	83	3.22	.95	91	.703	.560	1.48	172	.14	.11	
Krankheitsverständnis	F3	3.95	.74	37	3.64	.90	33			1.56	62	.12	.19	
	F4	3.73	.93	85	3.58	.92	91	.287	.522	1.05	174	.29	.08	
Zukunftsorientierung	F3	3.19	.94	37	3.13	.90	30			.25	65	.81	.03	
	F4	3.45	.90	84	3.14	.92	93	.305	.329	2.29	175	.02	.17	
Therapeutenabschlussbewertung¹														
Körperliche	F3	2.47	.69	38	2.21	.77	29			1.49	65	.14	.18	
Befindensstörung	F4	2.44	.71	80	2.20	.70	94	.842	.879	2.20	172	.03	.17	
Psychische	F3	2.88	.72	40	2.79	.86	33			.47	71	.64	.06	
Befindensstörung	F4	2.86	.84	91	2.59	.83	104	.334	.418	2.26	193	.03	.16	
Selbstwerterleben / Selbstannahme	F3	2.66	.64	35	2.46	.69	28			1.15	61	.26	.15	
	F4	2.66	.68	70	2.50	.87	88	.875	.875 ⁷	1.24	156	.22	.10	
Krankheitsverständnis	F3	2.76	.79	38	2.94	.86	33			-.90	69	.38	.11	
	F4	3.01	.91	89	2.65	.78	100	.860	.023	2.93	187	.004	.21	
Zukunftsorientierung	F3	2.54	.60	39	2.61	.80	31			-.44	68	.66	.05	
	F4	2.66	.82	85	2.36	.83	99	.565	.100	2.42	182	.017	.18	
VAS² zur Beurteilung des Reha-Erfolgs (Patient)														
Behandlungsziel erreicht ³	F3	6.51	2.15	39	5.79	2.27	33			1.39	70	.17	.16	
	F4	6.26	2.20	92	5.82	2.55	103	.730	.667	1.30	193	.20	.09	
Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁴	F3	7.69	1.98	39	7.30	2.26	33			.78	70	.44	.09	
	F4	7.18	2.43	92	6.94	2.50	103	.187	.824	.69	193	.49	.05	
Wie hat Ihnen der	F3	8.05	2.14	39	7.64	1.83	33			.87	70	.39	.10	

Behandlungs ergebnis	Art der Diagnose	Kontroll gruppe						Interventions gruppe			Varianzanalyse		t-Test			
		M			SD			n			Haupteffekt	Interaktionseffekt	T	df	p	r
		M	SD	n	M	SD	n	p	p	T	df	p	r			
Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁵	F4	7.66	1.92	92	7.14	2.21	103	.120	.844	1.77	193	.08	.13			
VAS² zur Beurteilung des Reha-Erfolgs (Therapeut)																
Behandlungsziel erreicht, mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ³	F3	7.28	1.48	40	6.94	1.82	33			.87	71	.39	.10			
mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ³	F4	7.32	1.78	91	6.68	2.02	104	.675	.555	2.32	193	.02	.16			
	F3	7.53	1.26	40	7.06	1.58	33			1.40	71	.17	.16			
	F4	7.27	1.77	91	6.71	1.99	104	.221	.840	2.08	193	.04	.15			
SCL-90-R (post)																
Global Severity Index ⁶	F3	.66	.61	39	.70	.50	33			-.24	70	.81	0.03			
	F4	.60	.53	91	.58	.53	103	.232	.723	.27	192	.79	0.02			
Positive Symptom Total	F3	36.2	19.9	39	39.0	18.4	33			-.63	70	.53	0.08			
	F4	35.7	22.0	91	33.3	21.3	103	.286	.369	.77	192	.44	0.06			
Positive Symptom Distress Index ⁶	F3	1.46	.55	39	1.47	.45	33			-.11	70	.91	0.01			
	F4	1.36	.40	90	1.38	.43	103	.107	.916	-.44	191	.66	0.03			
VAS² zur Beurteilung der Therapiesitzung (Patient)⁸																
Stimmung	F3	70.6	17.4	30	66.3	17.1	29			.97	57	.34	.13			
	F4	72.0	15.9	72	71.1	18.9	91	.248	.528	.35	161	.73	.03			
Angst und Unruhe	F3	64.3	20.1	30	64.5	18.3	29			-.03	57	.98	.00			
	F4	66.5	19.9	72	68.7	19.7	91	.288	.729	-.71	161	.48	.06			
Gefühl verstanden worden zu sein	F3	77.2	19.0	30	79.8	13.5	29			-.62	57	.54	.08			
	F4	75.6	19.1	72	75.5	15.6	92	.257	.589	.06	162	.95	.00			
Therapeutisches Vorgehen verstanden	F3	80.0	15.1	30	79.3	13.9	29			.17	57	.87	.02			
	F4	80.6	14.3	72	78.7	13.6	91	.988	.778	.85	161	.40	.07			
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	F3	81.0	12.7	30	83.3	13.0	29			-.70	57	.49	.09			
	F4	81.4	13.8	72	80.9	12.1	92	.629	.466	.26	162	.80	.02			
Fortschritte in Therapiesitzung	F3	60.1	18.7	30	58.5	16.9	29			.36	57	.72	.05			
	F4	61.6	19.8	72	58.5	18.9	92	.794	.811	1.00	162	.32	.08			
Befinden nach der	F3	67.6	13.9	30	65.1	13.0	29			.70	57	.49	.09			

12 Anhang

Behandlungs ergebnis	Art der Diagnose	Kontroll gruppe						Interventions gruppe						Varianzanalyse		t-Test			
		M		SD		n		M		SD		n		Haupteffekt Art der Diagnose	Interaktionseffekt Diagnoseart*Gruppe	T	df	p	r
														p	p				
Therapiesitzung	F4	70.1	14.3	72	66.7	17.5	91						.380	.841	1.34	161	.18	.11	
Entwicklung in der letzten Woche	F3	68.8	16.8	30	65.0	15.0	29								.92	57	.36	.12	
	F4	70.8	14.9	72	68.3	16.6	90	.268	.778						.98	160	.33	.08	
VAS² zur Beurteilung der Therapiesitzung (Therapeut)⁸																			
Stimmung des Pat.	F3	67.6	13.2	31	66.7	15.2	31								.24	60	.81	.03	
	F4	68.4	14.1	73	67.2	16.0	95	.753	.947						.49	166	.62	.04	
verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	F3	77.6	15.7	31	78.3	12.4	31								-.20	60	.84	.03	
	F4	76.7	14.2	73	73.2	15.9	95	.171	.339	1.49	166	.134	.11						
für Pat. Wichtiges behandelt	F3	80.8	14.5	31	81.4	13.1	31								-.17	60	.87	.02	
	F4	82.1	12.5	73	79.0	12.3	95	.765	.333	1.60	166	.11	.12						
war Patient sympathisch	F3	81.1	14.4	31	79.8	13.6	31								.37	60	.71	.05	
	F4	79.0	15.7	73	76.6	16.6	95	.259	.822	.94	166	.35	.07						
Kooperation	F3	83.7	12.5	31	80.6	12.3	31								.98	60	.33	.13	
	F4	80.6	13.9	73	80.3	12.8	95	.380	.471	.13	166	.90	.01						
Therapieziel	F3	74.7	14.5	31	75.1	14.3	31								-.12	60	.90	.02	
	F4	70.9	16.6	72	69.7	16.8	95	.055	.728	.47	165	.64	.04						

Anmerkungen ¹Skala: 1 = (ver)schlechter(t) - 5 = sehr viel gebessert ²VAS = Visuelle Analogskala, ³Skala: 0 = nichts erreicht - 10 = voll erreicht, ⁴Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt, ⁵Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen, ⁶Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark, ⁷Keine Varianzgleichheit gegeben, ⁸Skala: 0 = negativ - 100 = positiv

12.17 Wechselwirkung von Bildungsniveau und Bibliotherapie auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Tabelle 12.17.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung des Bildungsniveaus auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Behandlungsergebnis	höchster Bildungsabschluss	Kontrollgruppe			Interventionsgruppe			Varianzanalyse		t-Test			
		M	SD	n	M	SD	n	Haupteffekt Bildung	Interaktion Bildung*Gruppe	T	df	p	r
								p	p				
Patientenabschlussbogen¹													
Körperliche Befindensstörung	10-12J	3.19	.92	106	2.97	1.03	111			1.63	215	.105	.11
	Abitur	3.29	.90	28	3.13	1.00	39			.66	65	.511	.08
	Universität	3.10	.87	31	3.41	.98	32	.38	.16	-1.32	61	.190	.17
Psychische Befindensstörung	10-12J	3.35	1.08	108	3.18	.98	109			1.20	215	.231	.08
	Abitur	3.52	.69	29	3.18	.84	40			1.79	67	.077	.21
	Universität	3.39	.80	31	3.65	1.01	34	.19	.17	-1.14	63	.259	.14
Selbstwerterleben /Selbstannahme	10-12J	3.32	.92	101	3.03	.95	99			2.17	198	.031	.15
	Abitur	3.46	.92	28	3.11	.95	38			1.53	64	.130	.19
	Universität	3.24	.91	29	3.52	.91	29	.30	.10	-1.15	56	.254	.15
Krankheitsverständnis	10-12J	3.70	.93	104	3.46	.90	109			1.94	211	.054	.13
	Abitur	3.86	.76	28	3.51	.92	35			1.59	61	.117	.20
	Universität	3.79	.99	28	3.68	1.01	31	.46	.78	.41	57	.681	.05
Zukunftsorientierung	10-12J	3.33	1.01	106	3.03	.94	104			2.24	208	.026	.15
	Abitur	3.38	.90	26	2.94	.79	36			2.04	60	.045	.25
	Universität	3.04	.87	26	3.23	1.02	31	.95	.15	-.74	55	.465	.10
Therapeutenabschlussbewertung¹													
Körperliche Befindensstörung	10-12J	2.34	.71	101	2.15	.70	105			1.87	204	.063	.13
	Abitur	2.41	.63	29	2.18	.68	33			1.39	60	.171	.18
	Universität	2.48	.83	29	2.45	.77	31	.71	.11	.15	58	.880	.02
Psychische Befindensstörung	10-12J	2.66	.88	110	2.50	.79	115			1.51	223	.133	.10
	Abitur	2.84	.58	31	2.73	.85	40			.64	69	.525	.08
	Universität	2.88	.94	32	2.74	.83	34	.06	.97	.64	64	.524	.08
Selbstwerterleben /Selbstannahme	10-12J	2.43	.75	91	2.42	.82	95			.07	184	.948	.01
	Abitur	2.68	.63	25	2.63	.84	35			.26	58	.797	.03
	Universität	2.72	.74	25	2.54	.74	28	.07	.76	.90	51	.370	.13
Krankheitsverständnis	10-12J	2.78	.95	107	2.63	.82	112			1.18	217	.238	.08
	Abitur	3.00	.79	30	2.63	.77	40			1.99	68	.051	.23
	Universität	3.00	.72	32	2.91	.80	33	.10	.55 ⁷	.48	63	.633	.06

Behandlungs- ergebnis	höchster Bildungsabschluss	Kontrollgruppe						Interventions- gruppe			Varianz- analyse		t-Test				
		M		SD		n		M		SD	n	Haupteffekt Bildung p	Interaktion p	T	df	p	r
Zukunftsorientierung	10-12J	2.53	.89	106	2.30	.85	108						1.96	212	.051	.13	
	Abitur	2.60	.67	30	2.46	.68	39						.84	67	.404	.10	
	Universität	2.52	.57	29	2.48	.91	33	.51	.68				.17	55	.865	.02	
VAS² zur Beurteilung des Reha-Erfolgs (Patient)																	
Behandlungsziel erreicht ³	10-12J	5.98	2.56	108	5.25	2.77	115						2.04	221	.043	.14	
	Abitur	6.45	1.86	31	5.70	2.43	40						1.43	69	.158	.17	
	Universität	6.00	2.38	32	6.24	2.56	34	.23	.38				-.39	64	.701	.05	
Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁴	10-12J	7.26	2.51	108	6.46	2.62	115						2.32	221	.021	.15	
	Abitur	7.52	2.06	31	7.35	2.42	40						.31	69	.761	.04	
	Universität	6.81	2.61	32	7.41	2.43	34	.24	.13				-.97	64	.337	.12	
Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der Klinik insgesamt gefallen? ⁵	10-12J	7.64	2.15	108	6.82	2.43	115						2.67	221	.008	.18	
	Abitur	8.03	1.83	31	7.65	1.92	40						.85	69	.399	.10	
	Universität	7.69	2.21	32	7.53	2.14	34	.10	.50				.30	64	.768	.04	
VAS² zur Beurteilung des Reha-Erfolgs (Therapeut)																	
Behandlungsziel erreicht, mit dem Pat. in Reha. gekommen ist ³	10-12J	7.04	1.98	110	6.50	2.02	116						2.02	224	.045	.13	
	Abitur	7.16	1.70	31	6.73	1.84	40						1.03	69	.309	.12	
	Universität	7.31	1.49	32	7.12	1.70	34	.23	.81				.49	64	.623	.06	
mit dem aus therap. Sicht Behandlung aufgenommen wurde ³	10-12J	7.06	1.88	110	6.60	2.01	116						1.77	224	.077	.12	
	Abitur	7.35	1.58	31	6.80	1.79	40						1.36	69	.177	.16	
	Universität	7.56	1.29	32	7.12	1.51	34	.12	.98 ⁷				1.28	64	.205	.16	
Symptom-Checkliste-90-R (post)																	
Global severity Index (GSI) ⁶	10-12J	.73	.62	107	.78	.64	115						-.62	220	.537	.04	
	Abitur	.54	.45	31	.78	.61	40						-1.86	69	.067	.22	
	Universität	.63	.48	32	.47	.62	34	.047	.16				1.12	64	.269	.14	
Positive Symptom Total (PST)	10-12J	38.8	22.1	107	41.1	22.4	115						-.77	220	.442	.05	
	Abitur	31.2	20.6	31	39.1	20.8	40						-1.59	69	.116	.19	
	Universität	37.3	20.9	32	26.9	21.6	34	.02	.04				1.99	64	.051	.24	
Positive Symptom Distress Index (PSDI) ⁶	10-12J	1.49	.53	106	1.51	.52	115						-.37	219	.709	.02	
	Abitur	1.44	.43	31	1.61	.54	40						-1.42	69	.159	.17	
	Universität	1.37	.36	32	1.29	.46	34	.039	.36				.75	64	.457	.09	

12 Anhang

Behandlungs ergebnis	höchster Bildungsabschluss	Kontrollgruppe			Interventions gruppe			Varianz analyse		t-Test			
		N	M	SD	N	M	SD	Haupteffekt Bildung p	Interaktion Bildung*Gruppe p	T	df	p	r
VAS² zur Beurteilung der Therapiesitzung (Patient)⁸													
Stimmung	10-12J	81	70.0	18.5	99	68.0	20.0			.70	178	.482	.05
	Abitur	23	66.2	15.6	34	65.2	21.1			.19	55	.847	.03
	Universität	28	73.6	14.5	30	70.3	19.8	.22	.95	.74	56	.464	.10
Angst und Unruhe	10-12J	81	63.5	20.7	99	64.7	20.5			-.37	178	.709	.03
	Abitur	23	64.1	20.0	34	62.3	22.5			.30	55	.762	.04
	Universität	28	67.8	20.3	30	69.1	18.9	.31	.89	-.25	56	.800	.03
Gefühl verstanden worden zu sein	10-12J	81	74.5	19.3	100	73.0	18.1			.57	179	.570	.04
	Abitur	23	73.6	19.2	34	75.7	17.2			-.44	55	.663	.06
	Universität	28	80.2	14.5	30	79.1	12.2	.09	.79	.30	56	.763	.04
Therapeutisches Vorgehen verstanden	10-12J	81	78.4	18.3	99	74.7	16.2			1.43	178	.154	.11
	Abitur	23	79.0	16.0	34	80.9	11.6			-.54	55	.590	.07
	Universität	28	81.2	15.8	30	79.4	15.9	.18	.53	.45	56	.655	.06
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	10-12J	81	81.4	14.3	100	78.6	16.1			1.23	179	.220	.09
	Abitur	23	81.6	11.7	34	82.5	10.8			-.29	55	.771	.04
	Universität	28	79.7	15.9	30	82.9	10.2	.61	.32	-.94	56	.353	.12
Fortschritte in Therapiesitzung	10-12J	81	60.4	20.6	100	57.8	19.3			.87	179	.386	.06
	Abitur	23	56.7	19.1	34	52.6	18.9			.80	55	.425	.11
	Universität	28	61.5	19.1	30	59.6	18.7	.23	.95	.38	56	.705	.05
Befinden nach der Therapiesitzung	10-12J	81	68.1	15.5	99	66.4	18.6			.68	178	.495	.05
	Abitur	23	68.0	14.5	34	60.9	16.2			1.67	55	.101	.22
	Universität	28	68.2	14.5	30	64.2	14.2	.54	.58	1.05	56	.300	.14
Entwicklung in der letzten Woche	10-12J	80	69.2	14.9	99	63.4	17.5			2.35	177	.020	.17
	Abitur	23	69.8	16.8	34	66.4	13.4			.79	40	.434	.12
	Universität	28	68.8	15.3	29	68.4	20.9	.59	.55	.08	55	.939	.01
VAS² zur Beurteilung der Therapiesitzung (Therapeut)⁸													
Stimmung des Pat. verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	10-12J	84	67.7	15.2	104	67.2	16.7			.19	186	.849	.01
	Abitur	22	67.0	14.6	36	65.8	17.2			.27	56	.785	.04
	Universität	29	68.5	12.1	30	65.5	12.5	.91	.85	.95	57	.347	.12
Für Pat. Wichtiges behandelt	10-12J	84	77.0	15.3	104	72.5	17.3			1.86	186	.064	.14
	Abitur	22	79.5	15.0	36	74.5	16.1			1.18	56	.242	.16
	Universität	29	74.3	13.7	30	74.3	12.4	.59	.60	.00	57	1.00	.00
	10-12J	84	82.5	12.7	104	79.8	12.1			1.51	186	.132	.11
	Abitur	22	84.4	13.3	36	81.4	12.1			.90	56	.372	.12
	Universität	29	78.2	14.0	30	76.6	15.5	.06	.95	.44	57	.664	.06

12 Anhang

Behandlungs ergebnis	höchster Bildungsabschluss	Kontrollgruppe			Interventions gruppe			Varianz analyse		t-Test			
		N	M	SD	N	M	SD	Haupteffekt Bildung p	Interaktion Bildung*Gruppe p	T	df	p	r
war Patient sympathisch	10-12J	84	80.7	13.8	104	75.7	17.2			2.17	186	.031	.16
	Abitur	22	78.2	18.7	36	79.5	15.4			-.29	56	.773	.04
	Universität	29	79.3	12.8	30	76.8	10.7	.95	.40	.83	57	.412	.11
Kooperation	10-12J	84	82.1	11.9	104	78.2	14.8			1.95	186	.053	.14
	Abitur	22	83.6	13.7	36	82.1	11.6			.45	56	.655	.06
	Universität	29	79.1	15.8	30	79.0	11.9	.30	.59	.01	52	.996	.00
Therapieziel	10-12J	84	73.0	16.7	104	71.6	15.3			.57	186	.566	.04
	Abitur	22	76.0	15.3	36	71.0	18.9			1.05	56	.300	.14
	Universität	28	70.5	14.7	30	68.9	16.7	.43	.76	.38	56	.703	.05

Anmerkungen. ¹Skala: 1 = verschlechtert - 5 = sehr viel besser, ²VAS = Visuelle Analogskala, ³Skala: 0 = nichts erreicht - 10 = voll erreicht, ⁴Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt, ⁵Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen, ⁶Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark, ⁷Keine Varianzgleichheit gegeben, ⁸Skala: 0 = negativ - 100 = positiv

12.18 Wechselwirkung zwischen Krankheitswissen und Bibliotherapie auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Tabelle 12.18.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Krankheitswissen (groß > 7, klein ≤ 7) auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion G* Wissen	
		≤ 7			> 7			F	p 2-seitig	F	p 2-seitig
		n	M	SD	n	M	SD				
SCI-90-R post²											
GSI	K	119	.79	.67	54	.57	.45	5.7	.017	.64	.43
	I	85	.71	.82	108	.68	.57				
PST	K	119	41.0	23.5	54	33.3	18.7	4.9	.028	.91	.34
	I	85	40.0	23.2	108	36.9	21.5				
PSDI	K	119	1.51	.54	54	1.40	.43	2.6	.11	.14	.70
	I	85	1.54	.56	108	1.48	.50				
BSS bei Entlassung³											
körperlich	K	123	.99	.73	54	.89	.71	1.5	.21	.009	.92
	I	87	1.02	.73	107	.93	.64				
psychisch	K	123	1.34	.72	54	1.19	.67	4.0	.046	.00	.98
	I	87	1.40	.77	107	1.24	.71				
sozialkommunikativ	K	123	1.02	.80	54	.94	.71	1.23	.27	.03	.86
	I	87	1.14	.76	107	1.03	.81				
VAS – P⁴											
Stimmung	K	89	69.0	17.9	45	70.2	15.6	.64	.42	.07	.79
	I	66	65.9	22.4	101	68.4	18.1				
Angst und Unruhe	K	89	61.0	20.9	45	67.7	20.6	3.2	.073	.78	.38
	I	66	62.9	22.1	101	65.3	19.6				
Gefühl verstanden worden zu sein	K	89	73.4	19.4	45	79.3	15.8	5.5	.02	.20	.66
	I	66	72.2	19.7	101	76.2	14.8				
Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	89	77.3	18.3	45	82.3	13.3	5.6	.019	.05	.83
	I	66	74.4	16.9	101	78.5	13.7				
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	K	89	80.5	13.9	45	81.8	14.4	1.6	.21	.22	.64
	I	66	78.3	15.6	101	81.3	13.6				
Fortschritte in Therapiesitzung	K	89	59.8	19.8	45	59.2	19.7	.93	.34	1.6	.21
	I	66	53.7	20.8	101	58.9	17.8				
Befinden nach der Therapiesitzung	K	89	67.5	15.3	45	68.2	14.6	.20	.66	.02	.89
	I	66	63.9	18.7	101	65.1	16.7				

12 Anhang

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion	
		≤ 7			> 7			F	p 2-seitig	F	p 2-seitig
		n	M	SD	n	M	SD				
Entwicklung in der letzten Woche	K	89	68.2	15.0	45	69.6	16.3	.23	.63	.06	.81
	I	66	64.4	19.0	101	64.9	16.5				
VAS – T ⁴											
Stimmung des Pat.	K	94	66.5	15.7	43	68.7	11.5	.37	.54	.34	.54
	I	73	66.4	17.1	102	66.4	15.1				
Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	K	94	75.4	15.6	43	78.4	14.2	.38	.54	.93	.34
	I	73	73.4	18.0	102	72.7	14.7				
Für Pat. Wichtiges behandelt	K	94	81.4	13.1	43	82.9	13.4	.26	.61	.27	.61
	I	73	79.5	13.1	102	79.5	12.2				
War Patient sympathisch	K	94	78.5	15.9	43	80.6	14.0	2.12	.15	.12	.73
	I	73	74.3	17.6	102	77.7	14.6				
Kooperation	K	94	80.8	13.6	43	82.3	13.2	.42	.52	.08	.78
	I	73	78.6	15.0	102	79.1	13.2				
Therapieziel	K	94	71.2	16.5	43	75.5	14.5	1.4	.24	1.16	.28
	I	73	70.7	16.7	102	70.9	15.7				
Befinden des Pat. (Angst)	K	94	65.2	17.8	43	65.6	18.0	.23	.63	.076	.78
	I	73	64.2	19.0	102	65.8	18.5				
Verständnis für Pat.	K	94	71.2	16.6	43	73.8	15.7	.80	.37	.19	.66
	I	73	69.1	16.8	102	70.0	15.6				
Fortschritte des Pat.	K	94	63.1	16.3	43	65.5	16.4	.28	.60	.42	.52
	I	73	62.5	18.8	102	62.2	17.1				
Kooperation	K	94	19.1	13.6	43	17.6	13.2	.42	.52	.079	.78
	I	73	21.4	15.0	102	20.8	13.2				
Struktur der Therapiesitzung	K	94	74.2	15.3	43	75.5	17.3	2.12	.15	.53	.47
	I	73	70.7	16.6	102	74.8	15.0				
Befinden des Therapeuten in Sitzung	K	94	65.9	21.0	43	70.3	19.9	2.58	.11	.08	.78
	I	73	64.0	19.7	102	67.1	17.9				
TAF ⁵											
1. Körperliche Befindensstörung	K	114	2.37	.71	49	2.35	.75	.013	.91	.14	.71
	I	75	2.19	.67	97	2.23	.74				
2. Psychische Befindensstörung	K	123	2.7	.84	54	2.91	.83	4.66	.031	.29	.59
	I	87	2.51	.85	106	2.65	.77				
3. Selbstwernerleben	K	99	2.41	.67	45	2.76	.77	6.33	.012	1.48	.23
	I	71	2.41	.84	91	2.53	.79				
4. Aussicht auf Veränderung sozialer	K	91	2.22	.85	44	2.55	.69	7.02	.009	.32	.57

12 Anhang

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion G* Wissen	
		≤ 7			> 7			F	p 2-seitig	F	p 2-seitig
		n	M	SD	n	M	SD				
Probleme	I	69	2.09	.83	84	2.30	.85				
5. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im privaten Bereich	K	95	2.24	.69	39	2.49	.79	4.66	.032	.27	.60
	I	64	2.08	.67	66	2.23	.69				
6. Aussicht auf Veränderung im Verhältnis zu wichtig. Pers. im beruflichen Bereich	K	84	2.06	.88	41	2.29	.87	6.8	.009	.19	.66
	I	69	1.90	.77	76	2.22	.84				
7. Eigenständige Handlungskompetenz	K	112	2.41	.74	50	2.42	.64	1.58	.21	1.3	.25
	I	77	2.23	.74	97	2.43	.73				
8. Krankheitsverständnis	K	120	2.74	.91	54	3.04	.82	5.80	.017	.64	.42
	I	85	2.61	.76	104	2.76	.81				
9. Zukunftsorientierung	K	117	2.46	.85	53	2.66	.65	3.89	.049	.06	.79
	I	81	2.28	.81	103	2.44	.81				
12. Behandlungsziel erreicht mit dem Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁶	K	123	6.99	1.9	54	7.24	1.6	1.02	.31	.034	.85
	I	87	6.53	2.03	107	6.70	1.8				
13. Behandlungsziel erreicht mit dem aus therap. Sicht die Behandl. aufgenommen wurde ⁶	K	123	7.03	1.87	54	7.35	1.5	1.59	.20	.113	.73
	I	87	6.61	1.8	107	6.79	1.9				
PAF ⁷											
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	K	64	3.50	1.27	25	4.28	.89	1.95	.164	6.54	.011
	I	31	3.77	1.08	44	3.59	1.14				
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	K	64	3.67	1.05	25	3.68	1.10	.13	.717	.18	.67
	I	31	3.58	1.31	44	3.77	1.09				
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	K	64	4.34	.96	25	4.40	.76	1.91	.168	1.18	.28
	I	31	4.06	1.15	44	4.48	.82				
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	K	64	4.36	.86	25	4.40	.76	3.23	.074	2.53	.11
	I	31	3.87	1.23	44	4.41	.72				
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	K	64	3.88	.98	25	4.08	.81	4.74	.031	1.13	.29
	I	31	3.45	1.31	44	4.05	.91				
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	K	64	3.66	1.13	25	3.92	.99	1.74	.18	.00	.99
	I	31	3.39	1.15	44	3.68	1.12				

12 Anhang

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion G* Wissen	
		≤ 7			> 7			F	p 2-seitig	F	p 2-seitig
		n	M	SD	n	M	SD				
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	K	64	3.75	1.23	25	3.84	1.03	.39	.53	.03	.86
	I	31	3.16	1.29	44	3.32	1.07				
16. Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich	K	64	4.19	1.04	25	4.36	.99	3.32	.07	.61	.44
	I	31	4.03	.88	44	4.43	.76				
22. Körperliche Befindensstörung	K	64	3.00	.91	25	3.32	.95	.02	.88	3.14	.08
	I	31	3.13	1.02	44	2.93	.95				
23. Psychische Befindensstörung	K	64	3.09	1.04	25	3.32	1.14	.92	.34	.07	.79
	I	31	3.00	1.07	44	3.18	.94				
24. Selbstwerterleben	K	64	3.03	.99	25	3.40	.86	.85	.36	1.79	.18
	I	31	3.10	.91	44	3.09	.91				
25. Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	K	64	2.88	1.05	25	3.12	1.20	.08	.78	1.12	.29
	I	31	2.74	.93	44	2.68	.88				
26. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	K	64	3.19	.96	25	3.28	.89	.51	.47	.00	.99
	I	31	2.84	1.04	44	3.02	.88				
27. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	K	64	2.69	1.01	25	2.88	.78	.02	.89	1.58	.21
	I	31	2.61	.80	44	2.52	.73				
28. Eigenständige Handlungskompetenz	K	64	3.06	.99	25	3.16	.94	.00	.96	.25	.61
	I	31	2.94	.85	44	2.93	.73				
29. Krankheitsverständnis	K	64	3.58	.98	25	3.80	.91	.39	.53	.42	.52
	I	31	3.29	1.01	44	3.34	.81				
30. Zukunftsorientierung	K	64	3.03	1.05	25	3.44	.92	1.29	.26	1.37	.24
	I	31	2.87	.95	44	2.93	.87				
31. Psychisches Wohlbefinden	K	64	3.05	1.18	25	3.32	1.07	.17	.68	.90	.34
	I	31	3.06	.99	44	3.00	.91				
34. Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind? ⁶	K	64	5.43	2.59	25	6.24	2.6	1.76	.19	.24	.63
	I	31	4.88	2.9	44	5.25	2.6				
35. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁸	K	64	6.55	2.8	25	7.72	2.33	2.1	.15	1.54	.22
	I	31	6.75	2.7		6.8	2.3				

12 Anhang

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion G* Wissen	
		≤ 7			> 7			F	p 2-seitig	F	p 2-seitig
		n	M	SD	n	M	SD				
36. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁹	K	64	7.4	2.2	8.0	2.2	2.13	.15	.06	.81	
	I	31	7.1	2.5	7.5	1.8					
Brief-COPE ¹⁰											
1. Skala: Aktives Bewältigen	K	119	3.08	.70	54	3.09	.74	1.25	.27	.82	.37
	I	83	2.88	.77	105	3.04	.72				
2. Skala: Planen	K	119	2.97	.65	54	3.08	.67	4.14	.043	.27	.60
	I	83	2.89	.69	105	3.08	.68				
3. Skala: Positives Umdeuten	K	119	2.36	.85	54	2.52	.80	2.0	.16	.14	.70
	I	83	2.28	.79	105	2.38	.80				
4. Skala: Akzeptieren	K	119	2.24	.72	54	2.35	.83	3.3	.07	.19	.66
	I	83	2.11	.81	105	2.30	.73				
5. Skala: Humor	K	119	1.61	.66	54	1.69	.69	2.4	.12	.16	.69
	I	83	1.50	.67	105	1.64	.64				
6. Skala: Religion	K	119	1.74	.91	54	1.66	.79	.45	.50	.03	.86
	I	83	1.58	.79	105	1.54	.80				
7. Skala: Emotionale Unterstützung	K	119	2.53	.76	54	2.86	.79	10.8	.001	.17	.68
	I	83	2.46	.84	105	2.72	.88				
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung	K	119	2.54	.83	54	2.79	.83	5.43	.02	.13	.72
	I	83	2.42	.84	105	2.60	.79				
9. Skala: Ablenkung	K	119	2.61	.60	54	2.78	.69	2.2	.14	.58	.45
	I	83	2.58	.70	105	2.64	.74				
10. Skala: Verleugnung	K	119	1.75	.81	54	1.48	.68	4.86	.028	1.2	.28
	I	83	1.66	.70	105	1.57	.71				
11. Skala: Gefühlsausbruch	K	119	2.13	.72	54	2.11	.56	.13	.71	.45	.50
	I	83	2.05	.73	105	2.13	.69				
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	K	119	1.16	.51	54	1.06	.23	1.2	.28	1.1	.29
	I	83	1.14	.43	105	1.14	.36				
13. Skala: Resignation	K	119	1.71	.55	54	1.58	.55	8.0	.005	.55	.46
	I	83	1.80	.55	105	1.59	.53				
6. Ich habe es aufgegeben. mich damit zu beschäftigen.	K	119	1.51	.73	54	1.43	.71	3.3	.07	.46	.50
	I	83	1.49	.70	105	1.30	.60				
16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	K	119	1.90	.70	54	1.74	.70	6.3	.013	.22	.64
	I	83	2.12	.78	105	1.87	.78				
14. Skala: Selbstbeschuldigung	K	119	1.96	.82	54	2.01	.75	.032	.86	.10	.75

12 Anhang

	Gruppe	Wissens-Score ¹						Wissen		Interaktion	
		≤ 7			> 7			F	p 2-seitig	G* Wissen	
		n	M	SD	n	M	SD			F	p 2-seitig
Problemorientiertes Coping	I	83	2.02	.85	105	2.00	.92	2.92	.089	.17	.68
	K	119	2.58	.50	54	2.65	.52				
Aktives emotionales Coping	I	83	2.44	.49	105	2.56	.56	7.92	.005	.032	.86
	K	119	2.17	.47	54	2.31	.47				
Vermeidendes emotionales Coping	I	83	2.08	.43	105	2.23	.48	.026	.87	.029	.86
	K	119	2.42	.39	54	2.41	.38				
	I	83	2.36	.42	105	2.36	.42				

Anmerkungen ¹Wissens-Score: Mittelwert aller beantworteter Wissensfragebögen pro Patient, Skala: 0 = keine Frage richtig – 10 = alle Fragen richtig; ² Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ³ Skala: 1 = geringfügig – 4 = extrem; ⁴ VAS = Visuelle Analogskala, Skala: 0 = negativ - 100 = positiv; ⁵ Skala: 1 = unverändert/schlechter - 5 = vollständig gebessert, ⁶ Skala: 0 = nichts erreicht – 10 = voll erreicht; ⁷ Skala: 1 = stimme nicht zu – 5 = stimme voll zu; ⁸ Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt – 10 = sehr gelohnt; ⁹ Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen – 10 = sehr gefallen; ¹⁰ Skala: 1 = überhaupt nicht – 4 = sehr; Ergebnisse einer zweifaktoriellen Varianzanalyse

12.19 Auswirkungen der Häufigkeit des Ansprechens von Themen aus den Broschüren auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Tabelle 12.19.1: Einfaktorielle Varianzanalyse des Vergleichs der Häufigkeit des Ansprechens der Broschüre (VAS-T) innerhalb der Therapiesitzung

Ansprechen der Broschüre (VAS-T)	überhaupt			2mal			≥ 3mal			F	p	F	p
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
VAS-P²													
Faktor	36	-.3	1.2	33	-.1	1.0	.79	.38	45	.0	1.1	2.26	.14
Stimmung	36	62.1	24.7	33	68.4	17.4	1.44	.23	45	69.1	19.0	2.02	.16
Angst und Unruhe	36	61.2	23.6	33	60.4	19.7	.02	.89	45	66.6	19.6	1.25	.27
Gefühl verstanden worden zu sein	36	72.6	19.3	33	72.9	16.1	.01	.96	45	75.6	16.4	.56	.45
Therapeutisches Vorgehen verstanden	36	78.5	17.3	33	75.9	13.1	.46	.50	45	76.3	14.7	.38	.54
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	36	77.1	17.5	33	79.8	12.4	.52	.48	45	81.7	14.1	1.69	.19
Fortschritte in Therapiesitzung	36	52.0	19.6	33	56.5	17.5	.96	.33	45	58.9	20.1	2.29	.13
Befinden nach der Therapiesitzung	36	60.1	18.0	33	65.1	15.9	1.47	.23	45	65.1	17.7	1.51	.22
Entwicklung in der letzten Woche	36	61.8	17.8	33	65.2	15.9	.68	.41	45	66.5	18.7	1.29	.26
TAF³													
1. Körperliche Befindensstörung	36	2.2	.7	33	2.1	.8	.08	.78	45	2.3	.7	.52	.47
2. Psychische Befindensstörung	36	2.3	.8	33	2.6	.9	.06	.81	45	2.8	.8	7.39	.01
3. Selbstwernerleben	36	2.2	.9	33	2.5	1.0	.06	.81	45	2.6	.8	2.04	.16
Aussicht auf Veränderung...	36	2.3	.7	33	2.4	.9	.00	.99	45	2.3	.9	.00	.95
4. ..sozialer Probleme	36	2.3	.7	33	2.4	.9	.00	.99	45	2.3	.9	.00	.95
5. .. im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	36	2.2	.6	33	2.1	.7	.18	.68	45	2.3	.7	.51	.48
6. .. im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	36	2.1	.8	33	2.1	.8	.54	.47	45	2.1	.8	.06	.82
7. Eigenständige Handlungskompetenz	36	2.2	.8	33	2.3	.7	.01	.91	45	2.4	.7	.65	.42
8. Krankheitsverständnis	36	2.6	.9	33	2.8	.8	.24	.63	45	2.9	.8	.77	.38
9. Zukunftsorientierung	36	2.2	.8	33	2.3	.8	.01	.94	45	2.6	.9	2.32	.13
Behandlungsziel erreicht,.....													
12. mit dem d. Pat. in die Reha. gekommen ist ⁷	36	6.2	1.9	33	6.0	2.0	.39	.54	45	7.0	1.7	3.79	.055

Ansprechen der Broschüre (VAS-T)	überhaupt			2mal			≥ 3mal						
	n	M	SD	n	M	SD	F	p	n	M	SD	F	p
13. mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁷	36	6.4	2.1	33	6.8	1.8	.96	.34	45	7.0	1.7	2.00	.16
BSS bei Entlassung⁴													
körperlich	36	1.0	.7	33	.9	.9	.03	.87	45	1.1	.7	.80	.37
psychisch	36	1.4	.6	33	1.3	.9	.28	.59	45	1.3	.8	.48	.49
sozialkommunikativ	36	1.2	.9	33	1.1	.8	.63	.43	45	1.0	.8	2.12	.15
Veränderung (post – prä) körperlicher Symptome	36	.5	.7	33	.5	.6	.30	.58	45	.4	.6	.66	.42
Veränderung (post – prä) psychischer Symptome	36	.9	.8	33	.8	.6	.05	.82	45	1.0	.7	.18	.67
Veränderung (post – prä) sozialkommunikativer Symptome	36	.6	.7	33	.4	.6	2.05	.16	45	.5	.6	1.14	.29
Gesamt, Summenwert aller 3 Dimensionen	36	3.6	1.8	33	3.3	2.2	.38	.54	45	3.4	1.7	.33	.57
Leistungsfähigkeit allgemein	36	71.4	14.0	33	71.2	15.8	.00	.95	45	69.3	14.5	.42	.52
SCL-90-R⁵													
GSI	36	.8	.8	33	.7	.5	.26	.61	45	.7	.6	.57	.45
PST	36	40.4	26.5	33	39.2	21.8	.04	.84	45	35.0	22.4	.96	.33
PSDI	36	1.5	.6	33	1.5	.5	.02	.89	45	1.5	.5	.00	.97
PAF⁶													
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	36	3.6	1.3	33	3.6	1.3	.48	.49	45	3.6	1.3	.00	.99
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	36	3.6	1.3	33	3.5	1.2	.02	.89	45	3.6	1.1	.00	.96
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	36	4.0	1.1	33	4.2	1.1	.01	.93	45	4.4	.9	1.17	.28
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	36	4.0	1.2	33	4.3	1.1	1.00	.32	45	4.4	.9	1.75	.18
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	36	3.7	1.3	33	3.8	1.1	.23	.63	45	4.0	1.0	.56	.46
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	36	3.5	1.2	33	3.7	1.0	.89	.35	45	3.8	1.1	1.25	.27
7. In der Psychotherapie- gruppe wurden für mich	36	3.3	1.3	33	3.5	1.1	.58	.45	45	3.8	1.1	3.55	.06

12 Anhang

Ansprechen der Broschüre (VAS-T)	überhaupt			2mal			≥ 3mal						
	n	M	SD	n	M	SD	F	p	n	M	SD	F	p
wichtige Themen bearbeitet													
22. Körperliche Befindensstörung ³	36	3.1	1.1	33	2.9	.9	.39	.54	45	3.0	1.1	.01	.94
23. Psychische Befindensstörung	36	3.1	1.1	33	3.2	.8	.07	.79	45	3.5	1.1	1.79	.19
24. Selbstwerterleben	36	3.0	1.0	33	3.1	.9	.17	.68	45	3.3	.9	1.74	.19
Aussicht auf Veränderungen.....													
25. ...sozialer Probleme	36	3.3	1.3	33	3.3	1.2	.09	.76	45	3.3	1.2	.04	.85
26... im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	36	3.1	1.0	33	3.2	1.0	.09	.76	45	3.4	1.0	.95	.34
27. ..im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	36	2.7	.9	33	2.6	.7	.07	.79	45	3.0	1.0	1.06	.31
28. Eigenständige Handlungskompetenz	36	2.9	.9	33	3.0	.7	.11	.74	45	3.0	.8	.66	.42
29. Krankheitsverständnis	36	3.3	.9	33	3.5	.8	1.1	.30	45	3.7	.9	1.56	.22
30. Zukunftsorientierung	36	3.0	.9	33	3.0	.9	.02	.89	45	3.1	1.0	.09	.76
31. Psychisches Wohlbefinden	36	3.0	1.0	33	3.1	.8	.03	.87	45	3.4	1.0	1.88	.18
34. Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehab. gekommen sind? ⁷	36	5.6	2.9	33	5.4	2.7	.06	.81	45	5.5	2.9	.01	.94
35. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁸	36	6.7	2.6	33	6.9	2.7	.08	.78	45	7.0	2.7	.22	.64
36. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁹	36	7.0	2.3	33	7.3	2.3	.35	.55	45	7.2	2.4	.26	.61
Brief-COPE post¹⁰													
1. Aktives Bewältigen	36	2.9	.7	33	2.9	.8	.00	.96	45	3.1	.8	.52	.48
2. Planen	36	2.8	.7	33	3.0	.6	.71	.40	45	3.1	.8	2.16	.15
3. Positives Umdeuten	36	2.4	.9	33	2.3	.9	.00	.97	45	2.3	.7	.14	.71
4. Akzeptieren	36	2.1	.9	33	2.3	.9	1.49	.22	45	2.5	.8	5.12	.03
5. Humor	36	1.4	.5	33	1.8	.7	5.24	.025	45	1.6	.7	2.10	.15
6. Religion	36	1.5	.7	33	1.6	.8	.59	.44	45	1.6	.9	.36	.55
7. Emotionale Unterstützung	36	2.4	.8	33	2.6	1.0	1.11	.29	45	2.8	.9	3.72	.057
8. Instrumen. Unterstützung	36	2.4	.8	33	2.5	.7	.18	.66	45	2.7	.8	3.70	.058
9. Ablenkung	36	2.8	.7	33	2.5	.7	1.90	.17	45	2.5	.9	2.04	.16
10. Verleugnung	36	1.5	.8	33	1.7	.6	.49	.48	45	1.7	.7	.54	.47

12 Anhang

Ansprechen der Broschüre (VAS-T)	überhaupt			2mal			≥ 3mal						
	n	M	SD	n	M	SD	F	p	n	M	SD	F	p
11. Gefühlsausbruch	36	1.9	.5	33	2.0	.7	.07	.79	45	2.3	.7	7.55 ¹	.007
12. Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	36	1.1	.3	33	1.2	.4	.18	.67	45	1.0	.2	1.51 ¹	.22
13. Resignation	36	1.8	.4	33	1.7	.5	.12	.73	45	1.6	.6	1.18	.28
6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	36	1.4	.7	33	1.4	.5	.00	1.0	45	1.4	.7	.02	.89
16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	36	2.1	.8	33	2.0	.8	.17	.68	45	1.9	.8	1.93	.17
14. Selbstbeschuldigung	36	2.0	1.0	33	2.0	.9	.03	.86	45	2.0	.8	.18	.67
problemorientiertes Coping	36	2.4	.5	33	2.5	.5	.61	.44	45	2.6	.6	2.60	.11
aktives emotionales Coping	36	2.0	.5	33	2.2	.5	2.75	.10	45	2.3	.5	7.61	.007
vermeid emotionales Coping	36	2.3	.5	33	2.3	.4	.00	.96	45	2.4	.4	.04	.84
VAS-T²													
Faktor	36	-.2	1.1	33	.0	.9	1.13	.29	45	.0	.7	1.17	.28
Stimmung des Pat.	36	64.4	18.8	33	67.5	16.4	.52	.47	45	66.9	12.9	.51	.48
Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	36	68.0	21.0	33	74.1	13.7	2.06	.16	45	76.5	10.6	5.61 ¹	.02
Für Pat. Wichtiges behandelt	36	74.4	17.0	33	81.6	11.0	4.22	.044	45	80.7	7.8	4.89 ¹	.03
War Patient sympathisch	36	72.9	22.0	33	77.2	14.2	.87	.35	45	78.6	12.1	2.15 ¹	.15
Kooperation	36	79.7	12.3	33	78.9	15.6	.058	.81	45	80.9	9.9	.22	.64
Therapieziel	36	64.9	20.5	33	75.0	12.4	5.8 ⁴	.018	45	73.1	12.6	4.78 ¹	.032
Befinden des Pat. (Angst)	36	62.2	19.7	33	63.6	22.1	.07	.79	45	66.1	14.2	1.05 ¹	.31
Verständnis für Pat.	36	68.8	19.7	33	68.7	17.7	.00	.98	45	72.3	12.5	.96 ¹	.33
Fortschritte des Pat.	36	54.0	20.9	33	64.3	16.5	5.09	.027	45	67.2	11.5	12.9 ¹	.001
Struktur der Therapiesitzung	36	72.2	18.1	33	75.9	14.0	.87	.35	45	71.9	12.1	.01 ¹	.93
Befinden des Therapeuten in Therapiesitzung	36	65.7	20.9	33	66.8	16.4	.06	.81	45	63.1	16.8	.41	.53

Anmerkungen. 0 = kein Gespräch, 2 = zweimal angesprochen, ≥3 = dreimal und öfter angesprochen, ¹Keine gleiche Fehlervarianz der abhängigen Variablen, ²VAS = Visuelle Analogskala, Skala: 0 = negativ - 100 = positiv; ³Skala: 1 = unverändert/schlechter - 5 = vollständig (sehr viel)gebessert, ⁴Skala: 1 = geringfügig - 4 = extrem; ⁵Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ⁶Skala: 1 = stimme nicht zu - 5 = stimme voll zu; ⁷Skala: 0 = nichts erreicht - 10 = voll erreicht, ⁸Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt; ⁹Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen; ¹⁰Skala: 1 = überhaupt nicht - 4 = sehr

12.20 Auswirkungen der Motivation Themen aus den Broschüren in die Therapiesitzung einzubringen

Tabelle 12.20.1: VAS-T „Von wem wurde das Thema eingebracht?“

1.-16. Therapiesitzung	Patient	Therapeut	von Beiden
	n	n	n
1	14	63	11
2	5	36	7
3	5	23	10
4	4	19	7
5	4	8	4
6	1	9	2
7	1	9	4
8	3	9	2
9	0	7	2
10	1	4	1
11	2	2	1
12	4	0	2
13	0	2	2
14	0	1	0
15	1	1	0
16	1	0	0

Tabelle 12.20.2: VAS-P „Von wem wurde das Thema eingebracht?“

1.-15. Therapiesitzung	Patient	Therapeut	Beide eingebracht
	n	n	n
1	3	35	21
2	6	35	19
3	4	25	20
4	10	18	16
5	2	10	7
6	4	10	9
7	2	6	7
8	3	4	4
9	0	1	3
10	1	1	2
11	0	0	1
12	0	1	0
13	0	0	0
14	0	0	1
15	0	0	0

12.21 Auswirkungen der Motivation Themen aus den Broschüren in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße und die Beurteilung der Therapiesitzung

Tabelle 12.21.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Motivation des Therapeuten Themen in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße

	VAS-T: „das Thema wurde vom Therapeuten eingebracht“						U	p
	nicht angesprochen			≥ 2 angesprochen				
	n	M	SD	n	M	SD		
VAS-P¹								
Faktor “Therapiesitzungsbeurteilung”	90	-.1	1.1	52	.0	1.0	1613	.58
Stimmung	90	66.7	22.6	52	68.4	17.5	1678.5	.84
Angst und Unruhe	90	65.1	22.7	52	64.4	20.1	1698	.92
Gefühl verstanden worden zu sein	90	75.4	18.0	52	74.3	13.4	1537.5	.27
Therapeutisches Vorgehen verstanden	90	79.2	16.3	52	75.5	12.0	1369.5	.06
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	90	78.7	16.6	52	81.1	11.1	1706.5	.85
Fortschritte in Therapiesitzung	90	55.5	19.7	52	56.4	17.4	1640.5	.59
Befinden nach der Therapiesitzung	90	63.3	18.0	52	64.8	15.9	1654	.74
Entwicklung in der letzten Woche	90	63.3	18.4	52	67.3	16.0	1483	.21
TAF²								
1. Körperliche Befindensstörung	90	2.2	.7	52	2.3	.8	1828	.69
2. Psychische Befindensstörung	90	2.5	.8	52	2.7	.7	1965.5	.15
3. Selbstwerterleben / Selbstannahme	90	2.4	.9	52	2.6	.7	1323	.32
4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	90	2.2	.9	52	2.3	.8	1260.5	.42
5. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	90	2.1	.7	52	2.3	.7	825.5	.47
6. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	90	2.0	.9	52	2.1	.8	1170	.48
7. Eigenständige Handlungskompetenz	90	2.3	.8	52	2.5	.6	1508.5	.19
8. Krankheitsverständnis	90	2.6	.8	52	2.8	.9	1796.5	.07
9. Zukunftsorientierung	90	2.3	.8	52	2.4	.7	1843.5	.43
12. Behandlungsziel erreicht, mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁶	90	6.6	1.9	52	6.8	1.8	2257	.24
13. Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁶	90	6.5	2.1	52	6.9	1.7	2055	.26
BSS post³								
körperlich	90	.9	.6	52	1.1	.7	2126.5	.35
psychisch	90	1.3	.7	52	1.3	.7	2236.5	.71
sozialkommunikativ	90	1.1	.8	52	.9	.8	2135	.40
Veränderung körperlicher Symptome (post – prä)	90	.5	.7	52	.4	.6	2190.5	.55
Veränderung psychischer Symptome (post–prä)	90	1.0	.7	52	.9	.6	2217	.63
Veränderung sozialkommunikativer Symptome (post -prä)	90	.5	.7	52	.4	.6	2064.5	.22
Gesamt, Summenwert aller 3 Dimensionen	90	3.3	1.7	52	3.3	1.7	2285	.90
Leistungsfähigkeit allgemein	90	72.4	13.6	52	70.8	14.1	2166	.52

	VAS-T: „das Thema wurde vom Therapeuten eingebracht“						U	p
	nicht angesprochen			≥ 2 angesprochen				
	n	M	SD	n	M	SD		
SCL-90-R post⁴								
GSI	90	.8	.7	52	.6	.5	2123	.48
PST	90	38.9	24.0	52	33.7	21.8	2033	.27
PSDI	90	1.5	.5	52	1.5	.5	2161.5	.58
PAF⁵								
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	90	3.6	1.2	52	3.6	1.2	2214	.83
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	90	3.7	1.3	52	3.8	1.1	1972	.54
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	90	4.3	1.0	52	4.3	1.1	2186.5	.71
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	90	4.2	1.0	52	4.4	.9	1972	.16
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	90	3.8	1.1	52	4.1	.9	2025	.28
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	90	3.5	1.2	52	3.8	1.0	1979.5	.20
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	90	3.2	1.3	52	3.7	1.0	1742.5	.039
22. Körperliche Befindensstörung ²	90	3.1	1.0	52	3.3	1.0	1946.5	.46
23. Psychische Befindensstörung	90	3.1	1.0	52	3.5	1.0	1763	.07
24. Selbstwerterleben	90	3.1	1.0	52	3.3	.9	1480	.19
25. Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	90	3.3	1.3	52	3.4	1.2	2121	.45
26. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	90	2.9	.9	52	3.4	.9	706	.012
27. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	90	2.6	.9	52	3.1	.9	600.5	.006
28. Eigenständige Handlungskompetenz	90	2.9	.9	52	3.1	.7	1068.5	.15
29. Krankheitsverständnis	90	3.4	.9	52	3.7	.8	1566.5	.054
30. Zukunftsorientierung	90	3.0	1.0	52	3.1	.9	1634	.72
31. Psychisches Wohlbefinden	90	3.1	1.0	52	3.3	.9	1710	.11
34. Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind? ⁶	90	5.4	2.7	52	5.8	2.8	2064	.33
35. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁷	90	6.7	2.5	52	7.4	2.5	1898	.09
36. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁸	90	7.0	2.3	52	7.8	1.9	1803	.033
Brief-COPE post⁹								
1. Aktives Bewältigen	90	2.9	.7	52	3.0	.9	1861.5	.25
2. Planen	90	2.9	.7	52	3.0	.7	1983.5	.56
3. Positives Umdeuten	90	2.3	.8	52	2.4	.8	2036	.74
4. Akzeptieren	90	2.0	.7	52	2.5	.9	1460.5	.003
5. Humor	90	1.5	.6	52	1.6	.7	1825	.17

VAS-T: „das Thema wurde vom Therapeuten eingebracht“

	nicht angesprochen			≥ 2 angesprochen			U	p
	n	M	SD	n	M	SD		
6. Religion	90	1.5	.7	52	1.6	.8	2060	.82
7. Emotionale Unterstützung	90	2.5	.8	52	2.8	.9	1643	.031
8. Instrumentelle Unterstützung	90	2.4	.8	52	2.7	.9	1713.5	.08
9. Ablenkung	90	2.7	.7	52	2.5	.8	1820	.18
10. Verleugnung	90	1.6	.8	52	1.8	.7	1778.5	.11
11. Gefühlsausbruch	90	1.9	.7	52	2.3	.8	1505	.005
12. Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	90	1.2	.5	52	1.1	.2	1814	.040
13. Resignation	90	1.7	.5	52	1.6	.6	1809.5	.15
6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	90	1.4	.7	52	1.4	.7	2084	.90
16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	90	2.0	.8	52	1.9	.8	1838.5	.19
14. Selbstbeschuldigung	90	2.0	1.0	52	2.0	.8	1995	.60
problemorientiertes Coping	90	2.4	.5	52	2.6	.6	1754.5	.11
aktives emotionales Coping	90	2.0	.4	52	2.3	.6	1496	.005
vermeid emotionales Coping	90	2.4	.5	52	2.4	.4	2021	.69
VAS-T¹								
Faktor "Therapiesitzungsbeurteilung"	90	-.2	1.0	52	.0	.8	1614	.35
Stimmung des Pat.	90	66.8	17.8	52	66.2	14.5	1706.5	.65
Verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	90	70.1	19.4	52	75.1	11.4	1533.5	.17
Für Pat. Wichtiges behandelt	90	77.1	15.4	52	80.3	8.6	1706.5	.65
War Patient sympatisch	90	74.1	19.1	52	77.7	12.7	1713	.67
Kooperation	90	79.8	13.4	52	79.4	12.2	1720	.70
Therapieziel	90	68.3	18.4	52	74.4	11.7	1478	.098
Befinden des Pat. (Angst)	90	66.5	19.5	52	64.9	18.1	1699.5	.62
Verständnis für Pat.	90	68.8	17.4	52	70.5	14.9	1709.5	.66
Fortschritte des Patienten	90	58.8	20.3	52	65.9	13.6	1392.5	.036
Struktur der Therapiesitzung	90	72.7	16.3	52	73.2	13.6	1792.5	.99
Befinden des Th. in Therapiesitzung	90	66.9	20.1	52	64.8	17.7	1688.5	.58

Anmerkungen. ¹VAS = Visuelle Analogskala, Skala: 0 = negativ - 100 = positiv; ²Skala: 1 = unverändert/schlechter - 5 = vollständig (sehr viel)gebessert; ³Skala: 1 = geringfügig - 4 = extrem; ⁴Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ⁵Skala: 1 = stimme nicht zu - 5 = stimme voll zu; ⁶Skala: 0 = nichts erreicht - 10 = voll erreicht; ⁷Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt; ⁸Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen; ⁹Skala: 1 = überhaupt nicht - 4 = sehr, Mann-Whitney Tests

Tabelle 12.21.2: Statistische Prüfung des Einflusses der Motivation des Patienten Themen in die Therapiesitzung einzubringen auf einige Behandlungsergebnismaße

	Nicht angesprochen			≥ 1 angesprochen			U	p
	n	M	SD	n	M	SD		
VAS-P¹								
Faktor "Therapiesitzungsbeurteilung"	168	-.1	1.1	28	-.1	.9	1940	.98
Stimmung in der Therapiesitzung	168	67.3	21.1	28	68.6	14.4	1958	.99
Angst und Unruhe	168	64.4	21.3	28	65.3	16.9	1931.5	.90
Gefühl verstanden worden zu sein	168	74.2	17.8	28	75.8	13.4	1950.5	.92
Therapeutisches Vorgehen verstanden	168	76.8	15.8	28	75.7	13.3	1797.5	.49
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	168	79.7	15.1	28	81.1	11.2	1962.5	.96
Fortschritte in Therapiesitzung	168	57.0	19.8	28	56.1	15.5	1924.5	.83
Befinden nach der Therapiesitzung	168	64.7	18.3	28	64.5	13.0	1938	.93
Entwicklung in der letzten Woche	168	65.0	17.5	28	63.2	17.5	1842	.66
TAF²								
1. Körperliche Befindensstörung	168	2.2	.7	28	2.1	.7	1871	.63
2. Psychische Befindensstörung	168	2.6	.8	28	2.7	.9	2212.5	.66
Selbstwernerleben / Selbstannahme	168	2.5	.8	28	2.4	.9	1397	.62
Aussicht auf Veränderung								
4. sozialer Probleme	168	2.2	.8	28	2.3	.9	1436	.51
5. im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	168	2.2	.7	28	2.2	.4	756.5	.97
6. im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	168	2.0	.8	28	2.1	.8	1169	.58
7. Eigenständige Handlungskompetenz	168	2.3	.7	28	2.4	.8	1717	.65
8. Krankheitsverständnis	168	2.7	.8	28	2.6	.7	1925	.39
9. Zukunftsorientierung	168	2.4	.8	28	2.4	.9	1905.5	.68
12. Behandlungsziel erreicht, mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁶	168	6.6	2.0	28	6.9	1.8	2266	.79
13. Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁶	168	6.7	1.9	28	6.9	2.0	2238	.71
BSS bei Entlassung³								
körperlich	168	1.0	.7	28	.9	.5	2241.5	.68
psychisch	168	1.3	.7	28	1.1	.8	1910.5	.08
sozialkommunikativ	168	1.1	.8	28	.9	.8	2075.5	.29
Veränderung körperlicher Symptome (post – prä)	168	.4	.6	28	.6	.7	2029	.20
Veränderung psychischer Symptome (post – prä)	168	.9	.6	28	1.1	.8	2047.5	.23
Veränderung sozialkommunikativer Symptome (post – prä)	168	.5	.6	28	.4	.5	2206	.59
Leistungsfähigkeit allgemein	168	70.5	14.6	28	74.3	11.0	2021.5	.24
Gesamt, Summenwert aller 3 Dimensionen	168	3.4	1.8	28	2.9	1.5	1920.5	1.2
SCL-90-R post⁴								
GSI	168	.7	.6	28	.7	.7	2176.5	.77

VAS-P: „das Thema wurde vom Patienten eingebracht“

	Nicht angesprochen			≥ 1 angesprochen			U	p
	n	M	SD	n	M	SD		
PST	168	38.5	22.1	28	37.2	23.5	2187.5	.80
PSDI	168	1.5	.5	28	1.5	.5	2229.5	.93
PAF⁵								
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	168	3.7	1.2	28	3.9	1.2	1959.5	.32
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	168	3.6	1.2	28	3.6	1.2	2091.5	.95
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	168	4.3	1.0	28	4.2	1.0	2123.5	.67
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	168	4.3	1.0	28	4.1	1.1	2044	.42
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	168	3.8	1.1	28	3.9	1.2	2092	.56
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	168	3.6	1.2	28	3.7	.9	2214.5	.92
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	168	3.4	1.2	28	3.4	1.1	2088.5	.66
22. Körperliche Befindensstörung: Wie hat sich Ihr körperliches Befinden bzw. die körperliche Symptomatik verändert? ²	168	3.1	1.0	28	2.9	1.1	1992.5	.53
23. Psychische Befindensstörung	168	3.2	1.0	28	3.3	1.1	2031	.76
24. Selbstwernerleben	168	3.1	1.0	28	3.1	1.0	1695	.97
25. Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	168	3.1	1.2	28	3.5	1.3	1908	.18
26. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	168	2.9	1.0	28	3.4	1.0	700	.11
27. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	168	2.7	.9	28	2.7	.9	871	.89
28. Eigenständige Handlungskompetenz	168	3.0	.8	28	2.9	.8	1242.5	.42
29. Krankheitsverständnis	168	3.5	.9	28	3.3	.9	1714	.33
30. Zukunftsorientierung	168	3.0	1.0	28	3.3	.9	1533	.11
31. Psychisches Wohlbefinden	168	3.1	1.0	28	3.3	.8	1852	.37
34. Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind? ⁶	168	5.5	2.7	28	5.7	2.6	2142	.67
35. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁷	168	6.7	2.6	28	7.3	2.5	1949	.25
36. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁸	168	7.2	2.3	28	7.1	2.5	2246.5	.98
Brief-COPE post⁹								
1. Skala: Aktives Bewältigen	168	2.9	.7	28	3.3	.6	1518	.009
2. Skala: Planen	168	2.9	.7	28	3.3	.6	1493	.007

VAS-P: „das Thema wurde vom Patienten eingebracht“

	Nicht angesprochen			≥ 1 angesprochen			U	p
	n	M	SD	n	M	SD		
3. Skala: Positives Umdeuten	168	2.3	.8	28	2.5	.9	1879	.23
4. Skala: Akzeptieren	168	2.2	.8	28	2.5	.8	1663	.04
5. Skala: Humor	168	1.6	.7	28	1.7	.8	1986.5	.42
6. Skala: Religion	168	1.6	.8	28	1.5	.8	2143	.85
7. Skala: Emotionale Unterstützung	168	2.6	.9	28	2.7	1.0	2070	.65
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung	168	2.5	.8	28	2.5	.8	2164.5	.93
9. Skala: Ablenkung	168	2.6	.7	28	2.7	.8	2056.5	.61
10. Skala: Verleugnung	168	1.6	.7	28	1.6	.8	2049	.58
11. Skala: Gefühlsausbruch	168	2.1	.7	28	2.1	.6	2057.5	.61
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	168	1.2	.4	28	1.1	.2	2066	.46
13. Skala: Resignation	168	1.7	.6	28	1.5	.5	1711	.059
6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	168	1.4	.7	28	1.4	.6	2146	.85
16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	168	2.0	.8	28	1.6	.7	1552.5	.01
14. Skala: Selbstbeschuldigung	168	2.0	.8	28	2.1	1.2	2144	.87
problemorientiertes Coping	168	2.5	.5	28	2.7	.5	1724	.08
aktives emotionales Coping	168	2.1	.5	28	2.3	.5	1799.5	.14
vermeid emotionales Coping	168	2.3	.4	28	2.4	.5	1892	.26
VAS-T¹								
Faktor für VAS-T	168	-.1	.9	28	.0	.9	1902	.53
Stimmung in der Therapie	168	66.6	16.2	28	65.5	15.1	1894.5	.51
Therapeutisches Vorgehen	168	73.1	16.7	28	72.7	13.5	1912.5	.55
Wichtiges behandelt	168	79.2	12.8	28	81.0	12.0	1855	.41
War Patient sympathisch	168	76.3	16.6	28	76.5	12.6	1919	.57
Kooperation	168	78.6	14.1	28	80.4	13.5	1903	.53
Therapieziel der Sitzung	168	70.9	16.1	28	70.9	16.7	2036.5	.93
Angst und Unruhe am Ende	168	65.3	18.9	28	64.6	18.1	1944	.64
Verstanden worden	168	69.7	16.7	28	69.4	12.7	1902	.53
Fortschritte des Patienten	168	62.5	17.8	28	61.5	18.0	1939.5	.63
Struktur der Therapie	168	73.1	16.1	28	73.1	14.8	2042.5	.95
Befinden des Th. in Sitz.	168	66.0	19.1	28	64.8	17.3	2005	.83

Anmerkungen. ¹ VAS = Visuelle Analogskala, Skala: 0 = negativ - 100 = positiv; ² Skala: 1 = unverändert/schlechter - 5 = vollständig (sehr viel)gebessert; ³ Skala: 1 = geringfügig - 4 = extrem; ⁴ Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ⁵ Skala: 1= stimme nicht zu - 5= stimme voll zu; ⁶ Skala: 0 = nichts erreicht - 10 = voll erreicht; ⁷ Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt; ⁸ Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen; ⁹ Skala: 1= überhaupt nicht - 4 = sehr, Mann-Whitney Tests

12.22 Wechselwirkung zwischen der Beurteilung der Therapiesitzung und Bibliotherapie auf das Behandlungsergebnis und die Beurteilung der Therapiesitzung

Tabelle 12.22.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Patienten“

Abhängige Variable	Quelle der Variation	F	p	η^2
SCL-90-R ¹ GSI	Kovariate*	116.7	<.001	.286
	Gruppe	.18	.66	.001
PST	Kovariate	107.6	<.001	.269
	Gruppe	1.01	.31	.003
PSDI	Kovariate	94.2	<.001	.244
	Gruppe	.13	.71	.000
Brief-COPE ² problemorientiertes Coping post	Kovariate	.04	.84	.00
	Gruppe	1.80	.18	.006
aktives emotionales Coping post	Kovariate	14.25	<.001	.047
	Gruppe	1.37	.24	.005
vermeidendes emotionales Coping post	Kovariate	18.82	<.001	.061
	Gruppe	4.10	.04	.014
1. Skala: Aktives Bewältigen	Kovariate	4.35	.04	.015
	Gruppe	.43	.51	.001
2. Skala: Planen	Kovariate	.46	.49	.002
	Gruppe	.00	.93	.000
3. Skala: Positives Umdeuten	Kovariate	16.24	<.001	.053
	Gruppe	1.21	.27	.004
4. Skala: Akzeptieren	Kovariate	17.22	<.001	.056
	Gruppe	.01	.90	.000
5. Skala: Humor	Fehler			
	Kovariate	3.91	.05	.013
6. Skala: Religion	Gruppe	1.14	.28	.004
	Kovariate	1.47	.22	.005
7. Skala: Emotionale Unterstützung	Gruppe	1.45	.22	.005
	Kovariate	1.53	.21	.005
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung	Gruppe	.02	.88	.000
	Kovariate	.01	.90	.000
9. Skala: Ablenkung	Gruppe	1.92	.16	.007
	Kovariate	1.31	.25	.004
10. Skala: Verleugnung	Gruppe	.44	.506 ⁹	.002
	Kovariate	11.71	.001	.038
11. Skala: Gefühlsausbruch	Gruppe	.54	.46	.002
	Kovariate	.21	.64	.001
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	Gruppe	1.07	.30	.004
	Kovariate	5.58	.02	.019
13. Skala umkodiert: Resignation	Gruppe	.82	.36	.003
	Kovariate	.71	.40	.002
Item 6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	Gruppe	.09	.76	.000
	Kovariate	.07	.78	.000
	Gruppe	1.75	.18	.006

12 Anhang

Abhängige Variable	Quelle der Variation	F	p	η^2
Item 16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	Kovariate	.98	.32	.003
	Gruppe	2.74	.09	.009
14. Skala: Selbstbeschuldigung	Kovariate	43.56	<.001	.129
	Gruppe	.21	.64	.001
PAF ³ Körperliche Befindensstörung	Kovariate	33.59	<.001	.200
	Gruppe	.81	.37	.006
Psychische Befindensstörung	Kovariate	43.39	<.001	.245
	Gruppe	.41	.52	.003
Selbstwerterleben/Selbstannahme	Kovariate	33.02	<.001	.198
	Gruppe	.11	.73	.001
Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	Kovariate	18.50	<.001	.121
	Gruppe	2.61	.11	.019
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	Kovariate	22.42	<.001	.143
	Gruppe	1.38	.24	.010
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	Kovariate	31.46	<.001	.190
	Gruppe	1.85	.17	.014
Eigenständige Handlungskompetenz	Kovariate	34.34	<.001	.204
	Gruppe	3.15	.08 ⁷	.023
Krankheitsverständnis	Kovariate	29.15	<.001	.179
	Gruppe	4.50	.04	.032
Zukunftsorientierung	Kovariate	55.42	<.001	.293
	Gruppe	4.23	.04	.031
Psychisches Wohlbefinden	Kovariate	48.61	<.001	.266
	Gruppe	.83	.36 ⁹	.006
Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht. mit dem Sie in die Rehab. gekommen sind? ⁴	Kovariate	49.44	<.001	.270
	Gruppe	4.90	.03	.035
Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁵	Kovariate	23.81	<.001	.151
	Gruppe	2.10	.15	.015
Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁶	Kovariate	11.36	.001	.078
	Gruppe	3.60	.06	.026
TAF ³ Körperliche Befindensstörung	Kovariate	3.34	.07	.026
	Gruppe	.55	.46	.004
Psychische Befindensstörung	Kovariate	3.68	.06	.029
	Gruppe	.72	.39	.006
Selbstwerterleben	Kovariate	4.21	.04	.033
	Gruppe	.60	.42	.005
Aussicht auf Veränderung	Kovariate	4.38	.02	.034
	Gruppe	3.92	.05	.031
...sozialer Probleme	Kovariate	6.97	.009	.053
	Gruppe	1.52	.22	.012
...im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	Kovariate	6.4	.01	.049
	Gruppe	.00	.99	.000
...im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	Kovariate	8.05	.005	.061
	Gruppe	.72	.39	.006
Krankheitsverständnis	Kovariate	.84	.36	.007
	Gruppe	.78	.37	.006
Zukunftsorientierung	Kovariate	7.42	.007	.056

12 Anhang

Abhängige Variable	Quelle der Variation	F	p	η^2
	Gruppe	.32	.56	.003
Behandlungsziel erreicht, mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁴	Kovariate	27.86	<.001	.184
	Gruppe	.66	.42	.005
Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁴	Kovariate	10.28	.002 ⁹	.077
	Gruppe	1.00	.32	0.01
BSS⁷ bei Entlassung körperlich	Kovariate	2.15	.14	.007
	Gruppe	.25	.62	.001
psychisch	Kovariate	38.81	<.001	.115
	Gruppe	.03	.85	.000
sozialkommunikativ	Kovariate	18.92	<.001	.059
	Gruppe	.67	.41	.002
Gesamt	Kovariate	26.39	<.001	.081
	Gruppe	.43	.51	.001
VAS-T⁸ Stimmung in der Therapie	Kovariate	75.899	<.001	.205
	Gruppe	.004	.95	.000
therapeutisches Vorgehen	Kovariate	29.545	<.001	.091
	Gruppe	4.072	.045	.014
wichtiges behandelt	Kovariate	.594	.44	.002
	Gruppe	3.571	.060	.012
war Patient sympathisch	Kovariate	6.919	.009	.023
	Gruppe	2.581	.10	.009
Kooperation	Kovariate	17.297	<.001	.056
	Gruppe	1.697	.19	.006
Therapieziel der Sitzung	Kovariate	18.336	<.001	.059
	Gruppe	1.141	.28	.004
Angst und Unruhe am Ende	Kovariate	77.550	<.001	.209
	Gruppe	.154	.69	.001
Verstanden worden	Kovariate	22.315	<.001	.071
	Gruppe	.805	.37	.003
Fortschritte des Patienten	Kovariate	31.627	<.001	.097
	Gruppe	.512	.47	.002
Struktur der Therapie	Kovariate	2.519	.11	.008
	Gruppe	.302	.58	.001
Befinden des Th. in Sitz.	Kovariate	16.251	<.001	.052
	Gruppe	.189	.66	.001

Anmerkungen. *Kovariate = Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch den Patienten; ¹Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ² Skala: 1= überhaupt nicht bis 4 = sehr; ³Skala: 1 = verschlechtert bis 5 = sehr viel besser; ⁴Skala: 0 = ich habe nichts erreicht - 10 = voll erreicht; ⁵ Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt – 10 = sehr gelohnt; ⁶ Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen – 10 = sehr gefallen; ⁷ Skala: 1 = geringfügig bis 4 = extrem; ⁸Skala: 0 = negativ - 100 = positiv;

⁹Keine Varianzgleichheit gegeben, Kovarianzanalyse

Tabelle 12.22 2: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliotherapie unter Berücksichtigung der Kovariaten „Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Therapeuten“

Abhängige Variable	Quelle der Variation	F	p	η^2
SCL-90-R ¹ GSI	Kovariate*	2.8	.10	.009
	Gruppe	.06	.81	.001
PST	Kovariate	3.5	.06	.011
	Gruppe	.70	.41	.002
PSDI	Kovariate	1.70	.19	.005
	Gruppe	.28	.59	.001
Brief-COPE ² problemorientiertes Coping post	Kovariate	5.903	.016	.019
	Gruppe	1.674	.197	.005
aktives emotionales Coping post	Kovariate	5.095	.025	.017
	Gruppe	.640	.424	.002
vermeidendes emotionales Coping post	Kovariate	.184	.669	.001
	Gruppe	3.818	.052	.012
1. Skala: Aktives Bewältigen	Kovariate	7.470	.007	.024
	Gruppe	.551	.459	.002
2. Skala: Planen	Kovariate	1.749	.187	.006
	Gruppe	.001	.970	.001
3. Skala: Positives Umdeuten	Kovariate	2.019	.156	.007
	Gruppe	1.253	.264	.004
4. Skala: Akzeptieren	Kovariate	1.658	.199	.005
	Gruppe	.091	.763	.001
5. Skala: Humor	Kovariate	.254	.614	.001
	Gruppe	.962	.328	.003
6. Skala: Religion	Kovariate	.001	.981	.001
	Gruppe	2.903	.089	.009
7. Skala: Emotionale Unterstützung	Kovariate	7.953	.005	.026
	Gruppe	.001	.974	.001
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung	Kovariate	7.137	.008	.023
	Gruppe	.886	.347	.003
9. Skala: Ablenkung	Kovariate	1.985	.160	.007
	Gruppe	.438	.509	.001
10. Skala: Verleugnung	Kovariate	1.959	.163	.006
	Gruppe	.980	.323	.003
11. Skala: Gefühlsausbruch	Kovariate	2.425	.120	.008
	Gruppe	.001	.970	.001
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol	Kovariate	1.171	.280	.004
	Gruppe	.881	.349	.003
13. Skala umkodiert: Resignation	Kovariate	7.901	.005	.025
	Gruppe	.007	.933	.001
Item 6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	Kovariate	3.156	.077	.010
	Gruppe	2.024	.156	.007
Item 16. Ich habe versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	Kovariate	6.203	.013	.020
	Gruppe	2.005	.158	.007
14. Skala: Selbstbeschuldigung	Kovariate	.023	.878	.001
	Gruppe	.179	.672	.001
PAF ³ 1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik	Kovariate	9.668	.002	.067

12 Anhang

Abhängige Variable	Quelle der Variation	F	p	η^2
ausgesucht	Gruppe	1.081	.300	.008
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	Kovariate	13.992	.000	.095
	Gruppe	.048	.827	.001
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	Kovariate	16.249	.000	.108
	Gruppe	.135	.713	.001
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	Kovariate	12.978	.000	.088
	Gruppe	1.784	.184	.013
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	Kovariate	9.345	.003	.065
	Gruppe	.396	.530	.003
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	Kovariate	11.421	.001	.079
	Gruppe	.398	.529	.003
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	Kovariate	11.429	.001	.079
	Gruppe	5.897	.016	.042
16. Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich	Kovariate	.106	.745	.001
	Gruppe	<.000	.995	.001
Körperliche Befindensstörung ⁴	Kovariate	15.620	.000	.104
	Gruppe	.650	.422	.005
Psychische Befindensstörung	Kovariate	9.192	.003	.064
	Gruppe	.089	.766	.001
Selbstwerterleben/Selbstannahme	Kovariate	2.766	.099	.020
	Gruppe	.029	.865	.001
Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	Kovariate	9.727	.002	.068
	Gruppe	2.180	.142	.016
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	Kovariate	7.517	.007	.053
	Gruppe	1.404	.238	.010
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	Kovariate	.887	.348	.007
	Gruppe	1.739	.190	.013
Eigenständige Handlungskompetenz	Kovariate	5.903	.016	.042
	Gruppe	1.206	.274	.009
Krankheitsverständnis	Kovariate	4.666	.033	0.03
	Gruppe	3.114	.080	.023
Zukunftsorientierung	Kovariate	2.675	.104	.020
	Gruppe	2.322	.130	.017
Psychisches Wohlbefinden	Kovariate	5.294	.023	.038
	Gruppe	.235	.629	.002
Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht. mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind ⁵	Kovariate	10.814	.001	.075
	Gruppe	1.707	.194	.013
Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁶	Kovariate	10.552	.001	.073
	Gruppe	.511	.476	.004
Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁷	Kovariate	11.615	.001	.080
	Gruppe	1.714	.193	.013
TAF ⁴ Körperliche Befindensstörung	Kovariate	.693	.407	.005
	Gruppe	1.352	.247	.010
Psychische Befindensstörung	Kovariate	2.570	.111	.019
	Gruppe	.592	.443	.004
Selbstwerterleben	Kovariate	2.141	.146	.016
	Gruppe	.646	.423	.005

12 Anhang

Abhängige Variable	Quelle der Variation	F	p	η^2
Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	Kovariate	5.784	.018	.042
	Gruppe	2.896	.091	.022
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	Kovariate	3.521	.063	.026
	Gruppe	.841	.361	.006
Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	Kovariate	5.075	.026	.037
	Gruppe	.006	.937	.001
Eigenständige Handlungskompetenz	Kovariate	5.509	.020	.040
	Gruppe	.575	.450	.004
	Fehler			
Krankheitsverständnis	Kovariate	2.571	.111	.019
	Gruppe	.665	.416	.005
Zukunftsorientierung	Kovariate	2.128	.147	.016
	Gruppe	.515	.474	.004
Behandlungsziel erreicht. mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁵	Kovariate	15.132	.000	.104
	Gruppe	.243	.623	.002
Behandlungsziel erreicht. mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁵	Kovariate	10.861	.001	.077
	Gruppe	.691	.407	.005
BSS bei Entlassung ⁸ körperlich	Kovariate	1.617	.204	.005
	Gruppe	.089	.766	.001
psychisch	Kovariate	.279	.598	.001
	Gruppe	.023	.880	.001
sozialkommunikativ	Kovariate	.594	.442	.002
	Gruppe	.224	.636	.001
Gesamt	Kovariate	1.157	.283	.004
	Gruppe	.072	.789	.001
VAS-P ⁹ Stimmung in der Therapiesitzung	Kovariate	2.512	.114	.008
	Gruppe	.631	.428	.002
Angst und Unruhe	Kovariate	2.861	.092	.010
	Gruppe	.285	.594	.001
Gefühl verstanden worden zu sein	Kovariate	13.468	.000	.044
	Gruppe	.017	.897	.001
therapeutisches Vorgehen verstanden	Kovariate	4.213	.041	.014
	Gruppe	1.049	.307	.004
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	Kovariate	16.381	.000	.053
	Gruppe	.007	.933	.001
Fortschritte in Therapiesitzung	Kovariate	9.293	.003	.031
	Gruppe	.977	.324	.003
Befinden nach der Therapiesitzung	Kovariate	3.728	.054	.013
	Gruppe	2.560	.111	.009
Entwicklung in der letzten Woche	Kovariate	1.380	.241	.005
	Gruppe	2.793	.096	.009

Anmerkungen. *Kovariate = Faktor Therapiesitzungsbeurteilung durch Therapeuten, ¹Skala 0=überhaupt nicht- 4 = sehr stark, ²Skala 1= überhaupt nicht-4 = sehr, ³Skala 1= stimme nicht zu-5 = stimme voll zu; ⁴Skala 1 = verschlechtert-5 = sehr viel besser, ⁵Skala 0 = ich habe nichts erreicht-10 = voll erreicht, ⁶Skala 0 = hat sich gar nicht gelohnt-10 = sehr gelohnt, ⁷Skala 0 = hat mir gar nicht gefallen-10 = sehr gefallen, ⁸Skala 1 = geringfügig-4 = extrem, ⁹Skala 0 = negativ-100 = positiv

12.23 Wechselwirkung zwischen dem Ansprechen anderer Informationsmaterialien und Bibliothherapie

Tabelle 12.23.1: Statistische Prüfung des Einflusses der Bibliothherapie auf einige Behandlungsergebnismaße unter Berücksichtigung des Ansprechens anderer Informationsmaterialien

	Gruppe	Andere Informationsmaterialien	M	SD	n	Quelle der Variation	F	p
TAF¹	K	nicht eingebracht	2.2	.74	54	Gruppe	1.8	.18
1. Körperliche Befindensstörung		eingebracht	2.6	.74	15	A I ¹	.57	.45
	I	nicht eingebracht	2.3	.72	66	G * AI	3.3	.07
		eingebracht	2.1	.64	15			
2. Psychische Befindensstörung	K	nicht eingebracht	2.5	.81	54	Gruppe	2.3	.13
		eingebracht	3.0	.92	15	A I	.60	.44
	I	nicht eingebracht	2.6	.83	66	G * AI	5.7	.02
		eingebracht	2.3	.72	15			
3. Selbstwerterleben	K	nicht eingebracht	2.4	.83	54	Gruppe	.54	.46
		eingebracht	2.6	.51	15	A I	.39	.54
	I	nicht eingebracht	2.4	.84	66	G * AI	.81	.37
		eingebracht	2.3	.72	15			
4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	K	nicht eingebracht	2.2	.79	54	Gruppe	4.3	.04
		eingebracht	2.5	.83	15	A I	.06	.79
	I	nicht eingebracht	2.2	.72	66	G * AI	4.7	.03
		eingebracht	1.8	.77	15			
5. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	K	nicht eingebracht	2.1	.62	54	Gruppe	2.42 ¹⁰	.12
		eingebracht	2.5	.99	15	A I	.807	.37
	I	nicht eingebracht	2.1	.67	66	G * AI	3.09	.08
		eingebracht	2.0	.66	15			
6. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im berufl.Bereich	K	nicht eingebracht	1.9	.85	54	Gruppe	.34	.56
		eingebracht	2.2	.68	15	A I	.31	.57
	I	nicht eingebracht	2.0	.77	66	G * AI	2.19	.14
		eingebracht	1.9	.74	15			
7. Eigenständige Handlungskompetenz	K	nicht eingebracht	2.2	.69	54	Gruppe	.003	.95
		eingebracht	2.5	.52	15	A I	.606	.43
	I	nicht eingebracht	2.4	.76	66	G * AI	2.133	.14
		eingebracht	2.3	.60	15			
8. Krankheitsverständnis	K	nicht eingebracht	2.6	.87	54	Gruppe	3.5	.06
		eingebracht	3.1	.91	15	A I	.38	.54
	I	nicht eingebracht	2.7	.79	66	G * AI	6.1	.02
		eingebracht	2.4	.63	15			
9. Zukunftsorientierung	K	nicht eingebracht	2.3	.84	54	Gruppe	1.21	.27
		eingebracht	2.5	.83	15	A I	.086	.77
	I	nicht eingebracht	2.3	.81	66	G * AI	1.76	.18
		eingebracht	2.1	.60	15			
12. Behandlungsziel erreicht, mit dem Pat. in Klinik gekommen ist ²	K	nicht eingebracht	6.6	1.8	54	Gruppe	.530	.46
		eingebracht	6.9	2.2	15	A I	.232	.63
	I	nicht eingebracht	6.4	1.9	66	G * AI	.016	.90

12 Anhang

	Gruppe	Andere Informationsmaterialien	M	SD	n	Quelle der Variation	F	p
		eingbracht	6.5	2.0	15			
13. Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therap. Sicht die Behandl. aufgenommen wurde ²	K	nicht eingebracht	6.5	1.6	54	Gruppe	1.131	.28
		eingbracht	7.3	1.8	15	A I	1.944	.16
	I	nicht eingebracht	6.3	2.1	66	G * AI	.218	.64
		eingbracht	6.7	2.2	15			
BSS ³	K	nicht eingebracht	.46	.54	134	Gruppe	1.289	.25
Veränderung körperlicher Symptome		eingbracht	.51	.66	45	A I	.956	.32
	I	nicht eingebracht	.50	.60	146	G * AI	3.133	.07
		eingbracht	.31	.62	49			
Veränderung psychischer Symptome	K	nicht eingebracht	.89	.61	134	Gruppe	.412	.52
		eingbracht	1.1	.58	45	A I	1.703	.19
	I	nicht eingebracht	.92	.66	146	G * AI	1.063	.30
		eingbracht	.94	.72	49			
Veränderung sozialkommunikativer Symptome	K	nicht eingebracht	3.3	1.8	134	Gruppe	1.27 ¹⁰	.25
		eingbracht	3.0	1.5	45	A I	.010	.91
	I	nicht eingebracht	3.5	1.7	146	G * AI	1.681	.19
		eingbracht	3.0	1.6	49			
BSS Gesamt	K	nicht eingebracht	3.3	1.8	134	Gruppe	.108	.74
		eingbracht	3.0	1.5	45	A I	3.348	.06
	I	nicht eingebracht	3.5	1.7	146	G * AI	.189	.66
		eingbracht	3.0	1.6	49			
VAS-P ⁴	K	nicht eingebracht	68.3	17.5	93	Gruppe	.590 ¹⁰	.44
Stimmung in der Therapiesitzung		eingbracht	71.9	16.5	44	A I	2.722	.10
	I	nicht eingebracht	66.2	21.1	119	G * AI	.020	.88
		eingbracht	70.4	17.2	48			
Angst und Unruhe	K	nicht eingebracht	61.9	21.5	93	Gruppe	.014	.90
		eingbracht	66.9	19.4	44	A I	1.570	.21
	I	nicht eingebracht	63.9	20.7	119	G * AI	.475	.49
		eingbracht	65.4	20.5	48			
Gefühl verstanden worden zu sein	K	nicht eingebracht	74.3	19	93	Gruppe	.00	.93
		eingbracht	77.6	16	44	A I	3.9	.047
	I	nicht eingebracht	73.0	16	119	G * AI	.24	.62
		eingbracht	78.5	16	48			
Therapeutisches Vorgehen verstanden	K	nicht eingebracht	77.3	18	93	Gruppe	1.1	.29
		eingbracht	82.6	12	44	A I	6.5	.01
	I	nicht eingebracht	75.5	15	119	G * AI	.01	.89
		eingbracht	80.3	13	48			
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	K	nicht eingebracht	79.0	14	93	Gruppe	.23	.63
		eingbracht	84.7	12	44	A I	8.4	.004
	I	nicht eingebracht	78.8	15	119	G * AI	.10	.75
		eingbracht	83.3	11	48			
Fortschritte in Therapiesitzung	K	nicht eingebracht	58.6	21	93	Gruppe	.57	.45
		eingbracht	61.8	15	44	A I	4.6	.03
	I	nicht eingebracht	54.8	19	119	G * AI	.70	.40
		eingbracht	62.0	18	48			

12 Anhang

	Gruppe	Andere Informationsmaterialien	M	SD	n	Quelle der Variation	F	p
Befinden nach der Therapiesitzung	K	nicht eingebracht	67.5	15.4	93	Gruppe	1.717	.19
		eingebracht	68.4	13.9	44	A I	.880	.34
	I	nicht eingebracht	63.8	18.0	119	G * AI	.240	.62
		eingebracht	66.7	16.3	48			
Entwicklung in der letzten Woche	K	nicht eingebracht	68.6	15.9	93	Gruppe	3.326	.069
		eingebracht	68.3	14.9	44	A I	.007	.93
	I	nicht eingebracht	64.7	17.9	119	G * AI	.005	.94
		eingebracht	64.7	16.5	48			
SCL ⁵	K	nicht eingebracht	.75	.64	131	Gruppe	.134	.71
		eingebracht	.61	.52	45	A I	2.434	.12
GSI	I	nicht eingebracht	.76	.65	145	G * AI	.045	.83
		eingebracht	.66	.56	49			
PST	K	nicht eingebracht	38.9	22.5	131	Gruppe	.060	.80
		eingebracht	37.2	21.9	45	A I	1.075	.30
	I	nicht eingebracht	39.3	22.4	145	G * AI	.128	.72
		eingebracht	35.5	21.5	49			
PSDI	K	nicht eingebracht	1.5	.53	131	Gruppe	1.3	.25
		eingebracht	1.3	.36	45	A I	3.9	.049
	I	nicht eingebracht	1.5	.53	145	G * AI	1.7	.18
		eingebracht	1.4	.50	49			
PAF ⁶	K	nicht eingebracht	3.6	1.2	65	Gruppe	1.210	.27
		eingebracht	3.9	1.0	25	A I	.003	.95
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	I	nicht eingebracht	3.7	1.0	58	G * AI	2.652	.10
		eingebracht	3.4	1.2	18			
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	K	nicht eingebracht	3.7	1.0	65	Gruppe	.022	.88
		eingebracht	3.5	1.0	25	A I	.615	.43
	I	nicht eingebracht	3.7	1.2	58	G * AI	.094	.76
		eingebracht	3.6	1.1	18			
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	K	nicht eingebracht	4.4	.90	65	Gruppe	.021	.88
		eingebracht	4.2	.91	25	A I	1.003	.31
	I	nicht eingebracht	4.3	1.0	58	G * AI	.076	.78
		eingebracht	4.2	.87	18			
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	K	nicht eingebracht	4.4	.82	65	Gruppe	2.005	.15
		eingebracht	4.3	.84	25	A I	1.934	.16
	I	nicht eingebracht	4.3	.98	58	G * AI	.424	.51
		eingebracht	3.9	.99	18			
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	K	nicht eingebracht	3.9	.95	65	Gruppe	.264	.60
		eingebracht	3.9	.88	25	A I	.019	.89
	I	nicht eingebracht	3.8	1.16	58	G * AI	.069	.79
		eingebracht	3.8	1.04	18			
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	K	nicht eingebracht	3.7	1.10	65	Gruppe	.192	.66
		eingebracht	3.6	1.07	25	A I	.000	.99
	I	nicht eingebracht	3.5	1.15	58	G * AI	.327	.56
		eingebracht	3.7	1.08	18			
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für	K	nicht eingebracht	3.8	1.1	65	Gruppe	6.0	.02

12 Anhang

	Gruppe	Andere Informationsmaterialien	M	SD	n	Quelle der Variation	F	p
mich wichtige Themen bearbeitet		eingebraucht	3.8	1.1	25	A I	.01	.90
	I	nicht eingebracht	3.3	1.2	58	G * AI	.00	.97
16. Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich		eingebraucht	3.3	1.2	18			
	K	nicht eingebracht	4.2	1.0	65	Gruppe	.004	.95
		eingebraucht	4.3	.79	25	A I	.000	.98
	I	nicht eingebracht	4.3	.79	58	G * AI	.162	.68
22. Körperliche Befindensstörung ¹		eingebraucht	4.2	.94	18			
	K	nicht eingebracht	2.9	.94	65	Gruppe	2.7	.09
		eingebraucht	3.4	.81	25	A I	.01	.91
	I	nicht eingebracht	3.1	1.0	58	G * AI	5.6	.02
23. Psychische Befindensstörung		eingebraucht	2.7	.82	18			
	K	nicht eingebracht	3.1	1.0	65	Gruppe	.646	.42
		eingebraucht	3.4	1.0	25	A I	.093	.76
	I	nicht eingebracht	3.2	1.0	58	G * AI	1.308	.25
24. Selbstwerterleben /Selbstannahme		eingebraucht	3.0	.84	18			
	K	nicht eingebracht	3.1	1.0	65	Gruppe	.156	.69
		eingebraucht	3.2	.83	25	A I	.172	.67
	I	nicht eingebracht	3.1	.91	58	G * AI	.136	.71
25. Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme		eingebraucht	3.1	.90	18			
	K	nicht eingebracht	2.8	1.1	65	Gruppe	3.025	.08
		eingebraucht	3.3	.93	25	A I	3.075	.08
	I	nicht eingebracht	2.7	.92	58	G * AI	.574	.45
26. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich		eingebraucht	2.8	.78	18			
	K	nicht eingebracht	3.2	.95	65	Gruppe	3.91	.05
		eingebraucht	3.3	.90	25	A I	.05	.82
	I	nicht eingebracht	2.9	.96	58	G * AI	.33	.56
27. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im berufl. Bereich		eingebraucht	2.8	.90	18			
	K	nicht eingebracht	2.7	1.0	65	Gruppe	2.02 ¹⁰	.15
		eingebraucht	3.0	.70	25	A I	3.293	.07
	I	nicht eingebracht	2.5	.73	58	G * AI	.142	.70
28. Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten		eingebraucht	2.7	.82	18			
	K	nicht eingebracht	3.1	1.0	65	Gruppe	2.131	.14
		eingebraucht	3.2	.87	25	A I	.226	.63
	I	nicht eingebracht	2.9	.79	58	G * AI	.546	.46
29. Krankheitsverständnis		eingebraucht	2.9	.75	18			
	K	nicht eingebracht	3.6	1.0	65	Gruppe	4.61	.03
		eingebraucht	3.8	.83	25	A I	.30	.58
	I	nicht eingebracht	3.3	.92	58	G * AI	.16	.68
30. Zukunftsorientierung		eingebraucht	3.3	.76	18			
	K	nicht eingebracht	3.1	1.0	65	Gruppe	3.059	.08
		eingebraucht	3.3	.84	25	A I	.067	.79
	I	nicht eingebracht	2.9	.95	58	G * AI	.674	.41
31. Psychisches Wohlbefinden		eingebraucht	2.8	.70	18			
	K	nicht eingebracht	3.1	1.1	65	Gruppe	.447 ¹⁰	.50
		eingebraucht	3.2	1.0	25	A I	.011	.91
	I	nicht eingebracht	3.1	.99	58	G * AI	.142	.70

12 Anhang

	Gruppe	Andere Informationsmaterialien	M	SD	n	Quelle der Variation	F	p
		eingbracht	3.0	.76	18			
34. Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind? ²	K	nicht eingebracht	5.4	2.6	65	Gruppe	1.2	.26
		eingbracht	6.3	2.2	25	A I	4.3	.04
	I	nicht eingebracht	4.8	2.8	58	G * AI	.03	.85
		eingbracht	5.8	2.2	18			
35. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁷	K	nicht eingebracht	6.6	2.9	65	Gruppe	.185	.66
		eingbracht	7.5	2.0	25	A I	1.879	.17
	I	nicht eingebracht	6.6	2.5	58	G * AI	.228	.63
		eingbracht	7.1	2.2	18			
36. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁸	K	nicht eingebracht	7.4	2.3	65	Gruppe	1.160	.28
		eingbracht	7.9	1.5	25	A I	.712	.40
	I	nicht eingebracht	7.2	2.0	58	G * AI	.440	.50
		eingbracht	7.3	2.4	18			
Brief-COPE ⁹	K	nicht eingebracht	3.0	.73	131	Gruppe	.960	.32
1. Aktives Bewältigen		eingbracht	3.2	.61	45	A I	6.461	.01
	I	nicht eingebracht	2.9	.76	141	G * AI	.221	.63
		eingbracht	3.2	.65	48			
2. Planen	K	nicht eingebracht	3.0	.64	131	Gruppe	.001	.96
		eingbracht	2.9	.70	45	A I	.006	.93
	I	nicht eingebracht	2.9	.69	141	G * AI	.124	.72
		eingbracht	3.0	.70	48			
3. Positives Umdeuten	K	nicht eingebracht	2.4	.85	131	Gruppe	.205	.65
		eingbracht	2.4	.77	45	A I	.032	.85
	I	nicht eingebracht	2.3	.77	141	G * AI	.282	.59
		eingbracht	2.4	.87	48			
4. Akzeptieren	K	nicht eingebracht	2.3	.76	131	Gruppe	.085	.77
		eingbracht	2.3	.74	45	A I	2.175	.14
	I	nicht eingebracht	2.2	.74	141	G * AI	.566	.45
		eingbracht	2.4	.84	48			
5. Humor	K	nicht eingebracht	1.7	.67	131	Gruppe	.038	.84
		eingbracht	1.6	.65	45	A I	.297	.58
	I	nicht eingebracht	1.6	.62	141	G * AI	2.044	.15
		eingbracht	1.7	.79	48			
6. Religion	K	nicht eingebracht	1.7	.88	131	Gruppe	1.241	.26
		eingbracht	1.7	.84	45	A I	.053	.81
	I	nicht eingebracht	1.5	.78	141	G * AI	.488	.48
		eingbracht	1.6	.82	48			
7. Emotionale Unterstützung	K	nicht eingebracht	2.6	.76	131	Gruppe	.078	.78
		eingbracht	2.7	.85	45	A I	1.346	.24
	I	nicht eingebracht	2.6	.85	141	G * AI	.005	.94
		eingbracht	2.7	.92	48			
8. Instrumentelle Unterstützung	K	nicht eingebracht	2.6	.84	131	Gruppe	.982	.32
		eingbracht	2.7	.84	45	A I	1.334	.24
	I	nicht eingebracht	2.5	.83	141	G * AI	.001	.97
		eingbracht	2.6	.78	48			
9. Ablenkung	K	nicht eingebracht	2.7	.65	131	Gruppe	.407	.52

12 Anhang

	Gruppe	Andere Informationsmaterialien	M	SD	n	Quelle der Variation	F	p
		eingbracht	2.6	.58	45	A I	.189	.66
	I	nicht eingebracht	2.6	.72	141	G * AI	.011	.91
10. Verleugnung		eingbracht	2.6	.73	48			
	K	nicht eingebracht	1.7	.79	131	Gruppe	.233	.62
		eingbracht	1.6	.75	45	A I	.259	.61
	I	nicht eingebracht	1.6	.67	141	G * AI	.084	.77
		eingbracht	1.6	.82	48			
11. Gefühlsausbruch		nicht eingebracht	2.1	.68	131	Gruppe	.132	.71
		eingbracht	2.1	.68	45	A I	2.628	.10
	I	nicht eingebracht	2.0	.67	141	G * AI	2.349	.12
		eingbracht	2.3	.79	48			
12. Gebrauch von Alkohol und Medikamenten		nicht eingebracht	1.1	.37	131	Gruppe	.048	.82
		eingbracht	1.2	.60	45	A I	.123	.72
	I	nicht eingebracht	1.2	.42	141	G * AI	.678	.41
		eingbracht	1.1	.30	48			
13. Resignation		nicht eingebracht	1.7	.55	131	Gruppe	.010	.92
		eingbracht	1.6	.56	45	A I	1.647	.20
	I	nicht eingebracht	1.7	.56	141	G * AI	.667	.41
		eingbracht	1.6	.51	48			
6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.		nicht eingebracht	1.5	.72	131	Gruppe	1.815	.17
		eingbracht	1.5	.72	45	A I	.464	.49
	I	nicht eingebracht	1.4	.67	141	G * AI	.259	.61
		eingbracht	1.3	.58	48			
16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.		nicht eingebracht	1.9	.71	131	Gruppe	1.190	.27
		eingbracht	1.8	.68	45	A I	1.609	.20
	I	nicht eingebracht	2.0	.78	141	G * AI	.544	.46
		eingbracht	1.8	.79	48			
14. Selbstbeschuldigung		nicht eingebracht	1.9	.84	131	Gruppe	.221	.63
		eingbracht	1.9	.66	45	A I	.012	.91
	I	nicht eingebracht	2.0	.89	141	G * AI	.131	.71
		eingbracht	2.1	.89	48			
aktives emotionales Coping		nicht eingebracht	2.2	.47	131	Gruppe	.036	.84
		eingbracht	2.2	.45	45	A I	2.561	.11
	I	nicht eingebracht	2.1	.43	141	G * AI	1.624	.20
		eingbracht	2.3	.54	48			
vermeidendes emotionales Coping		nicht eingebracht	2.4	.37	131	Gruppe	1.220	.27
		eingbracht	2.4	.42	45	A I	.001	.98
	I	nicht eingebracht	2.4	.41	141	G * AI	.024	.87
		eingbracht	2.4	.44	48			
problemorientiertes Coping		nicht eingebracht	2.6	.52	131	Gruppe	1.369	.24
		eingbracht	2.6	.45	45	A I	2.139	.14
	I	nicht eingebracht	2.5	.52	141	G * AI	.326	.56
		eingbracht	2.6	.55	48			
VAS-T ⁴		nicht eingebracht	67.1	14.8	95	Gruppe	.037	.8
Stimmung des Pat.		eingbracht	67.2	13.9	45	A I	0.22	.6
	I	nicht eingebracht	65.9	17.0	126	G * AI	0.16	.6

12 Anhang

	Gruppe	Andere Informationsmaterialien	M	SD	n	Quelle der Variation	F	p
verstand Pat. therapeutisches Vorgehen		eingebraucht	67.6	12.8	49			
	K	nicht eingebraucht	75.7	15.7	95	Gruppe	1.99	.16
		eingebraucht	77.5	13.8	45	A I	1.92	.17
für Pat. Wichtiges behandelt	I	nicht eingebraucht	72.0	16.9	126	G * AI	0.24	.62
		eingebraucht	75.7	13.8	49			
	K	nicht eingebraucht	81.6	12.7	95	Gruppe	1.39	.24
war Patient sympathisch		eingebraucht	82.4	14.0	45	A I	1.17	.28
	I	nicht eingebraucht	78.8	13.6	126	G * AI	0.35	.55
		eingebraucht	81.4	9.4	49			
Kooperation	K	nicht eingebraucht	78.8	16.2	95	Gruppe	1.89	.17
		eingebraucht	79.8	12.9	45	A I	0.43	.51
	I	nicht eingebraucht	75.8	17.0	126	G * AI	0.02	.89
Therapieziel		eingebraucht	77.4	13.0	49			
	K	nicht eingebraucht	80.9	13.6	95	Gruppe	1.35	.25
		eingebraucht	81.6	13.3	45	A I	0.52	.47
Befinden des Pat. (Angst)	I	nicht eingebraucht	78.4	14.2	126	G * AI	0.11	.73
		eingebraucht	80.2	13.1	49			
	K	nicht eingebraucht	72.8	16.0	95	Gruppe	.037	.85
Verständnis für Pat.		eingebraucht	72.4	15.9	45	A I	1.99	.16
	I	nicht eingebraucht	69.2	16.8	126	G * AI	2.55	.11
		eingebraucht	75.2	13.2	49			
Fortschritte des Patienten	K	nicht eingebraucht	65.0	17.4	95	Gruppe	.074	.79
		eingebraucht	65.9	18.4	45	A I	1.21	.27
	I	nicht eingebraucht	64.0	19.3	126	G * AI	0.51	.47
Struktur der Therapiesitzung		eingebraucht	68.1	16.8	49			
	K	nicht eingebraucht	72.1	16.0	95	Gruppe	0.56 ¹⁰	.45
		eingebraucht	71.5	17.0	45	A I	0.4	.52
Befinden des Therapeuten in Sitz.	I	nicht eingebraucht	68.7	17.5	126	G * AI	0.85	.36
		eingebraucht	71.8	11.5	49			
	K	nicht eingebraucht	64.1	15.8	95	Gruppe	0.15	.69
Befinden des Patienten		eingebraucht	63.3	16.9	45	A I	0.15	.69
	I	nicht eingebraucht	61.6	18.7	126	G * AI	0.57	.45
		eingebraucht	64.1	15.1	49			
Befinden des Therapeuten in Sitz.	K	nicht eingebraucht	75.2	15.6	95	Gruppe	0.29	.58
		eingebraucht	72.9	16.4	45	A I	0.55	.46
	I	nicht eingebraucht	73.3	16.8	126	G * AI	0.16	.68
Befinden des Therapeuten in Sitz.		eingebraucht	72.6	12.8	49			
	K	nicht eingebraucht	66.7	20.8	95	Gruppe	0.39	.53
		eingebraucht	67.8	20.2	45	A I	.021	.89
Befinden des Therapeuten in Sitz.	I	nicht eingebraucht	65.9	19.6	126	G * AI	0.08	.77
		eingebraucht	65.5	16.4	49			

Anmerkungen ¹Skala: 1 = verschlechtert bis 5 = sehr viel besser; ²Skala: 0 = ich habe nichts erreicht - 10 = voll erreicht; ³ Skala: 1 = geringfügig bis 4 = extrem; ⁴ Skala: 0 = negativ - 100 = positiv; ⁵Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ⁶ Skala: 1 = stimme nicht zu bis 5 = voll zu; ⁷ Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt - 10 = sehr gelohnt; ⁸ Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen - 10 = sehr gefallen; ⁹ Skala: 1 = überhaupt nicht - 10 = sehr; ¹⁰ Keine Gleichheit der Fehlervarianzen, zweifaktorielle Varianzanalyse

12.24 Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen für die Gesamtstichprobe

Tabelle 12.24.1: Deskriptive Statistik der abhängigen Variablen (Wissen, PAF, TAF, VAS- P, VAS-T, Brief-COPE, SCL-90-R, BSS) für die Gesamtstichprobe

	n	Min	Max	M	SD
Wissensfragebogen¹					
Gesamtwissen	166	1	10	8.02	2.0
Bewältigung kritischer Lebensereignisse	101	1	10	7.90	1.8
Krankheitsbewältigung	40	2	10	6.65	2.0
Inneres Angsterleben und Bewältigung	55	1	10	6.71	2.4
Phobien und Expositionstherapie	60	1	10	7.80	1.7
Hypochondrie und Abbau körperbezogener Ängste	40	4	10	8.42	1.7
mittlerer Wissenswert absolut pro Person	373	.00	10	5.45	3.8
VAS - P²					
Faktor " Beurteilung der Therapiesitzung"	304	-4.08	2.18	.00	1.0
Stimmung	306	4.00	100.00	68.24	18.9
Angst und Unruhe	306	3.00	100.00	63.90	20.8
Gefühl verstanden worden zu sein	307	7.00	100.00	74.75	17.7
Therapeutisches Vorgehen verstanden	306	1.00	100.00	77.56	16.2
Wichtiges behandelt in Therapiesitzung	307	23.33	100.00	80.31	14.2
Fortschritte in Therapiesitzung	307	.00	98.80	58.01	19.4
Befinden nach der Therapiesitzung	306	5.00	98.00	65.98	16.4
Entwicklung in der letzten Woche	304	6.50	97.75	66.44	16.6
TAF³					
1. Körperliche Befindensstörung	339	1	5	2.29	.71
2. Psychische Befindensstörung	374	1	5	2.66	.82
3. Selbstwerterleben / Selbstannahme	310	1	5	2.50	.77
4. Aussicht auf Veränderung sozialer Probleme	292	1	5	2.26	.82
5. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich	267	1	5	2.24	.71
6. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich	273	1	5	2.10	.84
7. Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten	340	1	5	2.37	.72
8. Krankheitsverständnis	366	1	5	2.76	.84
9. Zukunftsorientierung	357	1	5	2.44	.81
				n	%

12 Anhang

	n	Min	Max	M	SD
10. Arbeitsfähigkeit	371		nein	65	17.2
			mit Einschränkung	50	13.3
			ja	256	67.9
11. Erwerbsfähigkeit	371		nein	29	7.7
			mit Einschränkung	39	10.3
			ja	303	80.4
12. Behandlungsziel erreicht, mit dem d. Pat. in die Rehabilitation gekommen ist ⁷	375	0	10	6.83	1.9
13. Behandlungsziel erreicht, mit dem aus therap. Sicht die Behandlung aufgenommen wurde ⁷	375	1	10	6.91	1.8
BSS⁴					
BSS unmittelbar vor Aufnahme körperlich	375	0	4	1.42	.79
BSS unmittelbar vor Aufnahme psychisch	374	0	4	2.23	.70
BSS unmittelbar vor Aufnahme sozialkommunikativ	375	0	4	1.57	.91
BSS bei Entlassung körperlich	375	0	4	.97	.70
BSS bei Entlassung psychisch	375	0	4	1.30	.72
BSS bei Entlassung sozialkommunikativ	375	0	3	1.04	.78
BSS Gesamt prä, Summenwert aller 3 Dimensionen	374	1.00	11.00	5.21	1.8
BSS Gesamt post, Summenwert aller 3 Dimensionen	375	.00	10.00	3.30	1.7
SCL-90-R⁵					
GSI post	371	.00	3.09	.72	.62
PST post	371	.00	90.00	38.30	22.2
PSDI post	370	1.00	3.59	1.49	.51
PAF⁶					
1. Für meine Beschwerden wurde die richtige Klinik ausgesucht	369	1	5	3.75	1.1
2. Mit der ärztlichen Behandlung körperlicher Beschwerden war ich zufrieden	360	1	5	3.66	1.1
3. Mein Psychotherapeut war kompetent und verständnisvoll	370	1	5	4.27	.99
4. Mein Psychotherapeut hat mir alles verständlich erklärt	371	1	5	4.30	.95
5. Die Therapeuten haben Wert darauf gelegt, die Behandlungen mit mir abzustimmen	371	1	5	3.83	1.1

12 Anhang

	n	Min	Max	M	SD
6. Ich hatte Gelegenheit, die für mich wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	370	1	5	3.70	1.1
7. In der Psychotherapiegruppe wurden für mich wichtige Themen bearbeitet	366	1	5	3.55	1.2
16. Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich	370	1	5	4.26	.93
22. Körperliche Befindensstörung: Wie hat sich Ihr körperliches Befinden bzw. die körperliche Symptomatik verändert? ³	358	1	5	3.11	.96
23. Psychische Befindensstörung: Wie hat sich Ihr seelisches Befinden bzw. die psychische Symptomatik verändert?	363	1	5	3.30	.97
24. Selbstwerterleben/Selbstannahme: Wie hat sich Ihr Selbstwerterleben, Ihre Selbstannahme verändert? Können Sie sich jetzt eher besser oder eher schlechter selbst annehmen?	336	1	5	3.21	.93
25. Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme: Wie haben sich Ihre Möglichkeiten verändert, die sozialen Probleme zu lösen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)?	372	1	5	3.27	1.2
26. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich: Wie haben sich Ihre Möglichkeiten verändert, Beziehungen zu Personen im privaten Bereich zu verbessern, die Ihnen sehr wichtig sind (Eltern, Partner, Kinder, F....)	265	1	5	3.13	.95
27. Aussicht auf Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich: Wie haben sich Ihre Möglichkeiten verändert, Beziehungen zu Personen im beruflichen Bereich zu verbessern, die Ihnen sehr wichtig sind (Vorgesetzte, Kolleg.)	248	1	5	2.72	.88
28. Eigenständige Handlungskompetenz / psychosoziale Fähigkeiten: Wie hat sich die Möglichkeit zur Eigenaktivität und zur Übernahme von Verantwortung für Ihr Leben verändert (z.B. Kontaktfähigkeit, Durchsetzungsvermögen)?	293	1	5	3.09	.87

	n	Min	Max	M	SD
29. Krankheitsverständnis: Wie hat sich Ihr Krankheitsverständnis verändert? Können Sie besser verstehen, worunter Sie leiden bzw. welches Ihre Probleme sind?	347	1	5	3.59	.92
30. Zukunftsorientierung: Wie hat sich Ihre Einstellung gegenüber Ihrer Zukunft und Ihren Zukunftsplänen verändert?	341	1	5	3.14	.96
31. Psychisches Wohlbefinden: Wie hat sich Ihr allgemeines seelisches Wohlbefinden verändert?	359	1	5	3.23	.98
				n	%
32. Arbeitsfähigkeit: Halten Sie sich für fähig, jetzt Ihre letzte berufliche Tätigkeit weiter/wieder zu verrichten?	372		nein	127	33.7
			mit Einschränkung	106	28.1
			ja	139	36.9
33. Erwerbsfähigkeit: Halten Sie sich für fähig irgendeine berufliche Tätigkeit auszuüben?	372		nein	68	18.0
			mit Einschränkung	95	25.2
			ja	209	55.4
34. Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind? ⁷	372	0	10	5.73	2.5
35. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt? ⁸	372	0	10	6.95	2.5
36. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der hiesigen Klinik insgesamt gefallen? ⁹	372	0	10	7.40	2.2
Brief-COPE ¹⁰					
problemorientiertes Coping prä	376	1.00	4.00	2.42	.59
problemorientiertes Coping post	365	1.00	3.88	2.55	.52
aktives emotionales Coping prä	376	1.00	3.70	2.02	.42
aktives emotionales Coping post	365	1.00	3.60	2.18	.46
vermeid emotionales Coping prä	376	1.20	4.40	2.56	.50
vermeid emotionales Coping post	365	1.20	3.70	2.38	.40
1. Skala: Aktives Bewältigen prä	376	1	4	2.59	.76
2. Skala: Planen prä	376	1	4	2.87	.76
3. Skala: Positives Umdeuten prä	376	1	4	2.07	.76
4. Skala: Akzeptieren prä	376	1	4	1.91	.74
5. Skala: Humor prä	376	1	4	1.44	.55

12 Anhang

	n	Min	Max	M	SD
6. Skala: Religion prä	376	1	4	1.67	.90
7. Skala: Emotionale Unterstützung prä	376	1	4	2.59	.85
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung prä	376	1	4	2.56	.89
9. Skala: Ablenkung prä	376	1	4	2.53	.77
10. Skala: Verleugnung prä	376	1	4	2.03	.86
11. Skala: Gefühlsausbruch prä	376	1	4	2.11	.74
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol prä	376	1	4	1.45	.73
13. Skala: Resignation prä	376	1.00	4.00	1.79	.60
Item 6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	376	1	4	1.49	.73
Item 16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	376	1.00	4.00	2.09	.84
14. Skala: Selbstbeschuldigung prä	376	1	4	2.39	.93
1. Skala: Aktives Bewältigen post	365	1	4	3.02	.73
2. Skala: Planen post	365	1	4	3.00	.67
3. Skala: Positives Umdeuten post	365	1	4	2.37	.81
4. Skala: Akzeptieren post	365	1	4	2.24	.76
5. Skala: Humor post	365	1	4	1.61	.66
6. Skala: Religion post	365	1	4	1.63	.83
7. Skala: Emotionale Unterstützung post	365	1	4	2.62	.83
8. Skala: Instrumentelle Unterstützung post	365	1	4	2.56	.83
9. Skala: Ablenkung post	365	1	4	2.64	.68
10. Skala: Verleugnung post	365	1	4	1.64	.74
11. Skala: Gefühlsausbruch post	365	1	4	2.11	.69
12. Skala: Gebrauch von Medikamenten und Alkohol post	365	1	4	1.14	.42
13. Skala: Resignation post	365	1.00	4.00	1.67	.55
Item 6. Ich habe es aufgegeben, mich damit zu beschäftigen.	365	1	4	1.43	.69
Item 16. Ich habe nicht versucht, die Situation in den Griff zu kriegen.	365	1.00	4.00	1.92	.75
14. Skala: Selbstbeschuldigung post	365	1	4	2.00	.85
VAS-T²					
Faktor "Beurteilung der Therapiesitzung"	315	-3.5	2.44	.00	1.0
Stimmung des Pat.	316	7.00	99.50	66.78	15.3

12 Anhang

	n	Min	Max	M	SD
Befinden des Pat. (Angst)	316	17.33	100.00	65.32	18.2
Verständnis für Pat.	316	25.40	100.00	70.65	16.1
verstand Pat. therapeutisches Vorgehen	316	20.00	100.00	74.50	15.7
für Pat. Wichtiges behandelt	316	24.00	100.00	80.51	12.8
Fortschritte des Patienten	316	13.00	100.00	63.06	17.0
war Patient sympathisch	316	11.00	100.00	77.52	15.7
Kooperation	316	16.86	100.00	79.87	13.7
Struktur der Therapiesitzung	316	18.50	100.00	73.71	15.7
Therapieziel	315	8.00	99.63	71.67	16.0
Befinden des Therapeuten in Therapiesitzung	316	15.20	100.00	66.25	19.7

Anmerkungen ¹Skala: 0 = keine Frage richtig – 10 = alle Fragen richtig; ² Skala: 0 = negativ - 100 = positiv; ³Skala: 1 = unverändert/schlechter - 5 = vollständig gebessert, ⁴ Skala: 1 = geringfügig – 4 = extrem; ⁵ Skala: 0 = überhaupt nicht - 4 = sehr stark; ⁶ Skala: 1 = stimme nicht zu – 5 = stimme voll zu; ⁷ Skala: 0 = nichts erreicht – 10 = voll erreicht, ⁸Skala: 0 = hat sich gar nicht gelohnt – 10 = sehr gelohnt; ⁹ Skala: 0 = hat mir gar nicht gefallen – 10 = sehr gefallen; ¹⁰ Skala: 1= überhaupt nicht – 4 = sehr

Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Verhaltenstherapie integrierte Bibliotherapie. Eine experimentelle Studie an Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation“ selbständig verfasst habe.

Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet.

Diese Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

Berlin, 28.06.2010

(Kerstin Herm)