

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin

Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Diplom-Psychologin
Sabrina Kastner

Berlin, 2013

Erstgutachter: Prof. Dr. Michael Linden

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Babette Renneberg

Tag der Disputation: 05.12.2013

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Stand der Forschung.....	3
2.1 Stationäre psychosomatische Rehabilitation.....	3
2.1.1 Psychosomatische Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems.....	3
2.1.2 Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation.....	4
2.1.3 Milieutherapeutische Aspekte – Stationsatmosphäre.....	6
2.1.4 Diagnostische Erfassung des therapeutischen Milieus.....	10
2.1.5 Zusammenfassung.....	11
2.2 Beziehungen zwischen Patienten im therapeutischen Milieu.....	12
2.2.1 Klassifikation von Beziehungen zwischen Mitpatienten.....	12
2.2.2 Entstehungsbedingungen von Patientenbeziehungen.....	15
2.2.3 Wirkfaktoren der Beziehungen zwischen Patienten.....	17
2.2.4 Nebenwirkungen von Beziehungen zwischen Mitpatienten.....	19
2.2.5 Diagnostische Erfassung von Beziehungen zwischen Patienten.....	22
2.2.6 Zusammenfassung.....	23
2.3 Soziale Unterstützung.....	24
2.3.1 Konzeptualisierung und Fakten sozialer Unterstützung.....	24
2.3.2 Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit.....	29
2.3.3 Diagnostische Erfassung sozialer Unterstützung.....	33
2.3.4 Zusammenfassung.....	34
2.4 Schlussfolgerungen – Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation.....	35

3	Ziele und Forschungsfragen	37
3.1	Ziele der Dissertation.....	37
3.2	Fragestellungen und Hypothesen.....	37
4	Material und Methoden	44
4.1	Studiendesign.....	44
4.2	Erhebungsinstrumente	46
4.2.1	Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo).....	46
4.2.2	Symptom-Checkliste (SCL-90-R).....	48
4.2.3	Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen (FEPB).....	49
4.2.4	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU).....	53
4.2.5	Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten (F-SozU-P).....	55
4.2.6	Stationserfahrungsbogen (SEB).....	55
4.2.7	Milieu-Fragebogen	57
4.3	Stichprobe	57
4.3.1	Rekrutierung und Beschreibung der Studienteilnehmer.....	58
4.3.2	Vergleich der Teilnehmer und Nichtteilnehmer – Dropout-Analyse.....	59
4.4	Datenauswertung	63
4.4.1	Vorgehensweise bei Hypothesenprüfung.....	63
4.4.2	Psychometrische Überprüfung.....	65
5	Ergebnisse	66
5.1	Veränderungen der Symptomatik im Behandlungsverlauf.....	66
5.2	Kennwerte der adaptierten Erhebungsinstrumente	69
5.3	Beziehungen zwischen Mitpatienten.....	74
5.4	Soziale Unterstützung in psychosomatischer Rehabilitation.....	80
5.5	Stationsatmosphäre in psychosomatischer Rehabilitation	89
5.6	Zusammenhänge zwischen Beziehungen, sozialer Unterstützung, Stationsatmosphäre und Therapieergebnis.....	95
5.7	Zusammenfassung der Ergebnisse	98

6	Diskussion	101
6.1	Diskussion der Ergebnisse	101
6.1.1	Bewertung der adaptierten Fragebögen.....	102
6.1.2	Beziehungen zwischen Mitpatienten.....	104
6.1.3	Soziale Unterstützung zwischen Mitpatienten	107
6.1.4	Stationsatmosphäre und Klinikmilieu	113
6.1.5	Fazit: Zusammenhänge zwischen Beziehungen, sozialer Unterstützung, Stationsatmosphäre und Therapieergebnis.....	117
6.2	Limitationen	120
6.3	Ausblick und Implikationen für die Praxis	125
7	Zusammenfassung	127
8	Literaturverzeichnis	131
9	Anhang	149

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ANOVA	Analysis of variance (Varianzanalyse)
AU	Arbeitsunfähigkeit
Bel	soziale Belastung
BEZ	Beziehung zum Einzeltherapeuten
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
BSSS	Berliner Social Support Skalen
df	degrees of freedom (Freiheitsgrade)
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
EB	Emotionale Belastung
EU	Emotionale Unterstützung
FEPB	Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen
F-SozU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
F-SozU-P	Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten
Ges	Gesamtscore/Gesamtwert
GKE	Generalisierte Kompetenzerwartung/Selbstwirksamkeit
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Classification of Diseases
INT	Angemessenheit der Behandlungsintensität
KLI	Gruppenklima
KM	Klinikmilieu
KUS	Klinik-Umwelt-Skalen
M	Mittelwert
MuSK	Multidimensionaler Sozialkontakt-Kreis
PAF	Patientenabschlussbefragung
PB	Praktische Belastung
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total

Psy-BaDo	Psychotherapie-Basisdokumentation
PU	Praktische Unterstützung
REG	therapeutische Rahmenbedingungen/Stationsregeln
Rez	Reziprozität sozialer Unterstützung
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-Revision
SBB	Stationsbeurteilungsbogen
SEB	Stationserfahrungsbogen
SD	Standardabweichung
SGB IX	Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch
SI	Soziale Integration
SONET	Interview zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung
TAF	Therapeutenabschlussbefragung
TEAM	Beziehung zum Team
Vert	Verfügbarkeit einer Vertrauensperson
WAS	Ward Atmosphere Scale
WasU	wahrgenommene soziale Unterstützung
Zuf	Zufriedenheit mit Unterstützung
ZUW	Zuwendung durch Mitpatienten

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wirkfaktoren in der Gruppentherapie und im therapeutischen Milieu	18
Tabelle 2: Unerwünschte Wirkungen von Beziehungen zwischen Patienten	22
Tabelle 3: Die Skalen der Symptom-Checkliste	49
Tabelle 4: Die Skalen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung.....	54
Tabelle 5: Die Skalen des Stationserfahrungsbogens	56
Tabelle 6: Soziodemographische, krankheits- und behandlungsbezogene Charakteristika von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern.....	61
Tabelle 7: Symptom-Checkliste bei Aufnahme und Entlassung ($N = 227$)	67
Tabelle 8: Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Aufnahme und Entlassung ($N = 233$)	68
Tabelle 9: Skalenkennwerte: Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten...	71
Tabelle 10: Charakteristika von Beziehungen zu bedeutsamen Mitpatienten	75
Tabelle 11: Vorhersage des Therapieergebnisses (Global Severity Index) durch emotionale und praktische Unterstützung sowie Belastung im therapeutischen Milieu ($N = 224$).....	80
Tabelle 12: Emotionale und praktische Unterstützung durch Mitpatienten – Einschätzung der Patienten während und nach der Rehabilitation	83
Tabelle 13: Geschlechterunterschiede bezüglich wahrgenommener sozialer Unterstützung	85
Tabelle 14: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Entlassung durch wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung aus dem therapeutischen Milieu und dem häuslichen Netzwerk ($N = 227$)	88
Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen zur Stationsatmosphäre und Klinikmilieu-Skala ($N = 233$).....	90
Tabelle 16: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Entlassung mit den Skalen des Stationserfahrungsbogens und der Klinikmilieu-Skala ($N = 226$).....	92
Tabelle 17: Korrelationen zwischen Stationsatmosphäre und wahrgenommener sozialer Unterstützung und Belastung durch Mitpatienten ($N = 233$)	93
Tabelle 18: Vorhersage der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Faktoren der Stationsatmosphäre ($N = 232$)	94
Tabelle 19: Vorhersage der sozialen Belastung durch Faktoren der Stationsatmosphäre ($N = 232$).....	95

Tabelle 20: Prädiktoren zur Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Entlassung – Hauptergebnis ($N = 225$)	97
Tabelle 21: Veränderungen der Symptomschwere zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung und Katamnese) ($N = 161$)	164
Tabelle 22: Korrelationen zwischen dem Therapieergebnis (Selbst- und Fremdrating) und assoziierten Faktoren ($N = 233$)	166
Tabelle 23: Vorhersage des Therapieergebnisses (Expertenurteil) bei Entlassung durch wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung ($N = 233$)	167
Tabelle 24: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Katamnese durch wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung ($N = 163$)	167
Tabelle 25: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Katamnese durch Skalen des Stationserfahrungsbogens und der Klinikmilieu-Skala ($N = 162$)	168
Tabelle 26: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Katamnese durch alle Prädiktoren ($N = 161$)	169
Tabelle 27: Konstruktvalidität: Skalenkorrelationen des Fragebogens zur Erfassung von Patienten-Beziehungen und des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten ($N = 232$)	170
Tabelle 28: Skaleninterkorrelationen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten ($N = 233$)	171
Tabelle 29: Konstruktvalidität: Skalenkorrelationen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung und des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten ($N = 233$)	172
Tabelle 30: Konstruktvalidität: Skalenkorrelationen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten und der Symptom-Checkliste ($N = 227$)	173

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Forschungsmodell	43
Abbildung 2: Forschungsdesign	45
Abbildung 3: Gründe von Patienten für die Ablehnung der Teilnahme an der Studie	59
Abbildung 4: Globalurteile von Patienten und Therapeuten zum Abschluss der Reha	68
Abbildung 5: Arten von Beziehungen zwischen Patienten.....	76
Abbildung 6: Einfluss der Kontakte zu Mitpatienten auf das Behandlungsergebnis	78
Abbildung 7: Globalurteile von Patienten zur Katamnese ($N = 166$)	165

1 Einleitung

„Persönliche Beziehungen können verschiedenste Formen annehmen und sie können fördernde und einschränkende, schützende und schädigende, hilfreiche und belastende Wirkungen haben“ (Lenz & Nestmann, 2009, S. 9). Beziehungen und soziale Unterstützung sind nicht nur Aspekte sozialer Netzwerke¹, sondern auch von entscheidender Bedeutung im therapeutischen Milieu.

Im klinischen Alltag der psychosomatischen Rehabilitation ist eine starke Relevanz der Beziehungen zwischen den Patienten² zu beobachten. Aus Patientenrückmeldungen zum therapeutischen Aufenthalt geht hervor, dass die Patientenkontakte untereinander meist als besonders hilfreich empfunden werden. Patienten lernen sich bei Ankunft, Klinik- bzw. Stationsführungen, Einführungen zu Therapieprogrammen, psychoedukativen Patientenvorträgen und gruppentherapeutischen Anwendungen kennen und begegnen sich in Aufenthalts- und Gruppenräumen. Darüber hinaus sind Patienten außerhalb des Behandlungsprogramms zusammen in der Freizeit aktiv und begleiten sich bei verschiedensten Unternehmungen. Sie hören einander zu, fühlen sich verstanden, vermitteln Gefühle von Zusammengehörigkeit und Vertrauen, können aber auch Quelle für Belastungen sein.

„Der ‚Mitpatient als unreflektierter Kotherapeut‘ kann in seiner Bedeutung kaum hoch genug eingeschätzt werden, sei es als ‚einfühlsamer Unterstützer‘ oder als ‚Störfaktor‘ der Therapie“ (Schmelting-Kludas & Wilke, 2007, S. 703). Die Wichtigkeit der therapeutischen Funktion unterstreicht auch Bernhard (1988), indem er einschätzt, dass der Mitpatient „zum kritischen bis schonungslos offenen Mittherapeuten“ (S. 78) wird. Patientenkontakte sind im Hinblick auf soziale Unterstützung und Stationsklima einerseits förderlich, andererseits können sie aufgrund konfliktreicher Beziehungen ein schädliches Ausmaß annehmen und beispielsweise zu Verzögerung therapeutischer Prozesse führen. Die Zusammenhänge von funktionalen und dysfunktionalen Beziehungen zwischen psychosomatischen Patienten sowie deren wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung durch Mitpatienten mit

¹ Soziale Netzwerke sind Gebilde aus Knoten bzw. soziale Einheiten (Personen, Gruppen) und deren Verbindungen bzw. soziale Beziehungen (Röhrle, 1994).

² Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text das generische Maskulinum verwendet.

dem Rehabilitationsergebnis (Schwere der Symptomatik aus Patienten- und Therapeutesicht) unter Berücksichtigung der Stationsatmosphäre sind bisher nicht untersucht worden. Zudem ist nicht erfasst worden, welche Qualität die Beziehungen zwischen Mitpatienten annehmen, wie sich Patienten von ihren Mitpatienten unterstützt bzw. belastet fühlen und ob die Kontakte nach der Entlassung andauern. Daher ergaben sich die Notwendigkeit und damit das Ziel dieser Dissertation, die Beziehungen zwischen Patienten zu erfassen und sie hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit dem Therapieergebnis zu untersuchen. Anlehnend an die Social-Support-Forschung war zu prüfen, inwieweit Patienten während ihres rehabilitativen Aufenthaltes Mitpatienten als soziale Ressource und/oder als Belastung wahrnehmen.

Der Zielstellung folgend wurden Patienten der Abteilung für Psychosomatik und Verhaltenstherapie der Rehabilitationsklinik Seehof (Deutsche Rentenversicherung Bund, DRV Bund), Teltow/Berlin mittels eines psychologischen Erhebungsinstrumentariums während ihres rehabilitativen Aufenthaltes untersucht sowie ca. 9 Monate nach Entlassung nochmals befragt. Die Studie wurde von der DRV Bund genehmigt (Aktenzeichen: 8021 – 12 – 8920, Projektnummer: 2011-27). Die Dissertation ist im Rahmen der Psychotherapie- und Grundlagenforschung einzuordnen. Sie liefert Ergebnisse zur bislang nicht hinreichend untersuchten Thematik, zeigt neue Forschungsfragen auf und leistet einen Beitrag zu praktischen Vorgehensweisen im klinischen Alltag.

Im Sinne einer theoriegeleiteten Einordnung der Fragestellungen in einen psychologischen Themenkomplex wird im 2. Kapitel ein Überblick über soziale Beziehungen im sozialen Netzwerk und im therapeutischen Milieu gegeben. Das 3. Kapitel stellt die sich aus der Thematik ergebenden Fragestellungen und abgeleiteten Hypothesen für die Arbeit vor. Im Methodenteil (Kapitel 4) erfolgen die Darstellung von Forschungsdesign, Erhebungsinstrumentarium und Stichprobenszusammensetzung sowie die Erläuterung der Datenauswertung. Diese Ergebnisse werden nach ihrer Präsentation (Kapitel 5) in den wissenschaftlichen Forschungsstand eingeordnet und unter Berücksichtigung von Limitationen diskutiert (Kapitel 6). Abschließend wird ein Ausblick mit Implikationen für die Praxis gegeben.

2 Stand der Forschung

Bevor empirische Befunde zu Beziehungen zwischen Mitpatienten (Kapitel 2.2) und Fakten zur sozialen Unterstützung (Kapitel 2.3) dargestellt werden, ist zunächst auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation und damit auf das therapeutische Milieu (Kapitel 2.1) einzugehen.

2.1 Stationäre psychosomatische Rehabilitation

Die **psychosomatische Rehabilitation** nimmt im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts mit psychotherapeutischen Maßnahmen einen besonderen Stellenwert in der medizinischen Rehabilitation ein (Lange & Petermann, 2010). Im Folgenden werden überblicksartig dessen Konzept (Kapitel 2.1.1), deren Wirksamkeit im Allgemeinen (Kapitel 2.1.2) und milieutherapeutische Effekte im Speziellen (Kapitel 2.1.3) erörtert und zudem abschließend Erhebungsinstrumente (Kapitel 2.1.4) vorgestellt.

2.1.1 Psychosomatische Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems

Im Gesundheitssystem Deutschlands etablierte sich die stationäre psychosomatische Rehabilitation (Paar & Kriebel, 1998, vgl. Zielke, 1993). Patienten gelten gemäß Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX), § 2 als behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“, bzw. sie „sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“. Dann steht ihnen eine **Leistung zur medizinischen Rehabilitation** zu (§ 5 SGB IX). Aufgaben sind nach § 26 SGB IX, „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten“. Im SGB IX wird im § 26 Psychotherapie ausdrücklich als Leistung zur medizinischen Rehabilitation aufgeführt.

Als psychotherapeutische **Behandlungsziele** der medizinischen Rehabilitation lassen sich Diagnostik, psychotherapeutische Intensivtherapie, Krankheitsbewältigung, Salutotherapie und sozialmedizinische Begutachtung bzw. Behandlung spezifizieren. Somit gehört die sozialmedizinische Begutachtung ebenso zu den Aufgaben der sogenannten „Rehabilitationspsychotherapie“ (Linden, 2009, 2010).

Die therapeutisch begründete Milieuthherapie ist neben therapeutischen, diagnostischen und sozialmedizinischen Aspekten sowie Rahmenbedingungen eine **Indikation** für die Einleitung einer stationären Behandlung und insbesondere stationären Rehabilitationsmaßnahme (Linden, 2006). Indiziert ist eine stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit drohender Erwerbsunfähigkeit (Lange & Petermann, 2010). Mit der Überschrift „Einfach aus allem rauskommen“ fasst Schwantes (2011, S. 115) eine häufige Einweisungsindikation zusammen.

In der psychosomatischen Rehabilitation werden vielfältige therapeutische Maßnahmen angeboten. Dazu zählen verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Gruppen- und Einzelpsychotherapien, Ergo- und Bewegungstherapien, Entspannungsverfahren (z. B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung), Physiotherapie, Psychoedukationen, Beratungen zu psychosozialen Fragen etc. (Lange & Petermann, 2010). Dieses **multimodale Behandlungsprogramm** ist in der Abteilung für Psychosomatik und Verhaltenstherapie im Reha-Zentrum Seehof essentieller Bestandteil und bildet damit die Voraussetzung für Kontakte zwischen Mitpatienten.

2.1.2 Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation

Die stationäre Psychotherapie als eigenständiges Konzept ist hinsichtlich der Effektivität wissenschaftlich umfangreich belegt (Zielke, 1993, vgl. Petermann & Koch, 2009). Die kurz- und langfristige **Wirksamkeit** gilt sowohl für verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologisch ausgerichtete Behandlungsverfahren in der Rehabilitation als gesichert (Haaf, 2005, Lange & Petermann, 2010). Eine Meta-Analyse aller Studien aus den Jahren 1980 bis 2004 zeigte eine kurz- und langfristige Besserung des körperlichen und psychosozialen Befindens der stationären psychosomatischen Rehabilitation (Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007). Die Katamnesemessung nach

durchschnittlich einem Jahr mit 46 Studien ergab eine mittlere Effektstärke ($d = 0.41$). In der prospektiven Studie von Mösko, Schneider, Koch und Schulz (2008) wurde beispielsweise eine Verbesserung der psychopathologischen Symptome – gemessen mit der *Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke, 2002)* – in psychosomatischer Rehabilitation belegt. Ebenso wiesen Hoffmann und Ruf-Ballauf (2007) eine deutliche Verbesserung der körperlichen und seelischen Befindlichkeit bei Patienten mit somatoformen Störungen und langer Arbeitsunfähigkeitszeit nach, ebenso nach 6-monatiger Katamnese.

Studien zeigten jedoch auch, dass nicht alle Patienten gleichermaßen von einer psychosomatischen Rehabilitation profitieren, z. B. ist der Behandlungserfolg bei Patienten mit Migrationshintergrund geringer (Göbber, Pfeiffer, Winkler, Kobelt & Petermann, 2010, Mösko et al., 2008). Lange und Petermann (2010) erörterten verschiedene **Prädiktoren des Behandlungsverlaufs**, z. B. Stigmatisierungsängste, Angst vor einem längeren Aufenthalt und Befürwortung eines rein organmedizinischen Behandlungskonzepts. Motivation ist z. B. ein belegter Faktor für einen positiven Behandlungsverlauf (Steffanowski et al., 2007). Eine intensive Beschäftigung mit der Erkrankung wirkte sich ungünstig auf die Behandlung aus und ging mit einer geringen Therapiemotivation einher (Lange, Karpinski, Best & Petermann, 2010). Den psychosomatischen Rehabilitationsverlauf ungünstig beeinflussende Faktoren waren weiterhin viele Krankheitstage vor der Behandlung, „skeptische Einstellung“, Rentenbegehren, Schwerbehinderung, hohe körperliche Beeinträchtigung und geringe schulische Bildung (Lange, Franke & Petermann, 2012, Oster, Müller & von Wietersheim, 2009). Auf Grundlage dieser Befunde diskutierten verschiedene Autorengruppen entsprechende Maßnahmen zur Vor- und Nachbereitung der psychosomatischen Rehabilitationen (Klose, Matteucci-Gothe & Linden, 2006, Kobolt, Winkler & Petermann, 2011, vgl. Lange & Petermann, 2010).

Fazit: Das stationäre Rehabilitationsergebnis ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Mitpatienten als mögliche „Prädiktoren“ für den psychosomatischen Rehabilitationsverlauf waren in den oben aufgeführten Studien nicht Untersuchungsgegenstand. Inwieweit Mitpatienten als Teil des Behandlungskonzepts das stationäre Behandlungsergebnis mit beeinflussen, wird im nächsten Abschnitt (vgl. Kapitel 2.2.3, 2.2.4) dargestellt.

2.1.3 Milieutherapeutische Aspekte – Stationsatmosphäre

Begrifflichkeiten wie **Milieutherapie** und Milieugestaltung sind im Bereich der stationären psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung zum einen grundlegend, zum anderen aber auch facettenreich, wobei mit letzterem die unscharfe definitorische Abgrenzung kritisiert wird (Deister, 2003). Je nach Einrichtung (z. B. Akut- versus Rehabilitationsklinik) und Therapieziel kann sich die Funktionalität des Milieus entfalten (vgl. Linden, Baudisch, Popien & Golombek, 2006; für eine Unterscheidung von Milieutypen siehe Heim, 1985). Die Milieutherapie fungiert als therapeutischer Faktor, indem sie Einfluss auf die Atmosphäre hat und so Heilungsvorgänge fördert (Deister, 2003). Baudisch und Linden (2007) verstehen unter der Milieutherapie ein „eigenständiges therapeutisches Instrument“ (S. 33). Das milieutheraeutische Setting besteht demnach nicht nur aus einer reinen Addition einzelner Therapiemaßnahmen, sondern ermöglicht und fördert therapeutische Entwicklungen (Geiselman & Linden, 2001). Sie ist durch Distanzierung von häuslichen Belastungen und Problemen, Raum für Intensivtherapie, Beobachtung, Entlastung, Anforderung, Tagesstruktur, Schutz sowie Einbindung in eine soziale Gruppe mit sozialer Stimulierung sowie Feld für Kontakte und Erprobung, Motivationshilfe, Modelllernen und Selbsthilfeförderung charakterisiert (Linden, 2006, Baudisch & Linden, 2011, vgl. Heim, 1985). Studt (2001, 2003) sieht im stationären Psychotherapieaufenthalt sogar ein sogenanntes „Schonklima“.

„Wissenschaftliche Untersuchungen und Konzeptbildungen zum therapeutischen Milieu haben eine lange Tradition“ (Kastner & Linden, 2011, S. 16), sodass Klinikumwelten optimal zu gestalten sind (vgl. Baudisch & Linden, 2011). Als Aspekte zur **Milieugestaltung** werden neben räumlich-architektonisch-physikalischen Gegebenheiten die subjektiven Wahrnehmungen und Einschätzungen von Personal und Patienten – hier zusammengefasst als psychologisches Milieu – angesehen (Moos, 1974, vgl. Linden et al., 2006, Baudisch & Linden, 2007, 2011). Definitorisch sind die beiden voneinander abzugrenzen:

Das **ökologisch-therapeutische Milieu** bzw. die „architektonische Gestaltung einer Klinik hat auch unmittelbar Auswirkungen auf die Regulierung sozialer Kontakte. Sie kann soziale Kontakte auch außerhalb therapeutischer Interaktionen ermöglichen, fördern, aber auch einschränken“ (Baudisch & Linden, 2011, S. 9). Das ökologisch-therapeutische Milieu in der Klinik lässt sich durch physikalische Umweltfaktoren (z. B. Klima, Lärm), architektonische

Gegebenheiten (z. B. Rückzugsmöglichkeiten, Platzangebot, Kommunikationswege, Kontaktmöglichkeiten, Platzangebot), städtebauliche Aspekte (z. B. Lage, Verkehrsanbindung, Nachbarschaft) und medizinische Parameter (z. B. Infektionsgefahren, Allergenbelastung) charakterisieren. Die Klinikumwelt ermöglicht für die Patienten eine Befriedigung grundlegender Bedürfnisse wie Privatheit (z. B. geschützte persönliche Sphäre), Aneignung (z. B. Selbstwirksamkeit), Sozialkontakt/Begegnung (z. B. Gruppenzugehörigkeit) und Kontinuität/Selbstverwirklichung (z. B. Lebensstil) (Baudisch & Linden, 2007, 2011). Das Milieu einer Klinik dient der Entwicklung bzw. dem Wiedererwerb von Alltagskompetenzen (Geiselman & Linden, 2001, vgl. Linden et al., 2006). Ausstattungsstandards und Raumkonzepte sind neben üblichen Behandlungsstandards einer Klinik so zu gestalten, dass sie sich förderlich auf das Verhalten von Patienten auswirken und ihre Genesung beeinflussen (Wrobel, 2011). Ein Vergleich von Wohn- zu Klinikmilieu mit dem *Milieu-Fragebogen* ergab, dass psychosomatische Rehabilitanden das Klinikmilieu hinsichtlich Konfliktfreiheit im Zusammenleben und Möglichkeit zur Ruhe ohne Störung sowie in Bezug auf das Platzangebot und baulichem Zustand positiver einschätzten als das häusliche Milieu (Linden et al., 2006). Ergebnis dieser Untersuchung war weiterhin, dass die Patienten das Klinikmilieu der psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung grundsätzlich als gut bewerteten. Inwieweit es einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des Klinikmilieus und dem Behandlungserfolg gibt, ist dieser Studie nicht zu entnehmen.

In Abgrenzung zum ökologisch-therapeutischen Milieu lässt sich das **psychologisch-therapeutische Milieu** bezüglich folgender Strukturmerkmale differenzieren: Art und Anzahl der Patienten, Krankheitsspektrum, Personalstruktur und -dichte, Interaktionsregeln, Hierarchiestrukturen, Therapie- und Tagespläne (Baudisch & Linden, 2007, 2011). Charakteristika sind Entlastungs- und Schutzraum, Kontaktfeld, Motivationshilfe, Modelllernen, Selbsthilfeförderung, Tagesstruktur, Anforderungsumfeld, Erprobungsfeld, Raum für Intensivtherapie und Beobachtung. Zur Vertiefung der Bedeutung und Funktionen des therapeutischen Milieus im Hinblick auf verschiedene Settings (stationär vs. teilstationär) wird insbesondere auf Baudisch und Linden (2007, 2011), Geiselman, Baudisch und Linden (2011) und Geiselman und Linden (2001) verwiesen.

Zwischenresümierend ist festzuhalten, dass das Milieu bzw. die Umgebung, die die Patienten während ihres stationären Klinikaufenthaltes erfahren, nicht nur eine Rahmenbedingung für Therapie, sondern offenbar einen wesentlichen Faktor für das Behandlungsergebnis darstellt. Die folgenden Studienbefunde untermauern diese bisherigen Ausführungen.

Die **Wahrnehmung der Stationsatmosphäre** wird durch verschiedene Faktoren (z. B. Setting, Charakteristika der Patienten) beeinflusst. Sammet und Schauenburg (1999) entwickelten für die stationäre Psychotherapie mit dem *Stationserfahrungsbogen (SEB)* ein Wirkfaktorenkonzept, das sich auf das Behandlungserleben der Patienten bezieht. Die Autoren legten bereits in varianzanalytischer Prüfung bedeutsame Differenzen zwischen verschiedenen Behandlungseinrichtungen dar. Patienten einer allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik nahmen auf allen Skalen des *SEB* im Vergleich zur Normstichprobe eine positivere Bewertung vor (Gutknecht, 2005). Der Vergleich einer Station mit einer Tagesklinik (beide psychodynamisch ausgerichtet) mit dem *SEB* ergab, dass die Patienten die tagesklinische Atmosphäre bis auf die Skala *Beziehung zum Einzeltherapeuten (BEZ)* besser einschätzten (Baumeister, 2007). Eine weitere Untersuchung ergab, dass Patienten das *Klima zwischen den Mitpatienten (KLI)* (Skala des *SEB*) nach einer Umstrukturierung eines psychiatrischen Krankenhauses vorteilhafter bewerteten (Uhlmann & Steinert, 2008). Zudem wurde eine diagnostisch gemischte sogenannte Satellitenstation auf neun von zehn Skalen im *Stationsbeurteilungsbogen (SBB; Engel, Knab & Doblhoff-Thun, 1983)* besser hinsichtlich der Stationsatmosphäre beurteilt als Spezialstationen für alkoholranke, schizophrene und depressive Patienten (Gebhardt & Radtke, 2003). Befragungen des Personals gerontopsychiatrischer Stationen ergaben, dass die geschlossene Station im Vergleich zur offenen Station auf *SBB*-Skalen wie *soziale Beziehungen* (z. B. „Anteilnahme“, „Unterstützung“) als geringer, *Ärger und Aggressionen* sowie *Ordnung und Organisation* als höher bzw. relevanter eingeschätzt wurden (Bergener & Braun, 1983). Unterschiede in der Bewertung der Stationsatmosphäre lassen sich nicht nur zwischen verschiedenen Settings, sondern auch zwischen Patienten und Personal finden, wobei diesbezügliche Studienbefunde nicht konsistent sind (Hawthorne, Green, Folsom & Lohr, 2009, Jansson & Eklund, 2002, Røssberg & Friis, 2004, Schjødt, Middelboe, Mortensen & Gjerris, 2003). Zwischen dem wahrgenommenen Milieu und den Charakteristika der Patienten (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungslevel, Persönlichkeitsstörung, Funktionsniveau etc.) ließen sich einerseits keine Zusammenhänge finden (Gutknecht, 2005, Jansson & Eklund, 2002,

Middelboe, Schjødt, Byrting & Gjerris, 2001, Pedersen & Karterud, 2007), andererseits erwiesen sich mittleres Alter und Gesamtanzahl der Patienten sowie prozentualer Anteil an psychotischen Patienten die Stationsatmosphäre als beeinflussend (Friis, 1986a). Zudem schätzten Frauen die Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten positiver als Männer im *SEB* ein und erlebten die Stationsregeln weniger restriktiv (Sammet & Schauenburg, 1999).

In Bezug auf den **Zusammenhang zwischen der Stationsatmosphäre und dem Therapieerfolg** ist die Befundlage aufgrund verschiedener Patientengruppen und Outcome-Kriterien nicht konsistent. Die meisten Studien basieren auf den von Moos (1974) rational konzipierten drei Klima-Dimensionen (*soziale Beziehung, Behandlungskonzept, Systemerhaltung und Systemveränderung*). In mehreren Studien konnten Zusammenhänge zwischen diesen Dimensionen und dem Therapieergebnis nachgewiesen werden (Eklund & Hansson, 1997, 2001, Friis, 1986b). Beispielsweise fanden Eklund und Hansson (1997) in einer psychiatrischen Tagesklinik positive Zusammenhänge zwischen der Stationsatmosphäre und dem Behandlungserfolg, wobei als Outcome-Kriterien u. a. die psychische Verfassung (operationalisiert mit der *SCL-90-R*) herangezogen wurde. Jedoch ergab die Studie von Pedersen und Karterud (2007) keinen Zusammenhang zwischen der Milieuwahrnehmung und ausgewählten Outcome-Variablen (z. B. Skalen der *SCL-90-R*). Ebenso blieb in einer anderen Vergleichsstudie von drei Allgemeinpsychiatrien offen, inwiefern es einen Zusammenhang zwischen der Stationsatmosphäre und dem Behandlungserfolg (Symptomreduktion) gibt (Jørgensen, Rømme & Rundmo, 2009). Die Stationsatmosphäre schien aber im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit zu stehen (Middelboe et al., 2001). Untersuchungen mit dem *SEB* zeigten verschiedene Zusammenhänge zwischen der Stationsatmosphäre und dem Therapieergebnis: Ergebnis von Varianzanalysen war beispielsweise, dass Patienten einer Psychotherapiestation (Diagnosen wie Persönlichkeits- und Belastungsstörungen) mit eher höherem Behandlungserfolg Aspekte des Stationsklimas wie *Selbstwirksamkeit (GKE)*, *KLI* und *Zuwendung durch Mitpatienten (ZUW)* signifikant positiver erlebten als Patienten mit eher geringerem Behandlungserfolg; Letztere fühlten sich eher überlastet (*Intensität des Behandlungsangebots, INT*) und nahmen die *Stationsregeln (REG)* als einengend wahr (Flügel, 2006). Die zwei Gruppen (Patienten mit niedrigem versus höheren Behandlungserfolg) unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der *BEZ* und der *Beziehung zum therapeutischen Team (TEAM)* (Flügel, 2006). Sowohl für eine

Psychotherapiestation als auch für eine Tagesklinik zeigten sich negative Korrelationen zwischen dem *Global Severity Index (GSI der SCL-90-R)* und *SEB*-Skalen wie *GKE* und *TEAM* bei Therapieende (Baumeister, 2007). Die Symptombelastung – *GSI* – bei Behandlungsende ließ sich regressionsanalytisch durch Faktoren wie *GKE*, *BEZ*, *TEAM* und *REG* vorhersagen; insgesamt gab es eine Varianzaufklärung von 57% (Baumeister, 2007). Bei Vorhersage der Symptomreduktion (*GSI*-Differenz) erwies sich in der gleichen Studie die *REG* mit 11% Varianzaufklärung als prädiktiv. Sammet, Staats und Schauenburg (2004) erzielten einen korrelativen Zusammenhang zwischen subjektiver Wahrnehmung des Stationsgruppenklimas (gemessen mit *SEB*) einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Station und Therapieerfolg im Sinne einer Symptomverbesserung (*GSI*). Während Skalen wie *BEZ* und *KLI* moderate Indikatoren für den Behandlungserfolg waren, konnte für Skalen wie *ZUW* und *TEAM* keine korrelative Beziehung mit dem Therapieerfolg nachgewiesen werden. Patienten mit negativem Therapieergebnis nahmen das Gruppenklima signifikant ungünstiger wahr als Patienten mit verbesserter und unveränderter Symptomatik. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Haupt- oder Nebendiagnose) in einer Allgemeinpsychiatrie ging eine Steigerung der *GKE* mit einer sinkenden Intensität der psychischen Symptomatik einher (Uhlmann & Steinert, 2008). Auch in der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ließen sich regressionsanalytische Zusammenhänge zwischen den Skalen des *SEB* und der *GSI*-Differenz aufdecken. Insgesamt erklärte der *SEB* 23% der Varianz in der abhängigen Variable Behandlungserfolg (*GSI*-Differenz), wobei lediglich die Skala *KLI* Signifikanz erreichte (Cropp, Streeck-Fischer, Jaeger, Masuhr, Schröder & Leichsenring, 2008). Inwieweit sich die Stationsatmosphäre langfristig auf den Behandlungserfolg auswirkt, ist bisher nicht untersucht worden (Jörgensen et al., 2009).

2.1.4 Diagnostische Erfassung des therapeutischen Milieus

An Instrumenten, mit denen das **ökologisch-therapeutische Milieu** erfasst werden kann, sind die *Klinik-Umwelt-Skala (KUS)* (Krampen & von Delius, 1981) und der *Milieu-Fragebogen* (Linden et al., 2006) zu nennen. Die *KUS* erlaubt eine Abbildung technisch-medizinischer Orientierung und Wahrnehmung räumlicher Bedingungen (vgl. Baudisch & Linden, 2011). Der kurz konzipierte *Milieu-Fragebogen* ist genau auf die Beurteilung des ökologischen Milieus spezialisiert und erlaubt Informationen zur physisch-materiellen Umwelt (z. B. Lage,

Lärm, Sauberkeit) und zu Wohnbedürfnisse (z. B. Privatheit) zu erheben, weshalb dieser in der Studie u. a. verwendet wurde (siehe Kapitel 4.2.7).

Zur Erhebung des therapeutischen Milieus bzw. der **Stationsatmosphäre** liegt bereits eine Vielzahl Instrumente vor. Sämtliche milieutheraeutische Charakteristika sind mit der *Ward Atmosphere Scale (WAS; Moos, 1996)* und ihrer deutschsprachigen Adaptation – der *Stationsbeurteilungsbogen (SBB; Engel et al., 1983)* – zu erheben. Beide erfassen mit zehn Skalen (*Anteilnahme, Unterstützung, Spontaneität, Autonomie, Praxisorientiertheit, persönliche Problemorientierung, Ärger und Aggression, Ordnung und Organisation, Klarheit des Behandlungsprogramms, Kontrolle durch das Personal*) à zehn Fragen das soziale Klima in Kliniken für Patienten mit psychischen Störungen. Røssberg und Friis (2003) kritisierten an der *WAS* jedoch die unzureichend klare Zuordnung der Items zu den Skalen. Die Items beschreiben eher unspezifische Milieuaspekte und sind nicht faktorenanalytisch entwickelt worden. Zudem ist denkbar, dass 100 durch Patienten zu beantwortende Items mit einer höheren Drop-out-Rate einhergehen. Ein weiteres Selbsteinschätzungsverfahren – der *Stationserfahrungsbogen (SEB; Sammet & Schauenburg, 1999)* – basiert hingegen auf einer faktorenanalytischen Entwicklung, und erfasst neben der Prozessdiagnostik unterschiedliche Aspekte des Erlebens der stationären Psychotherapie anhand 38 Items auf verschiedenen Ebenen. Dieses Verfahren kam daher in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz (siehe Kapitel 4.2.6).

2.1.5 Zusammenfassung

Das therapeutische Milieu als therapeutisches Instrument ist in seiner Bedeutung schon jahrzehntelang bekannt. Es ermöglicht und fördert therapeutische Entwicklungen und ist sowohl hinsichtlich seiner ökologischen als auch psychologischen Perspektive empirisch untermauert. Klinikumwelten wirken sich unterschiedlich auf das Verhalten von Patienten und somit auf Therapieerfolg und Patientenzufriedenheit aus. Die Stationsatmosphäre wird je nach settingspezifischer Gestaltung von Patienten und Personal verschieden wahrgenommen und steht im Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Das therapeutische Milieu stellt als stationärer Behandlungsrahmen eine wesentliche Voraussetzung für Beziehungen zwischen Patienten dar.

Da der Fokus dieser Arbeit insbesondere auf den Beziehungen und Unterstützungen zwischen den Mitpatienten liegt, die innerhalb des therapeutischen Milieus stattfinden, sind Faktoren wie Stationsatmosphäre und Klinikmilieu zu berücksichtigen. Vorherige Studien untersuchten nicht explizit den Faktor Mitpatienten in psychosomatischer Rehabilitation, sodass von Interesse war, wie psychosomatische Rehabilitanden das therapeutische Milieu bzw. das Stationsklima wahrnehmen. Gleichzeitig sollen die inkonsistenten Befunde hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede untersucht werden. Zudem war der Zusammenhang zwischen der Stationsatmosphäre und des Klinikmilieus mit dem Behandlungsergebnis zu prüfen.

2.2 Beziehungen zwischen Patienten im therapeutischen Milieu

Patienten sind wesentlicher Teil des therapeutischen Milieus. In der temporären Lebensgemeinschaft nehmen sie persönliche Beziehungen zueinander auf, wobei diese sowohl ein förderndes als auch hinderliches Ausmaß im Hinblick auf das Therapieergebnis aufweisen können. Wie Beziehungen zwischen Patienten zu charakterisieren sind, einschließlich Beziehungsarten, Entstehungsbedingungen, Wirkfaktoren und Nebenwirkungen sowie empirische Erfassungsmöglichkeiten, wird in den Kapiteln 2.2.1 bis 2.2.6 erörtert.

2.2.1 Klassifikation von Beziehungen zwischen Mitpatienten

Patienten stehen während ihres stationären Aufenthalts nicht nur in Kontakt mit ihren behandelnden Ärzten, Therapeuten und dem Pflegepersonal, sondern ebenso mit Mitpatienten. Das Spektrum der Beziehungsintensität zwischen Patienten reicht von weniger intensiven Kontakten (z. B. Bekannte) über Freundschaften bis hin zu Paarbeziehungen und intimen bzw. sexuellen Kontakten (vgl. Kastner & Linden, 2011). Dem Thema dieser Arbeit entsprechend werden in den folgenden Abschnitten diese Beziehungsebenen nach definitorischer Einleitung dargelegt.

Bekanntschaften: Allgemein beinhalten Bekantschaften unterschiedliche Formen von Beziehungen, die nicht zu Verwandten, Freunden und Arbeitskollegen zählen (Melbeck, 1993). Bekannte sind relevant für Informationsvermittlung und Freizeitgestaltung bzw. Durchführung von Aktivitäten, bei denen Partner benötigt werden (Melbeck, 1993). Weniger persönliche und intensive Beziehungen sind demnach auch bei Patienten im therapeutischen Milieu anzunehmen. Wie aus Klinikbeobachtungen hervorgeht, sind diese als Bekantschaften zu charakterisierenden Beziehungen auf einen Gruß bei Begegnung oder gelegentlichen Small-Talk beschränkt (vgl. Kastner & Linden, 2011). Resultierend aus einer Untersuchung zu Erwartungen von Patienten psychiatrischer Stationen ist festzuhalten, dass über die Hälfte (56%) der Patienten Gespräche mit Mitpatienten erwarteten, wobei keine Geschlechterunterschiede zu verzeichnen waren (Fleischmann, 2003).

Freundschaften: Stiehler (2009) definierte eine Freundschaft als „eine auf freiwilliger Gegenseitigkeit basierende, relativ dauerhafte dyadisch-persönliche Beziehung“ (S. 384). Eine Freundschaft ist gekennzeichnet durch emotionale, soziale und geistige Werte und bietet die Möglichkeit, zu kommunizieren sowie Beistand zu erfahren und zu geben; sie schließt Sexualität aus (Auhagen, 1993, Duck, 1983, Lenz, 2009). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen vorrangig, dass sich Freundschaften unter Männern eher auf gemeinsame Aktivitäten beziehen, während Frauen intensiver und vertrauter über persönliche Angelegenheiten sprechen (Auhagen, 1993, Stiehler, 2009). Jedoch lösen sich die Geschlechtsunterschiede in intimeren und anhaltenden Freundschaften auf (Wright, 1982). In einer Studie zur Patientenzufriedenheit im betreutem Wohnen gaben psychiatrische Patienten an, dass das Schließen von Freundschaften neben Gesprächen mit dem Personal und Medikamenten als sehr hilfreich empfunden wurde, wobei sich keine Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, des Bildungsgrades, der Diagnose und Behandlungsdauer feststellen ließen (Biancosino, Barbui, Pera, Osti, Rocchi, Marmai & Grassi, 2004). Die Literaturrecherche ergab keine weiteren aussagekräftigen Befunde zu freundschaftlichen Beziehungen zwischen Mitpatienten in stationärer Behandlung.

Der „**Kurschatten**“: Historisch lässt sich die Auseinandersetzung mit dem „Kurschatten“ seit der Existenz von Kur- und Badeorten verfolgen (Überblick siehe Bleyemehl-Eiler, 2007). Psychodynamisch betrachtet, kann der „Kurschatten“ als eine Projektion des eigenen Abbildes verstanden werden und stellt damit keine echte Beziehung dar (Bernhard &

Lamprecht, 1991). Gleichnamige Autoren diskutierten die sogenannte „Kurschattenproblematik“ in klinischen Erscheinungsformen (Therapieabwehr, Therapiechance und reale Beziehungschance). Während Mentzel (1981) beschrieb, dass Patienten händchenhaltende Mitpatienten eher belächeln würden, wurde in einer Befragung deutlich, dass Patienten „Liebespärcchen auf Station“ eher positiv sahen (Spießl, von Kovatsits, Frick, Cording & Vukovich, 2002, S. 12). Geschätzt wurde der prozentuale Anteil der Patienten, die einen „Kurschatten“ haben, auf 20-50% (Bernhard & Lamprecht, 1991). Eine Quantifizierung der „Kurschattenbeziehung“ wurde bisher jedoch nicht systematisch erhoben. Anzunehmen ist, dass dies zum einen mit der fehlenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung bis psychotherapeutischen Tabuisierung (vgl. Bernhard & Lamprecht, 1991), zum anderen mit der unscharfen begrifflichen Abgrenzung zu anderen Beziehungsformen zusammenhängt und im internationalen Sprachraum keine adäquate Übersetzung dieser Begrifflichkeit vorliegt.

Grundsätzlich sind **partnerschaftliche Beziehungen** durch einen starken Verbindlichkeits-, Exklusivitäts- und dyadischen Charakter gekennzeichnet (Burkart, 2009). Von Relevanz sind zudem ein hoher Grad an Vertrautheit und Intimität. Partnerschaften können gegen- und gleichgeschlechtlich entstehen (Kastner & Linden, 2011). Wie im natürlichen Lebensumfeld beginnen Partnerbeziehungen zwischen Patienten im therapeutischen Milieu mit gegenseitiger Attraktivität, erotischer Anziehung und/oder Verliebtheit. Paarbeziehungen sind besonders bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) während ihrer stationären Behandlung zu beobachten (Dulz, Ramb & Richter-Appelt, 2009). Angaben zur Prävalenz von partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Patienten waren in der Recherche nicht ersichtlich; so zeigen doch Beobachtungen aus dem Klinikalltag, dass diese vorkommen.

Unter **intimen Beziehungen** zwischen Mitpatienten sind neben der „Kurschatten“-Thematik partnerschaftliche und sexuelle Kontakte zu verstehen. Paarbeziehungen können in sexuelle Begegnungen münden (vgl. Kastner & Linden, 2011). Dazu gehört das Austauschen von Zärtlichkeit aller Art, sei es Händchenhalten, Umarmungen, Küsse und Geschlechtsverkehr.

Sexualität als Bestandteil der menschlichen Existenz und des Miteinanders „macht vor Krankenhäusern, auch vor psychiatrischen Einrichtungen nicht Halt“ (Steinberg, Rittner, Dormann & Spengler-Katerndahl, 2012, S. 377). Obwohl aus Personalbeobachtungen und Personalbefragungen immer wieder hervorgeht, dass sexuelle Beziehungen zwischen Patienten zu verzeichnen sind, besteht ein Mangel an empirischer Evidenz. In erwachsenpsychiatrischen Akuteinrichtungen sind 1,5 bis 8% der Patienten während ihrer stationären Behandlung sexuell aktiv (Binder, 1985, Akhtar, Crocker, Dickey, Helfrich & Rheuban, 1977, Ford, Rosenberg, Holsten & Boudreaux, 2003, Keitner, Baldwin & McKendall, 1986, Modestin, 1981, vgl. Kastner & Linden, 2013, Steinberg et al., 2012). In Einrichtungen mit längerer Verweildauer sind Prävalenzraten bis 30% ermittelt worden (Hales, Romilly, Davison & Talor, 2006, Hartocollis 1964, Lyketsos, Sakka & Mailis, 1983, Warner, Pitts, Crawford, Serfaty, Prabhakaran & Amin, 2004). Für psychosomatische Rehabilitationskliniken liegen keine Angaben zur Prävalenz von intimen Beziehungen zwischen Patienten vor. Einen aktuellen systematischen Überblick zur Thematik „intime Beziehungen zwischen Patienten“ inklusive internationaler Befunde und Vorgehensweisen in klinischen Einrichtungen liefern Kastner und Linden (2013).

2.2.2 Entstehungsbedingungen von Patientenbeziehungen

Patienten verlegen für die stationäre Behandlungszeit ihren Lebensmittelpunkt an einen Ort, an dem sie auf vielfache Weise gefördert und gefordert werden. Sie verlassen ihr häusliches Umfeld, soziales Netzwerk und wechseln in das therapeutische Milieu (Linden et al., 2006, vgl. Kapitel 2.1.3). Patienten setzen sich dann nicht nur mit ihren behandelnden Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal auseinander, ebenso mit Mitpatienten, sodass persönliche Beziehungen möglich werden; „neue Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen machen“ (Geiselman & Linden, 2001, S. 434, vgl. Sammet et al., 2004). Während sich die Kontakte in Akutkliniken eher auf Begegnungen in Mehrbettzimmern, Aufenthaltsräumen oder Außenanlagen beschränken, ermöglichen es andere stationäre Klinikeinrichtungen wie z. B. Rehabilitationskliniken aufgrund ihrer milieutherapeutischen Bedingungen wie architektonische Gegebenheiten und multimodales Behandlungsprogramm, dass Patienten Beziehungen zu Mitpatienten gestalten können (vgl. Kastner & Linden, 2011).

Im klinischen Kontext entstehen *freundschaftliche Kontakte* durch das „gemeinsame Patientenschicksal“ (Kastner & Linden, 2011, S. 17). Mentzel (1981) bezeichnete dieses Phänomen als „Isolierungsschock bei der Anreise“ (S. 159), der bewirkt, dass Patienten Kontakte zu Mitpatienten knüpfen. Patienten verbringen mehrere Wochen zusammen Zeit in einer Klinik und haben die Möglichkeit, miteinander zu kommunizieren, Ratschläge zu erteilen, Gefühle von Zusammengehörigkeit und Vertrauen zu vermitteln und sich gegenseitig zu unterstützen. Anfänglich freundschaftliche Kontakte können „auch erotische Spannungen“ (Mentzel, 1981, S. 159) annehmen bzw. in *intime Beziehungen* münden. Persönliche Beziehungen im Rahmen der stationären Behandlung lassen sich hinsichtlich ihrer Qualität klassifizieren (vgl. Abschnitt 2.2.1). Kastner und Linden (2011) nahmen an, dass diese auf die Aufenthaltsdauer beschränkt sind. Nach der Entlassung sind die Patienten wieder mit ihrem bisherigen sozialen Netzwerk und ihren alltäglichen Pflichten und Anforderungen konfrontiert. Inwieweit Patienten auch nach dem stationären Aufenthalt Kontakt mit ehemaligen Mitpatienten pflegen und inwieweit sie die Beziehungen zu Mitpatienten im Nachhinein einschätzen, war Gegenstand der katamnestischen Nachbefragung dieser Arbeit.

Von Wietersheim, Oster, Munz, Epple, Rottler und Mörtl (2008) beschrieben den Umgebungswechsel als einflussreichen Faktor: „Der Patient befindet sich nicht mehr in seiner familiären Umgebung, muss in dieser Zeit nicht zur Arbeit gehen, genießt zusammen mit Mitpatienten eine schöne Landschaft entfernt vom Heimort, gönnt sich manchmal gar einen ‚Kurschatten‘“ (S. 425). Der Milieuwechsel bewirkt eine teilweise Auflösung von Rollen: Patienten treten ihren stationären Aufenthalt ohne Partner, Freunde, Nachbarn und Kollegen an und begegnen anderen Patienten, die ebenfalls ohne ihre Bezugspersonen behandelt werden (Kastner & Linden, 2011, vgl. Bernhard & Lamprecht, 1991). Belastende Aufgaben und Pflichten im häuslichen Milieu bzw. in gewohnter sozialer Netzwerkumgebung fallen weg. Stattdessen genießen Patienten im therapeutischen Milieu Zeit für persönliche Gespräche und Unternehmungen mit ihren Mitpatienten. Einige Patienten wollen sich „wieder begehrt fühlen“ (S. 446), was Foisner (2007) als Quelle für einen *Kurschatten* angab. Kastner und Linden (2011) sprachen sogar von einer „Ferienlageratmosphäre“ (S. 18) im therapeutischen Milieu, in der sich, ähnlich wie in einer Urlaubssituation, Flirten und Sich-Verlieben leichter fallen können als innerhalb des sozialen Netzes. Die Beziehungsneugierde fördernd seien Schweigepflicht bzw. Anonymitätsschutz und Wissen um die zeitlich-

räumliche Begrenztheit (Bernhard & Lamprecht, 1991). Beispielsweise wurde bei Patienten mit BPS beobachtet, dass sie zu Beginn des stationären Aufenthalts zwecks Herstellung von Nähe und Geborgenheit emotionale Beziehungen zu Mitpatienten eingehen (Dulz et al., 2009). In einer Übersichtsarbeit von Binder (1985) werden psychologische Gründe für *sexuelle Beziehungen* zwischen Patienten zusammengetragen. Dazu zählen z. B. Erprobung der männlichen Identität, Ausdruck von Aggressionen, Ärger mit dem Personal, Kompensation von Einsamkeit und Langeweile sowie Übertragungsgefühle der Therapeuten.

2.2.3 Wirkfaktoren der Beziehungen zwischen Patienten

Welche Effekte die Milieuthérapie durch Gestaltung der Umgebung und Stationsatmosphäre haben kann, wurde in Kapitel 2.1.3 aufgezeigt. Mitpatienten als zentrale Rolle im therapeutischen Milieu sind bereits betont worden (vgl. Schmeling-Kludas & Wilke, 2007); sie stellen auf Psychotherapiestationen weitere Bezugspersonen dar (Schauenburg, Dinger & Strack, 2005). Über Patienten als wesentlicher Teil des therapeutischen Milieus werden folglich therapeutische Wirkungen vermittelt. Die gruppenpsychotherapeutische Forschung zeigte bereits Zusammenhänge zwischen Gruppenkohäsion/-klima mit dem Therapieerfolg (Burlingame, McClendon & Alonso, 2011, Tschuschke, 2001, vgl. Sammet et al., 2004). Gemäß Johnson, Burlingame, Olsen, Davies und Gleave (2005) zählen Gruppenklima und Kohäsion neben Allianz und Empathie zu den wichtigsten therapeutischen Beziehungskonstrukten und beeinflussen therapeutische Prozesse positiv (vgl. Bormann & Strauß, 2012). In Anlehnung an die elf **Wirkfaktoren** der Gruppentherapie (Yalom, 1999, vgl. Eckert, 2007, siehe Tabelle 1) erläuterten Kastner und Linden (2011) anhand von Beispielen, welche Wirkungen patientenseitige Beziehungen untereinander während der stationären Behandlung aufweisen können. Durch Interaktionen der Patienten im therapeutischen Milieu wird es für diese z. B. möglich, eigenes Verhalten wahrzunehmen, stellvertretende Erfahrungen zu machen, Bewältigungsversuche sowie Informationen (z. B. über klinikinterne Abläufe) auszutauschen, gemeinsame Aktivitäten zu steuern, zwischenmenschliche Konflikte zu bewältigen sowie ein gruppenkohärentes „Wir-Gefühl“ zu schaffen.

Tabelle 1: Wirkfaktoren in der Gruppentherapie und im therapeutischen Milieu

 Hoffnung einflößen

Universalität des Leidens

Mitteilung von Informationen

Altruismus

Korrigierende Rekapitulation früherer Erfahrungen des mitmenschlichen Umgangs

Nachahmendes Verhalten/Modelllernen

Interpersonelles Lernen

Gruppenkohäsion

Katharsis

Existenzielle Faktoren

Anmerkung: Therapeutische Wirkfaktoren nach Yalom (1999)

Ein weiterer Zugangsweg, das Ausmaß des Einflusses der Beziehungen zwischen Mitpatienten ableiten zu können, besteht darin, die Patienteneinschätzungen im Rahmen der Beurteilung des Klinikaufenthaltes zu beschreiben. Aus Befragungen zur Patientenzufriedenheit geht immer wieder hervor, dass die Kontakte zu den Mitpatienten als wichtig eingestuft werden, z. B. schätzten 90% der Patienten die Gespräche mit Mitpatienten als hilfreich ein und ungefähr ein Drittel davon bewertete diese sogar als nützlicher als professionelle Angebote (Kordy, von Rad & Senf, 1990). Ergebnisse einer quantitativ-inhaltsanalytischen Auswertung wiesen darauf hin, dass rund 20% der Patienten die Kontakte zu Mitpatienten (z. B. nicht allein sein, Sprechen über ähnliche Probleme) bei Aufnahme als positiv empfanden. Bei Entlassung beurteilten 41% der Patienten diese Kontakte als angenehm (Eichler, Schützwohl, Glöckner, Matthe & Kallert, 2006). In der Untersuchung von psychiatrischen Patienten einer Tagesklinik gaben 64% der Patienten an, dass das tägliche Zusammensein mit den Mitpatienten als „hilfreich“ erlebt wurde; weitere sieben Patienten (12%) schätzten es als „sehr hilfreich“ ein (Klosterhuis, 2008). Im Gegensatz dazu äußerte sich in einer offenen Abschlussbefragung nur ca. ein Viertel (23.2%) der psychiatrischen Patienten lobend über Mitpatienten (Raguss-Klinitz, 2009). Schon bei der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik wurde die Beziehung zu den Mitpatienten neben der zum Personal als bedrohliche Situationen und Zwang wahrgenommen, z. B. machten fast 90% der Patienten in einer unstrukturierten Befragung eine Aussage zu den Mitpatienten (Borbé, Klein, Onnen, Flammer, Bergk & Steinert, 2010). Weiter ging aus dieser offenen

Befragung hervor, dass 40.3% der Patienten angaben, dass die Mitpatienten unterstützend seien (Klein, 2010). Allerdings handelt es sich bei diesen Ergebnissen um Spontanaussagen. Diese Erinnerungen deuten offenbar daraufhin, dass Mitpatienten bereits bei der Aufnahmesituation von erheblicher Relevanz sind (vgl. Klein, 2010). In der strukturierten Befragung des gleichen Autors gaben 86.1% der Patienten an, dass die Kontakte zu den Mitpatienten bei Aufnahme wichtig waren; 75% sahen in ihren Mitpatienten unterstützende Aspekte und 66.7% befürworteten ein Gruppengefühl unter den Patienten. In diese Befunde lassen sich auch die von De Filippo (2008) einordnen: Anhand von halbstrukturierten Interviews wurde das Erleben der psychotherapeutischen Klinik von 24 Patienten erhoben und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Demnach pflegten die meisten Patienten auch außerhalb der Therapien Kontakte zu Mitpatienten, waren mit der Intensität der Kontakte zufrieden und fühlten sich seitens der Gruppe unterstützt und bestätigt.

Patienten mit *intimen Beziehungen* zu Mitpatienten unterstützten sich gegenseitig, widmeten sich engagierter und besser gestimmt den Behandlungen (Hartocollis, 1964, Levy, Trossman, Kravitz, Robertson & Dow, 1973, vgl. Binder, 1985). Die Beziehung zum „Kurschatten“ dient der Vermeidung von Einsamkeitsgefühlen (Mentzel, 1981) und bietet eine Chance, in der Übertragungsbeziehung frühe neurotische Beziehungsmuster aufzudecken (Bernhard & Lamprecht, 1991). Keitner und Grof (1981) erläuterten anhand eines Fallbeispiels wie Patienten durch intime Beziehungen zu Mitpatienten korrigierende Erfahrungen erwerben können. Andere Autoren wie Dulz und Kollegen (2009) sahen in *Paarbeziehungen* zwischen Patienten mit BPS während der Behandlung einen therapieförderlichen Aspekt und argumentierten, dass diese Patienten so erfahren dürfen, liebenswert und begehrt zu sein, sowie auch begehren zu können (vgl. Dulz, 2010).

2.2.4 Nebenwirkungen von Beziehungen zwischen Mitpatienten

Wie aus dem vorherigen Kapitel hervorgeht, nehmen nicht alle Patienten die Kontakte zu Mitpatienten als hilfreich wahr. Zudem zeigt die beispielhafte Erläuterung potentieller Wirkfaktoren der Beziehungen zwischen Patienten im therapeutischen Milieu, dass diese nicht selbstverständlich sind und die Interaktionen zwischen Patienten demnach ebenso dysfunktional sein können (vgl. Kastner & Linden, 2011).

Die Patienteneinschätzungen bezüglich der Kontakte zu Mitpatienten weisen ein inkonsistentes Bild auf. Eine unstrukturierte-offene Befragung von Klein (2010) ergab, dass 30.6% der Patienten die Mitpatienten bei Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik als belastend einschätzten. Dazu im Kontrast steht das Ergebnis der Umfrage zur Patientenzufriedenheit von psychiatrischen Patienten einer Tagesklinik: nur 3% der Patienten erlebten das Zusammensein mit Mitpatienten als „belastend“, weitere 2% schätzten dieses als „sehr belastend“ ein (Klosterhuis, 2008). Allerdings schien in gleicher Untersuchung das Thema Mitpatienten für 19% (11 Patienten) kaum Relevanz zu haben, da sie die Kontakte weder hilfreich noch belastend bewerteten. Ebenso schätzten in der Untersuchung von Eichler et al. (2006) nur wenige (5%) Patienten die Kontakte zu Mitpatienten als unangenehme Aspekte des psychiatrischen Klinikaufenthalts sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei -ende ein: Nennungen waren zu viele Menschen oder zu wenig Kontakt, sowie Zwang, mit anderen Menschen zusammen sein zu müssen. In einer Befragung zur Privatsphäre auf psychiatrischen Stationen berichteten ca. 70% der Patienten, dass Mitpatienten bei Betreten des Zimmers häufig oder immer nicht anklopfen. Ein Viertel der Patienten berichtete von Störungen beim Duschen durch Mitpatienten (Spießl et al., 2002). Aus einer qualitativen Inhaltsanalyse zur Patientenzufriedenheit geht hervor, dass nur 8.6% der befragten psychiatrischen Patienten das Zusammenleben mit Mitpatienten überhaupt thematisierten. Davon enthielten jedoch 76.8% der Äußerungen Kritik, die auf Unordnung, Körperhygiene, Tischmanieren, Schnarchen, Passivrauchen, Diebstahl, Lärmbelästigung, Streit, Störung durch Musik und Angst vor Mitpatienten bezogen war. „Mitpatienten wurden vornehmlich als egoistisch, unordentlich und laut kritisiert“ (Raguss-Klimitz, 2009, S. 47). Ein weiteres Beispiel für die Lärmbelästigung durch Mitpatienten im Krankenhaus (verschiedene Abteilungen) lieferten Fietze, Wiesenäcker, Blau und Penzel (2008). Demnach schrieben Patienten hauptsächlich ihren Bettnachbarn die Verantwortung für ihre eigene Schlafqualität zu. Patienten waren mit dem Personal zufriedener als mit den Mitpatienten (Berghofer, Lang, Henkel, Schmidt, Rudas & Schmitz, 2001). Wie die qualitative Inhaltsanalyse von De Filippo (2008) ergab, kann es sich subjektiv stark auf Therapieverlauf sowie -erfolg auswirken, wenn Patienten nicht das Gefühl haben, der Gruppe von Mitpatienten zugehörig, sondern Außenseiter zu sein. Patienten unterscheiden sich in ihrer Wahrnehmung von Mitpatienten: Während psychotische Patienten ihre Mitpatienten als belastend empfanden, stuften neurotische Patienten sie als hilfreich ein (Bock, 1985).

Wie in Tabelle 2 dargestellt, können vielfältige **Nebenwirkungen**³ aus den Beziehungen zu Mitpatienten resultieren. Sie sind hier nur beispielhaft zu erläutern (für einen Überblick siehe Kastner & Linden, 2013).

Beziehungen zwischen Mitpatienten können zu Therapieabbrüchen führen. Wie in der Studie von Lieberz und Ciemer (2000) seitens der Therapieabbrechenden angegeben, fühlten sie sich durch Mitpatienten und deren Probleme (z. B. Aggressionen, Ängste) belastet. Beziehungsprobleme (z. B. mobbing-ähnliches Verhalten, nicht lösbare Konflikte, Sich-Ausgeschlossen-Fühlen, ein Mangel an Privatsphäre) mit Mitpatienten führten beispielsweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zum Therapieabbruch (Chiesa, Drahorad & Longo, 2000). Ferner können emotionale Abhängigkeitsverhältnisse entstehen und Mitpatienten für eigene Interessen ausgenutzt werden. Die Beziehung zum „Kurschatten“ stellt eine Therapievermeidung (Bernhard, 1988) und eine „ernsthafte Gefahr für die Therapie“ (Mentzel, 1981, S. 163) dar, was die therapeutische Beziehungsarbeit erschwere (Mentzel, 1981, Modestin, 1993). In Studien wurden schädliche Auswirkungen (z. B. Promiskuität, akute Dekompensation, Suizid, Körperverletzungen, ungewollte Schwangerschaften, Geschlechtskrankheiten) dokumentiert (Binder, 1985, Dein & Williams, Hales et al., 2006, Hartocollis, 1964, Levy et al., 1973, Velek & Lane, 1981). Zudem sind langfristige Konsequenzen wie Partnerschafts- und Ehekonflikte mit Trennung/Scheidung sowie die psychische Dekompensation der Angehörigen nicht auszuschließen.

³ Für einen Überblick zum Thema Nebenwirkungen in der Psychotherapie allgemein wird auf Linden und Strauß (2012) verwiesen.

Tabelle 2: Unerwünschte Wirkungen von Beziehungen zwischen Patienten

Beeinträchtigung des Gruppenklimas in der therapeutischen Gemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> – Beleidigung und Ausnutzung von Patienten – dysfunktionale Gruppenbildung und Gruppendruck
Verschlechterung der Krankheit bzw. der Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> – emotionale Abhängigkeit – Belastung durch Konflikte – Suizidalität – psychotische Regression – akute Dekompensation
Folgen, die den Patienten direkt betreffen	<ul style="list-style-type: none"> – Promiskuität – Geschlechtskrankheiten – Vergewaltigung – körperliche Verletzungen – ungewollte Schwangerschaften
Behandlungskomplikationen	<ul style="list-style-type: none"> – Hauptbeschäftigung mit Mitpatienten und ggf. den Konflikten – Fehlattribuierung therapeutischer Fortschritte – Beeinträchtigung der therapeutischen Beziehung – Therapieabbruch
Beeinträchtigung des sozialen Umfelds	<ul style="list-style-type: none"> – Trennung und Scheidung vom Partner – Belastungen durch instabile Patientenkontakte

Anmerkung: In Anlehnung an Kastner & Linden (2011, 2013)

2.2.5 Diagnostische Erfassung von Beziehungen zwischen Patienten

Explizit gibt es für die vorliegende Untersuchung kein Instrument zur Erfassung von **Beziehungsarten zwischen Patienten**, weswegen ein Fragebogen zu entwickeln war (siehe Kapitel 4.2.3). Vielmehr wurde bisher anhand (halb-)strukturierter Interviewverfahren und qualitativer Auswertungen versucht, das Verhalten zwischen den Patienten zu erfassen (z. B. De Filippo, 2008, Raguss-Klinitz, 2009). Im Rahmen von Befragungen zur Patientenzufriedenheit bezüglich des stationär-psychiatrischen Aufenthalts schätzten

Patienten ein, inwiefern die Kontakte im Therapieverlauf zu Mitpatienten hilfreich oder belastend waren (z. B. Klosterhuis, 2008, Kordy et al., 1990). Beispielsweise können Patienten mit Items wie „Ich hatte Angst vor Mitpatienten“, „Ich fand Mitpatienten aggressiv und bedrohlich“, „Ich fand die persönlichen Kontakte zu Mitpatienten belastend“ eines neu konzipierten und faktorenanalytisch geprüften Fragebogens die „negative Wahrnehmung von Mitpatienten“ bei Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik neben weiteren Bereichen bewerten (Wertz, Hohagen, Borbé, Steinert, Vieten, Diefenbacher et al., 2013, S. 42).

Es liegen Erhebungsverfahren vor, die sich auf einzelne Aspekte von Beziehungen im therapeutischen Milieu beziehen. Zum Beispiel ermöglichen *WAS* und *SBB* (Moos, 1996, Engel et al., 1983, Abschnitt 2.1.4) mit der Dimension *soziale Beziehung* eine patientenseitige Einschätzung der Beziehungen zu Patienten und Personal. Wie schon kritisch angemerkt, beruhen beide Fragebögen nicht auf einer faktorenanalytischen Prüfung. Der ebenfalls im Abschnitt 2.1.4 vorgestellte *SEB* (Sammet & Schauenburg, 1999) erlaubt anhand von zwei (*KLI*, *ZUW*) der sieben Skalen eine Bewertung der emotionalen Atmosphäre zwischen den Patienten und wurde daher in der vorliegenden Studie verwendet (vgl. Kapitel 4.2.6).

2.2.6 Zusammenfassung

Die Beziehungen zu Mitpatienten lassen sich theoretisch auf den Ebenen Bekanntschaft, Freundschaft und intimen Beziehungen wie „Kurschatten“, Partnerschaft und sexuelle Kontakte klassifizieren, wobei Letztere andere Beziehungsformen nicht unbedingt ausschließen. Gerade stationäre Bedingungen ermöglichen es Patienten, soziale Kontakte zu knüpfen. Die aufgeführten Studien im Rahmen von Patientenbewertungen verdeutlichen, dass Patienten die Kontakte zu ihren Mitpatienten sowohl hilfreich bzw. angenehm als auch belastend empfinden können. Somit fungieren Patienten im Hinblick auf Wirkfaktoren und Nebenwirkungen als einflussreiche Mitpatienten. Zu den aufgeführten Beziehungsformen liegen keine Prävalenzdaten vor. Es fehlt weiterhin an wissenschaftlicher Evidenz sowie an Erhebungsinstrumenten bezüglich der Beziehungsklassifikation von Patientenbeziehungen. Qualitative Aspekte von Beziehungen wie Unterstützung und Belastung zwischen den Patienten sind bisher unzureichend operationalisiert worden.

2.3 Soziale Unterstützung

Um Beziehungen zwischen Mitpatienten im therapeutischen Milieu nicht nur im Rahmen von Patientenzufriedenheitsbefragungen hinsichtlich der Dimension „hilfreiche versus belastende Kontakte“ einzuordnen, sondern diese genauer operationalisieren zu können, sind im Kapitel 2.3 Aspekte des sozialen Netzwerkes und der sozialen Unterstützung zu diskutieren. Dabei werden die Konstrukte nach Konzeptualisierung (Kapitel 2.3.1) in Zusammenhang mit psychischen Störungen (Kapitel 2.3.2) gebracht und Erhebungsinstrumente (Kapitel 2.3.3) vorgestellt.

2.3.1 Konzeptualisierung und Fakten sozialer Unterstützung

Persönliche Beziehungen stellen die Basis für soziale Unterstützungsprozesse dar (Lenz & Nestmann, 2009). Soziale Unterstützung wird „in der Literatur allgemein als die wichtigste Funktion sozialer Beziehungen verstanden“ (Röhrle & Laireiter, 2009, S. 14). Beziehungen und soziale Unterstützung sind demnach eng miteinander verbundene Phänomene in sozialen Netzwerken. Laireiter (2009) listete Beziehungs- und Erfassungskriterien sozialer Netzwerke auf. Relevant für dieses Forschungsthema sind davon Beziehungsmerkmale wie „bloße Bekanntschaft“, „soziale Kontakte“, „subjektive Wichtigkeit“, „emotionale Beziehung“, „interpersonale Belastung“ und „soziale Unterstützung“, die ergänzend zum Kapitel 2.2.1 im folgenden Kontext der Unterstützungsthematik ausgeführt werden.

Die sogenannte **Social-Support-Forschung** weist eine lange Tradition auf (Cobb, 1976, Sarason, Sarason & Pierce, 1990). Hauptbefunde sind, dass „soziale Unterstützung eine wichtige Rolle bei der Prävention psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen spielt, einen begünstigenden Einfluss auf die Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit hat“ (Fydrich, Sommer & Brähler 2007, S. 8). Das komplexe Konstrukt „soziale Unterstützung“ ist facettenreich und beinhaltet verschiedene soziale Phänomene (Cutrona & Russell, 1990, Leppin & Schwarzer, 1997), die zu spezifizieren sind. Zum einen ist mit dem Begriff der gesamte Forschungsbereich inklusive struktureller Aspekte des sozialen Netzwerkes, zum anderen explizit der qualitativ-funktionale Aspekt gemeint (House & Kahn, 1985, vgl. Knoll, Scholz & Rieckmann, 2005).

Zu den klinisch relevanten Dimensionen gehören soziale Integration, Quellen der Unterstützung, Ausmaß an emotionaler und praktischer Unterstützung sowie Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (Schwarzer & Leppin, 1989). Die Forschungen beziehen sich zunehmend auch auf belastende Aspekte von Beziehungen, die sich ebenso auf das psychische Befinden auswirken können (Rook, 1984).

Das **soziale Netzwerk** stellt die Voraussetzung für soziale Unterstützung dar (Knoll et al., 2005, Schwarzer, 2004). Bei der **sozialen Integration** geht es um eine quantitative Einbettung in ein Netzwerk, d. h. Einbindung in Gruppen, Vorhandensein informeller Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Nachbarn) und Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen bzw. Unterstützung. Das soziale Netz wird definiert als Summe aller Sozialkontakte eines Menschen (Geiselman & Linden, 2001, Laireiter, 1993, 2009, Lischka, Popien & Linden, 2005, Rüesch & Neuenschwander, 2004). Es lässt sich durch Struktur, Interaktionen und Funktionen charakterisieren und mit komplexen Netzwerkmaßen wie z. B. Dichte, Dauer, Reziprozität und Homogenität erfassen (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000, Laireiter, 1993, 2009, vgl. Schwarzer, 2004, Knoll et al., 2005). Im psychologisch-wissenschaftlichen Kontext wird der Fokus eher auf das Individuum gelegt und meint mit personalem Netzwerk sämtliche natürliche Lebensbeziehungen, wozu Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und Arbeitskollegen gezählt werden (Geiselman & Linden, 2001). Als Indikatoren für soziale Integration gelten demnach zum Beispiel der Familienstand, die Anzahl von Verwandten, Freunden und Bekannten sowie nachbarschaftliche Kontakte (Knoll & Kienle, 2007, Schwarzer, 2004). Neyer (2001) sieht in sozialen Netzwerken „dyadische Beziehungen, d. h. Beziehungen zwischen zwei Personen“ (S. 321) als Grundelemente. Der Gegenpol zur sozialen Integration ist die **soziale Isolation** (Schwarzer, 2004, vgl. Knoll & Kienle, 2007, Knoll & Schwarzer, 2005). Die Netzwerkgröße in der Normalbevölkerung entspricht einer Personenanzahl von etwa 25 Personen (Laireiter, 2002, 2009). Laireiter (2002) gab an, dass ca. 50% der Beziehungen als emotional bedeutsam, zwei Drittel als unterstützend und 10% als belastend eingestuft wurden.

Während das soziale Netzwerk quantitativ-strukturelle Aspekte umfasst, beinhaltet die **soziale Unterstützung** qualitativ-funktionale Merkmale interaktiver Prozesse. Die soziale Unterstützung beruht auf Gegenseitigkeit mit dem Ziel einen Leid erzeugenden Problemzustand zu verändern oder zu erleichtern (Schwarzer, 2004). Eine wesentliche Differenzierung der sozialen Unterstützung im engeren Sinne, d. h. bezogen auf den qualitativen Aspekt, besteht in der Abgrenzung der erhaltenen von der wahrgenommenen Unterstützung, wobei beide Konstrukte jedoch nur gering miteinander korrelieren (Dunkelschetter & Bennett, 1990). Die *erhaltene soziale Unterstützung* meint die in einem Zeitraum tatsächlich erhaltene Unterstützung, die vom Rezipienten retrospektiv berichtet wird (Knoll et al., 2005, Laireiter, 1993). Hingegen basiert das Konzept der *wahrgenommenen sozialen Unterstützung* auf kognitiven Ansätzen (Cobb, 1976) und beinhaltet die „subjektive Überzeugung, in verschiedenen Bereichen unterstützt zu werden oder im Bedarfsfall Unterstützung erhalten zu können“ (Fydrich et al., 2007, S. 10). Sie bezieht sich demnach auf das Erleben, also die Wahrnehmung und Bewertung von Quantität und Qualität sozialer Beziehungen einer Person, weshalb die wahrgenommene soziale Unterstützung, die Patienten im Rahmen ihres Rehabilitationsaufenthalts durch ihre Mitpatienten erleben, Gegenstand der Dissertation ist.

Soziale Unterstützungsleistungen beinhalten unterschiedliche **Inhalte** und **Funktionen**, die sich in verschiedenen Dimensionen abbilden lassen (House & Kahn, 1985, Knoll et al., 2005). Mit *emotionaler Unterstützung* sind positive Gefühle, Wärme, Trost und Akzeptanz der Person und der Gefühle gemeint. Die instrumentelle oder *praktische Unterstützung* umfasst Hilfsmaßnahmen bei zu erledigenden Arbeiten, Besorgung von Gütern, Bereitstellen von finanziellen Ressourcen und Entlastung von Aufgaben. *Informationelle Unterstützung* beschreibt das Liefern relevanter Informationen und Ratschläge durch die jeweilige Unterstützungsquelle. Weitere Inhalte sind die *Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung* sowie die *Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung*. Letztere meint eine allgemeine Einschätzung der potentiell verfügbaren Unterstützung, unabhängig davon, ob sie bei Bedarf in Anspruch genommen und positiv erlebt wird (Fydrich et al., 2007). Für die vorliegende Untersuchung sind vor allem die emotionale und praktische Unterstützung bzw. Belastung bedeutsam, da sich diese in vorherigen Studien als relevant erwiesen (vgl. Kapitel 2.3.2).

Dunkel-Schetter, Blasband, Feinstein und Bennett (1992) unterschieden zudem **Perspektiven** von Unterstützungsinteraktionen. Ideal wäre laut der Autoren eine Übereinstimmung der Perspektiven des *Empfängers*, der *Quelle* und des *Beobachters*. Jedoch ist zum einen die varianzanalytische Überlappung der jeweiligen Unterstützungsdyaden gering und zum anderen geht es basierend auf dem Konzept der wahrgenommenen Unterstützung um die Einschätzung einer wirksamen Unterstützungsleistung durch den Empfänger, weshalb ihm bei der Erfassung von sozialer Unterstützung vermehrt Priorität eingeräumt wird und deshalb der Fokus in der vorliegenden Untersuchung auf der Empfängerperspektive liegt.

Weiterhin ist inhaltlich zu unterscheiden, ob zu den **Quellen** sozialer Unterstützung das natürliche Umfeld, d. h. (Ehe-)Partner, Eltern, Kinder, Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Arbeitskollegen oder auch professionelle Helfer (z. B. Ärzte, Psychologen) konzeptionell gezählt werden (Fydrich et al., 2007). Männer erhalten soziale Unterstützung von ihren Ehefrauen, während Frauen eher mehr Unterstützung durch Freunde wahrnehmen (Burlison, 2003, Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2005). Mitpatienten stellten in der vorliegenden Untersuchung neben dem häuslichen Netzwerk die Quelle sozialer Unterstützung und Belastung während des Aufenthalts in psychosomatischer Rehabilitation dar.

In der Forschung zur sozialen Unterstützung gelten **Geschlechterunterschiede** als stabiler Befund (z. B. Knoll & Schwarzer, 2002, Luszczynska, Boehmer, Knoll, Schulz & Schwarzer, 2007). Bekannt ist, dass Frauen im Vergleich zu Männern von frühester Jugend an engere Freundschaften pflegen, mehr in soziale Interaktionen eingebunden sind (Hobfoll & Stokes, 1988), größere Netzwerkqualitäten aufweisen (Laireiter, 1993), mehr emotionale Unterstützung anbieten und auch mehr Hilfe bekommen (Antonucci, 1985, Klauer & Winkeler, 2002, vgl. Fydrich et al., 2007). Frauen gelten als „die besseren Unterstützer“ (Lischka, 2011, S. 25). Eine Zwillingstudie ergab, dass Frauen verschiedengeschlechtlicher Zwillingspaare signifikant höhere Levels an sozialer Unterstützung berichteten als ihre Brüder (Kendler, Myers & Prescott, 2005). Frauen definierten eine größere Anzahl ihrer Netzwerkmitglieder als enge Vertraute und erhalten aus diesem Netz auch mehr soziale Unterstützung als Männer (Schwarzer & Leppin, 1989). Sowohl Männer als auch Frauen profitierten mehr von weiblicher als von männlicher Unterstützung (Glynn, Christenfeld & Gerin, 1999); z. B. berichteten Tumorpatienten, mehr emotionale Unterstützung von ihren

Frauen erhalten zu haben als umgekehrt (Schulz & Schwarzer, 2004). Modelle der Geschlechterrollen werden zur Erklärung von Diskrepanzen bezüglich profitierter Unterstützung herangezogen. Demnach senden Frauen mehr Hinweise auf Notsituationen aus, erleben sich aufgrund ihrer Orientierung, Nöte und Wünsche anderer zu erfüllen, stärker belastet, was bis in ein Ungleichgewicht im Verhältnis von Geben und Nehmen münden kann (Kessler, McLeod & Wethington, 1985; vgl. Fydrich et al., 2007, Knoll et al., 2005). Deutlich wurde der Geschlechtsunterschied auch hinsichtlich des Zusammenhangs mit dem Mortalitätsrisiko: Bei Männern war es nach dem Verlust der Partnerin höher als bei Frauen, die einen Partnerverlust aufwiesen (Tucker, Schwartz, Clark & Friedman, 1999). Entsprechende Erklärungsmodelle und einschlägige Literaturhinweise finden sich beispielsweise bei Burleson (2003) und Knoll et al. (2005).

Zur Konzeptualisierung von sozialer Unterstützung gehört auch die **soziale Belastung**. Gemäß Schwarzer (2004) ist die soziale Unterstützung ein Spezialfall von sozialer Interaktion, der sowohl positive als auch negative Wirkungen hervorrufen kann. Es besteht zwischen vielen Autorengruppen (siehe Fydrich et al., 2007, Laireiter & Lettner, 1993, Schwarzer & Leppin, 1989, vgl. Rüesch & Neuenschwander, 2004) Konsens, dass soziale Belastung bzw. negative Unterstützung ergänzend zur sozialen Unterstützung Berücksichtigung finden sollte. In Studien zeigte sich, wie bei sozialer Unterstützung, eine ähnliche Varianzaufklärung hinsichtlich psychischer Gesundheit (Rook, 1984, vgl. Schuster, Kessler & Aseltine, 1990, vgl. Linden et al., 2007). Soziale Belastungen würden die Gesundheit stärker und längerfristiger beeinflussen können als positive Beziehungen (Rook, 1984, vgl. Lischka et al., 2005). Inadäquate Unterstützungsversuche können zu einer Intensivierung von Belastungsgefühlen führen (Antonucci, 1985). Komponenten sozialer Belastung sind „Kritik, Zurückweisung, Überforderung, Überbehütung und Distanzlosigkeit“ (Fydrich et al., 2007, S. 14). Laireiter, Fuchs und Pichler (2007) nahmen anhand von Kriterien eine Spezifizierung des Begriffs vor und stellten mittels explorativer Hauptkomponentenanalyse ihrer konstruierten Skala zur negativen Unterstützung fest, dass übertriebene und mangelnde Unterstützung (z. B. Einmischung/übertriebene Sorge, Enttäuschung/nicht ernst nehmen) häufiger als Kritik/Abwertung und Diskriminierung/Feindseligkeit vorkommen. Insgesamt wurde die Negativunterstützung zwar seltener als positive Unterstützung erlebt, war aber mit geringerem Selbstwert, schlechterem Bewältigungserfolg und Befinden am Ende eines Lebensereignisses assoziiert (Laireiter et al., 2007).

2.3.2 Soziale Unterstützung und psychische Gesundheit

Soziale Unterstützung und Integration wirken sich auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Zunächst sind entsprechende Wirkmodelle sozialer Unterstützung zu erläutern. Anschließend wird kurz die Befundlage zu sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit somatischen Krankheiten und Gesundheits- sowie Risikoverhaltensweisen aufgeführt, gefolgt von Darstellungen zum Zusammenhang bezüglich sozialer Unterstützung und sozialer Integration mit psychischen Störungen im Allgemeinen. Das Kapitel abschließend werden die Befunde der Patienten in psychosomatischen Rehakliniken vorgestellt.

Empirisch gut belegt sind Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung, sozialer Integration und negativen Interaktionen mit Gesundheit (Cohen, 2004). Soziale Unterstützung nimmt im Kontext von Gesundheit, Stress und Bewältigungsprozessen eine Kernkomponente ein (Schwarzer & Knoll, 2007). Als belegte **Wirkeffekte sozialer Unterstützung** sind das Haupteffekt- und Puffermodell zu nennen. Soziale Unterstützung kann sowohl unabhängig von belastenden Situationen als allgemeiner Haupteffekt wirken und Stress und Belastungen „abpuffern“ (Cohen, 1988, Cohen & Syme, 1985, Cohen & Wills, 1985, Kessler & McLeod, 1985). Im *Haupteffektmodell* der sozialen Unterstützung wird angenommen, dass sich das Vorhandensein sozialer Beziehungen direkt auf das Wohlbefinden auswirkt (vgl. Kienle, Knoll & Renneberg, 2006). Direkte Folgen sind beispielsweise Zugehörigkeitserleben, Befriedigung nach Kontakt und Stärkung des Selbstwerts (Heller & Rook, 2001, Shumaker & Brownell, 1984). In der *Puffereffekthypothese* wird auf Grundlage von Studienbefunden zu psychischen Erkrankungen (z. B. Alkoholabhängigkeit, Depressionen) postuliert, dass Individuen negative Effekte von Stress und Belastungen durch Unterstützung abmildern können (Cobb, 1976, Cohen & Wills, 1985). „Personen mit hoher sozialer Unterstützung bewältigen pathogene Einflüsse besser als die mit geringer sozialer Unterstützung“ (Fydrich et al., 2007, S. 16).

Studien zur sozialen Unterstützung sowie zur sozialen Integration zeigten deutliche **Zusammenhänge mit physischer Gesundheit** (Cohen, 1988, Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996, vgl. Fydrich & Sommer, 2003).

Die in den 70er Jahren vielfach zitierte durchgeführte Studie von Berkman und Syme (1979) gab aufgrund ihres Befundes, dass ein gut ausgebildetes soziales Netzwerk als protektiver Faktor für *Krankheit und Tod* fungiert, einen Anstoß zur gesundheitspsychologischen Forschung (vgl. Knoll et al., 2005). Zum Beispiel wiesen sozial Isolierte im Vergleich zu sozial Eingebundenen ein 2-3 Mal größeres Mortalitätsrisiko auf (Berkman & Syme, 1979). Der Effekt, dass sich soziale Integration auf längeres Überleben auswirkt, wurde in mehreren Studien repliziert (z. B. House, Landis & Umberson, 1988, Shye, Mullooly, Freeborn & Pope, 1995, Tucker et al., 1999). Der sozialen Integration kam eine prognostische Rolle z. B. bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen zu (Hemingway & Marmot, 1999, Kulik & Mahler, 1989). In umfangreichen Studien wurde nicht nur mehrfach ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Integration und *somatischen Erkrankungen* bzw. Funktionen des kardiovaskulären, endokrinen und Immunsystems gezeigt (Cohen, 1988), sondern auch bezüglich der positiven Wirkungsweise von qualitativen Aspekten der sozialen Unterstützung auf diese gesundheitlichen Parameter (Taylor, Dickerson & Klein, 2002, Uchino et al., 1996). Ergebnisse einer Metastudie zeigten, dass wahrgenommene Unterstützung, größere soziale Netzwerke und Verheiratet-sein mit einem geringeren Mortalitätsrisiko bei Krebserkrankungen verbunden sind (Pinquart & Duberstein, 2010). Ebenso zeigte sich die Wirkung von sozialer Integration und sozialer Unterstützung hinsichtlich *gesundheitsrelevanten Verhaltens* (z. B. körperliche Aktivität, Raucherentwöhnung) (Kaplan, Newsom, McFarland & Lu, 2001, Lippke, 2004, vgl. Schwarzer, 2004).

Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen lieferten Hinweise auf **Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und psychischem Wohlbefinden**. Soziale Unterstützung ist relevant bei der Entwicklung, dem Verlauf und Ausgang psychischer Störungen; wobei deren Einfluss in Bezug auf schwere psychiatrische Störungen noch wenig geklärt ist (Laireiter, 1993, Paykel, 1985, Rüesch & Neuenschwander, 2004). Die stärksten Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und gesundheitsrelevanten Variablen ergaben sich, wenn die Erhebung auf Basis der wahrgenommenen Unterstützung erfolgte; wobei sich davon die emotionale Unterstützung als die Bedeutendste erwies (Fydrich & Sommer, 2003, Schwarzer & Leppin, 1989).

Patienten mit psychischen Störungen hatten eine geringere wahrgenommene soziale Unterstützung und waren mit der erhaltenen Unterstützung weniger zufrieden (Fydrich et al., 2007). Deutliche Zusammenhänge ließen sich zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Symptomatik wie Depressionen und Angst finden (Cohen & Wills, 1985, Kessler & McLeod, 1985). Häufig repliziert ist der Befund, dass Depressivität mit niedriger sozialer Unterstützung einhergeht (z. B. Sonnenberg, Deeg, van Tilburg, Vink, Stek & Beekman, 2013, vgl. Fydrich et al., 2007). In einer Metaanalyse fanden Schwarzer und Leppin (1989) mittlere Effekte zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Depression ($r = -.30$), zwischen wahrgenommener emotionaler Unterstützung und Depression ($r = -.32$) und zwischen instrumenteller Unterstützung und Depression ($r = -.27$). Die Korrelation zwischen wahrgenommener Unterstützung und Depression ($r = -.45$) in der Studie von Lakey und Cassady (1990) fiel etwas höher aus. Klauer und Schwarzer (2001) wiesen allerdings auf eine überhöhte Schätzung hin und begründeten dies aufgrund der Erhebung beider subjektiver Konstrukte mit Selbstberichtsskalen mit einer Konfundierung. Gleichnamige Autoren merkten an, dass die verbreitete Auffassung von sozialer Unterstützung als allgemeine Ressource bzw. Schutz gegen Depressionen, der Komplexität beider Begrifflichkeiten nicht gerecht wird. Es lässt sich festhalten, dass Unterstützung durch den Partner vor klinisch relevanter Depression schützt (vgl. Knoll et al., 2005). Besonders Frauen, die wenig soziale Unterstützung erhielten, wiesen die höchsten Depressionswerte auf (Knoll & Schwarzer, 2002). Belegt ist weiterhin die Bedeutung sozialer Unterstützung für Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen wie Affektstörungen oder Schizophrenie (Brugha, 1995, Ruesch & Neuenschwander, 2004).

In der Studie von Linden, Lischka, Popien und Golombek (2007) wurden Prävalenzen zur Unterstützung und Belastung durch das soziale Umfeld erhoben: 8% der psychosomatischen Patienten fühlten sich „sehr“, 45% „ziemlich“, 41% „teilweise“ und 6% „kaum“ durch das soziale Umfeld emotional und praktisch unterstützt. In Bezug auf die Gesamtbelastung fühlten sich 56% der Patienten „kaum“, 17% „überhaupt nicht“ und 25% „teilweise“ durch ihre Angehörigen, Freunde, Kollegen und Nachbarn belastet. Lediglich 2% der Patienten gaben an, sich „ziemlich“ durch das soziale Netz belastet zu fühlen. Lischka, Lind und Linden (2009) untersuchten das soziale Netzwerk von psychosomatischen Patienten, die entweder stationär oder teilstationär aufgenommen worden sind. Hinsichtlich praktischer und emotionaler Unterstützung (vom Partner) und sozialer Belastung unterschieden sich beide

Patientengruppen zu Beginn des Aufenthaltes in psychosomatischer Rehabilitation nicht. Während der Behandlung nahm die emotionale Unterstützung bei den (teil-)stationären Patienten zu und die soziale Belastung durch das soziale Netzwerk wurde geringer erlebt. Die Autorengruppe fand heraus, dass verheiratete oder mit einem Partner zusammen lebende Patienten eher teilstationär behandelt wurden und dass diese teilstationären Patienten ihre Partnerschaft während der Behandlung eher als Belastung empfanden.

Zusammenhänge zwischen sozialem Netzwerk und psychischen Störungen: Das soziale Netzwerk gilt einerseits als protektiver Schutzfaktor bzw. als Ressource, andererseits als Risikofaktor bei der Entstehung wie des Verlaufs psychischer Störungen (vgl. Berkman, 1995, Klauer & Schwarzer, 2001, Lischka, et al., 2005). In ihrer Übersichtsarbeit zeigten Cohen und Wills (1985), dass sich das Vorhandensein eines großen sozialen Netzwerks im Sinne eines direkten Effektes auf die psychische Verfassung (z. B. Depression) bzw. Belastungsbewältigung auswirkt (vgl. Kessler & McLeod, 1985, Laireiter, 2002). Allerdings kam es gemäß der Meta-Analyse von Schwarzer & Leppin (1989) weniger auf Netzwerkmaße wie z. B. die Zahl von Bekannten an; es fand sich ein Populationseffekt von $r = -.10$. Gleichnamige Autoren befürworteten dennoch die Erfassung sozialer Netzwerkmaße, um objektive Daten und damit auch ein Minimum an Informationen über potentielle Social-Support-Quellen erheben zu können und natürlich auch eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten. Ebenso empfahlen Autorengruppen wie Linden et al. (2007) sowie Lischka et al. (2005) im Rahmen einer mehrdimensionalen Behandlungsplanung Informationen zum sozialen Netzwerk des Patienten zu erheben.

Generell war das soziale Netzwerk bei chronisch psychisch kranken Menschen eher klein und instabil (Röhrle, 1994, Rüesch & Neuenschwander, 2004). Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen hatten ein geringes soziales Netzwerk. Zum Beispiel ergab eine Untersuchung, dass diese im Durchschnitt 1.57 Freunde haben, wobei signifikant mehr Männer als Frauen keinen Freund aufwiesen und knapp über 40% der Befragten keinen Freund hatten (Wan-Yuk Harley, Boardman & Craig, 2012). Bei schizophrenen Patienten findet im Laufe der Zeit ein Wechsel im sozialen Netzwerk hin zu mehr Mitpatienten statt (Angermeyer & Klusmann, 1987); 34% der Kontaktpersonen schizophrener Patienten waren psychisch Kranke (Haberfellner & Rittmannsberger, 1995). Bei Patienten mit Agoraphobie sowie Drogen und Alkoholkonsumenten ließ sich eine quantitative Verringerung der sozialen

Netzwerkgröße nachweisen (Baumann, Amann, Rambichler & Lexel-Gartner, 1987, Fokias & Tyler, 1995). In Bezug auf die soziale Integration wiesen psychosomatische Patienten eine Gesamtnetzgröße von 20.8 Personen auf (Linden et al., 2007). Während der stationären Behandlung nahm die soziale Integration bei psychosomatischen Rehabilitanden signifikant ab (Lischka et al., 2009). Ferner hatte eine höhere soziale Integration (Integrationsindex) neben dem Ausmaß der Psychopathologie zu Behandlungsbeginn einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg bzw. auf die Reduktion der Symptomatik (gemessen mit der *SCL-90-R*) (Linden & Geiselman, 2005).

Wie dargelegt, nahmen Forscher vieler Studien gemäß der Haupt- und Puffereffekthypothese an, dass soziale Unterstützung bzw. das soziale Netzwerk als Prädiktor für verschiedene Outcome-Variablen fungieren, wobei von weiteren Zusammenhängen auszugehen ist. Die in den Studien verwendeten Designs und Auswertungsmethoden eignen sich überwiegend für das Festhalten korrelativer Befunde (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989). Aussagen über Kausalzusammenhänge sind demnach nicht zulässig. Bei Interpretation dieser Studien ist weiterhin zu berücksichtigen, dass soziale Unterstützung mit all seinen Facetten nur einen Faktor darstellt (vgl. Schwarzer, 2004) und Drittvariablen einzubeziehen sind. Im Rahmen der Social-Support-Forschung empfiehlt Barrera (1986) die Verwendung distinkter Konstrukte, wie z. B. die wahrgenommene soziale Unterstützung. Für klinisch-psychologische und epidemiologische Fragestellungen hat die soziale Unterstützung auf Basis der wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine größere Bedeutung als die Erfassung formaler Merkmale des Netzwerkes (vgl. Cohen & Syme, 1985, Fydrich et al., 1999).

2.3.3 Diagnostische Erfassung sozialer Unterstützung

Lischka et al. (2005) diskutierten verschiedene Erfassungsmethoden des **sozialen Netzwerkes** bezüglich klinischer Brauchbarkeit und Einsetzbarkeit in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen und resümierten, dass viele für den Einsatz in der klinischen Praxis zu zeitaufwendig und komplex sind. Ein Beispiel für ein ökonomisches Instrument zur Quantifizierung und Qualifizierung des sozialen Netzes ist der *Multidimensionale Sozialkontakt-Kreis (MuSK)*; Linden et al., 2007). Es wird dabei die Zahl der

Kontaktpartner in verschiedenen sozialen Bezügen erfasst und dann der Grad der emotionalen und praktischen Unterstützung sowie Belastung eingeschätzt. Das heißt, der *MuSK* erlaubt neben der wesentlichen Struktur des sozialen Netzes positive und belastende Beziehungen zu erfassen. In adaptierter Form ist er in der vorliegenden Studie für die Erfassung von Beziehungen und Unterstützung zwischen Patienten verwendet worden (siehe Kapitel 4.2.3).

Soziale Unterstützung wird überwiegend mittels Selbsteinschätzungsinventaren wie Fragebögen (z. B. *Berliner Social Support Skalen, BSSS*; Schulz & Schwarzer, 2003), Interviews (z. B. *Interview zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung, SONENT*; Baumann, Laireiter, Pfingstmann & Schwarzenbacher, 1987), Tagebücher und Verhaltensbeobachtungen erhoben. Ein Überblick über gängige Verfahren zur Erfassung sozialer Unterstützung und des sozialen Netzwerkes findet sich zum Beispiel bei Kienle et al. (2006), Knoll und Kienle (2007), Schwarzer (2004), Fydrich und Sommer (2003) sowie Fydrich et al. (2007). Ein renommiertes Inventar stellt der *Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)*; Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999, Fydrich et al., 2007). Er erfasst die wichtigsten dargestellten Facetten sozialer Unterstützung aus der Perspektive des Rezipienten, weshalb er auch in der vorliegenden Studie verwendet (Kapitel 4.2.4) und für die Erfassung sozialer Unterstützung zwischen den Patienten adaptiert wurde (Kapitel 4.2.5).

2.3.4 Zusammenfassung

Soziale Unterstützung ist ein mehrdimensionales Konstrukt. Sie dient der Steigerung des Wohlbefindens, wirkt Stress „abpuffernd“ und hält die Gesundheit aufrecht. Der Befund, dass soziale Unterstützung bei der Entstehung und im Verlauf psychischer Störungen mitwirkt, gilt als gesichert. Ebenso wirken sich Formen sozialer Belastung auf psychisches Wohlbefinden aus. Zudem sind mehrfach Geschlechtereffekte validiert worden. Besonders die wahrgenommene soziale Unterstützung erwies sich für klinisch-psychologische Fragestellungen von hoher Relevanz, weshalb der Fokus in dieser Arbeit neben der quantitativen Beschreibung von sozialen Netzwerken im therapeutischen Milieu auf der Erhebung qualitativer Unterstützungsaspekte liegt.

2.4 Schlussfolgerungen – Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation

In Deutschland stellt die psychosomatische Rehabilitation einen Teil des Versorgungskonzepts der medizinischen Rehabilitation dar, dessen Wirksamkeit durch eine Vielzahl empirischer Forschungsarbeiten belegt worden ist (Paar & Kriebel, 1998, Steffanowski et al., 2007, vgl. Zielke, 1993, siehe Kapitel 2.1). Mit Instrumenten wie dem *SEB* (Sammet & Schauenburg, 1999) und dem *Milieu-Fragebogen* (Linden et al., 2006) lassen sich **milieuthераpeutische Aspekte** in psychosomatischer Rehabilitation abbilden. Die Wahrnehmung der Stationsatmosphäre steht im Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Diesbezüglich und hinsichtlich geschlechtsspezifischer Bewertungen liegen inkonsistente Befunde vor, die bislang nicht im Kontext der psychosomatischen Rehabilitation geprüft worden sind.

Obwohl die Bedeutung des therapeutischen Milieus unumstritten und die Effektivität des psychosomatischen Behandlungskonzepts nachgewiesen ist, wird den **Beziehungen zwischen Mitpatienten** wissenschaftlich betrachtet wenig Beachtung eingeräumt. Bisher wurde nur im Rahmen von Patientenbefragungen erfasst, ob die Kontakte zu Mitpatienten hilfreich oder belastend waren. Im Zusammenhang mit dem Therapieergebnis sind die Beziehungen bis dato nur im Rahmen stationsatmosphärischer Untersuchungen erhoben worden. Diesbezügliche Ergebnisse weisen auf Inkonsistenzen hin. Ferner liegen keine systematischen Untersuchungen zur Erfassung von Beziehungen zwischen Patienten vor und es existiert kein Messinstrument, das sich auf die Beziehungsqualitäten zwischen den Patienten bezieht. Es gibt, bis auf einige Hinweise aus der gruppenpsychotherapeutischen Forschung, keine klaren Befunde zur Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Beziehungen zwischen Patienten im therapeutischen Milieu. Allerdings liegen Studien vor, die intime Beziehungen zwischen Patienten in Psychiatrien erfassen, wobei die Untersuchungen überwiegend auf Beobachtungen bzw. Befragungen des Personals beruhen. Angaben zur Prävalenz der Beziehungsformen (z. B. Bekannte, Freundschaft, intime Kontakte) zwischen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation fehlen (vgl. Kapitel 2.2). Darüber hinaus ist nicht untersucht worden, ob Patienten Kontakte zu ehemaligen Mitpatienten nach der Entlassung pflegen.

Das Konstrukt der **sozialen Unterstützung** ist mit seinen Zusammenhängen in Bezug auf psychische Störungen und unter Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden empirisch gut belegt (siehe Kapitel 2.3). Beispielsweise ließen sich in der psychosomatischen Rehabilitation eine Symptomverbesserung und der Einfluss der sozialen Integration neben der Psychopathologie zu Behandlungsbeginn nachweisen (Linden & Geiselman, 2005). Dessen ungeachtet wurde bisher nicht untersucht, wie sich quantitative (soziale Integration) und qualitative (soziale Unterstützung) Aspekte innerhalb des therapeutischen Milieus abzeichnen bzw. ob Patienten Unterstützung und Belastung von ihren Mitpatienten während der psychosomatischen Rehabilitation wahrnehmen und wie diese mit dem Behandlungsergebnis assoziiert sind. Während für die Erfassung der sozialen Unterstützung in sozialen Kontexten zahlreiche etablierte Messinstrumente vorliegen, existiert keines, das explizit die soziale Unterstützung zwischen den Patienten im therapeutischen Milieu erhebt. Offen bleibt, ob sich bisher bewährte Erhebungsverfahren wie z. B. der *F-SozU* (Fydrich et al., 2007) oder der *MuSK* (Linden et al., 2007) zur Adaption eignen, sodass damit Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen Mitpatienten erfasst werden können.

3 Ziele und Forschungsfragen

Basierend auf dem dargestellten Forschungsgegenstand werden im 3. Kapitel der Dissertation Ziele (Abschnitt 3.1) und (explorative) Fragestellungen sowie dazugehörige Hypothesen, sofern aus den bisherigen empirischen Befunden ableitbar, vorgestellt (Abschnitt 3.2).

3.1 Ziele der Dissertation

Die Dissertation befasst sich mit der Untersuchung von Beziehungen und sozialer Unterstützung und Belastung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation unter Einbezug stationsatmosphärischer Aspekte. Ziel der Dissertation war zu überprüfen, welche Beziehungen Patienten während der psychosomatischen Rehabilitation zu ihren Mitpatienten eingehen, ob Kontakte zu ehemaligen Mitpatienten auch noch nach der Entlassung bestehen, in welchem Ausmaß die Befragten sich durch Mitpatienten unterstützt und belastet fühlen, und inwiefern das Behandlungsergebnis dadurch beeinflusst wird. Anlehnend an die Social-Support-Forschung sind explorative Zusammenhänge zwischen funktionaler Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk und dem Therapieergebnis zu untersuchen. Darüber hinaus war von Interesse, wie sich die wahrgenommene Stationsatmosphäre auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Bei allen Themenkomplexen sind Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen. Zugleich leistet die Studie einen Beitrag zur Frage der Praktikabilität der adaptierten Untersuchungsinstrumente.

3.2 Fragestellungen und Hypothesen

Psychometrische Gütekriterien der adaptierten Fragebögen

Den aktuellen Recherchen in einschlägigen Datenbanken zufolge, existiert weder ein Instrument zur Erfassung von Beziehungen zwischen Patienten in Rehabilitation noch eines zur Erhebung der sozialen Unterstützung bzw. Belastung zwischen Patienten (siehe Kapitel 2.2.5, 2.3.3), sodass schließlich im Rahmen der Dissertation entsprechende Testverfahren zu entwickeln bzw. zu adaptieren waren. Im ersten Schritt soll gewährleistet werden, dass sie

einer psychometrischen Überprüfung standhalten. Aufgrund der Ähnlichkeit zum *MuSK* (Linden et al., 2007) sind für den *Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen (FEPB)* (Kapitel 4.2.3) vergleichbare Reliabilitätsschätzungen zu erwarten. In Anlehnung an die umfangreichen Untersuchungen zum *F-SozU* (Fydrich et al., 2007, vgl. Franke, 1994) werden für den adaptierten *Fragebogen zur Erfassung sozialer Unterstützung zwischen Patienten (F-SozU-P)* (Kapitel 4.2.5) ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die geschätzten Gütekriterien erwartet.

Frage 1: Entsprechen die adaptierten bzw. neu entwickelten Testverfahren (*FEPB, F-SozU-P*) den psychometrischen Gütekriterien?

Hypothese 1.1: Die Reliabilität wird mittelmäßig bis hoch sein.

Hypothese 1.2: Die Skalen zur emotionalen und praktischen Unterstützung im FEPB werden mit denen des F-SozU-P moderat korrelieren.

Hypothese 1.3: Die drei Skalen des F-SozU-P werden positiv miteinander und negativ mit der Skala Bel-P korrelieren.

Hypothese 1.4: Es werden positive Zusammenhänge zwischen den jeweiligen Skalen des F-SozU-P und F-SozU erwartet; alle Skalen werden mit Bel-P und Bel negativ korrelieren.

Hypothese 1.5: Während soziale Unterstützung im therapeutischen Milieu negativ mit dem Ausmaß an psychopathologischen Symptomen korreliert, werden für die soziale Belastung und der Psychopathologie positive Zusammenhänge erwartet.

Beziehungen zwischen Patienten während der stationären Rehabilitation

Aufgrund der im Kapitel 2 diskutierten milieutherapeutischen Effekte einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wird angenommen, dass Patienten Kontakte zu ihren Mitpatienten pflegen werden. Da zur Klassifikation von Beziehungen und deren Häufigkeiten keine Daten vorliegen (vgl. Kapitel 2.2), sollen diese untersucht werden. Die von Kastner und Linden (2013) im Review angegebenen schwankenden Prävalenzen (1.5% - 30%) zu intimen Beziehungsformen in Akut- und Langzeiteinrichtungen waren ausschlaggebend für

Häufigkeitserfassung aller Beziehungsformen zwischen Patienten. Anlehnend an die Ergebnisse der Patientenbefragungen im Rahmen der Klinikaufenthaltsbeurteilung (Kapitel 2.2.3 und 2.3.4) von z. B. Eichler et al. (2006), Klein (2010), Klosterhuis (2008), Kordy et al. (1990) und Raguss-Klimitz (2009) soll dargestellt werden, wie Patienten die Beziehungen zu ihren Mitpatienten in psychosomatischer Rehabilitation bewerten. Um einen Teil des postulierten Forschungsmodells (siehe Abbildung 1), nämlich die Frage nach dem Einfluss der Beziehungen auf das Therapieergebnis, überprüfen zu können, sind explorative Berechnungen anzufertigen.

Frage 2.1: Welche Arten von Beziehungen gehen psychosomatische Patienten zu Mitpatienten ein und wie lassen sie sich charakterisieren (z. B. Klassifikation von Beziehungen, Umgangsformen, Erwartungen)?

Frage 2.2: Wie hoch ist der Anteil an Bekanntschaften und Freundschaften sowie intimen Beziehungsformen (Partnerschaft, Kurschatten, sexueller Kontakt)?

Frage 2.3: Wie bewerten die Patienten selbst die Beziehungen im Verlauf und bei der Katamnese?

Frage 2.4: Tragen Patientenbeziehungen zur Vorhersage des Therapieergebnisses bei?

Soziale Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation

Resultierend aus den Befunden zur sozialen Integration im sozialen Netzwerk (Kapitel 2.3, z. B. Laireiter, 2002) ist übertragen auf die Netzwerkgröße innerhalb des therapeutischen Milieus (z. B. Wan-Yuk Harley et al., 2012) anzunehmen, dass Patienten während der stationären Behandlung ein deutlich geringeres Patienten-Netzwerk aufweisen als bisher für die Normalbevölkerung belegt worden ist. Beispielsweise fanden Linden und Kollegen (2007), dass psychosomatische Patienten 20.8 Personen zu ihrem sozialen Netzwerk zählen.

Frage 3.1: Wie gut sind Patienten innerhalb des therapeutischen Milieus sozial integriert?

Hypothese 3.1: Die Netzwerkgröße an Mitpatienten in der Klinik wird bedeutsam kleiner sein als der Populationsmittelwert von N = 21 Personen im häuslichen Bereich.

In den Kapiteln 2.2.3 und 2.2.4 dargestellt, nahmen Patienten ihre Mitpatienten während der (teil-)stationären Behandlung hilfreich und belastend wahr, wobei die Angaben nicht konsistent sind. Zudem wurden psychosomatische Rehabilitanden nicht befragt, woraus die folgende Frage resultiert.

Frage 3.2: Wie nehmen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation ihre Mitpatienten hinsichtlich sozialer Unterstützung und Belastung wahr?

Ausgehend von den erörterten Befunden aus der Social-Support-Forschung (Kapitel 2.3) werden geschlechtsspezifische Unterschiede angenommen. Zusammenfassend lässt sich zur Frage 3.3 vermuten, dass Frauen im Vergleich zu Männern während des stationären Aufenthaltes integrierter sind, ihre Beziehungen zu Mitpatienten öfter als Freundschaften klassifizieren werden und insgesamt auch mehr soziale Unterstützung sowohl aus ihrem häuslichen sozialen Netzwerk als auch aus dem Patienten-Netzwerk wahrnehmen werden.

Frage 3.3: Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der sozialen Unterstützung und sozialen Integration während des stationären Aufenthaltes?

Hypothese 3.3.1: Frauen weisen ein größeres Netzwerk als Männer an Patienten auf.

Hypothese 3.3.2: Frauen definieren mehr Mitpatienten als Freunde im Vergleich zu Männern.

Hypothese 3.3.3: Frauen nehmen im Vergleich zu Männern mehr soziale Unterstützung aus dem häuslichen und therapeutischen Milieu wahr.

In Anlehnung an die erörterten Befunde aus Kapitel 2.3.2 ist anzunehmen, dass sich das Therapieergebnis (Patienten- und Expertenbeurteilung) durch die wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung vorhersagen lässt. Zu vermuten ist, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Symptomschwere und einen positiven Zusammenhang zwischen Belastung und Symptomschwere geben wird. Als funktionale Indikatoren werden nicht nur wahrgenommene soziale Unterstützung und

Belastung durch Mitpatienten zur Vorhersage des Therapieergebnisses herangezogen, sondern auch die des häuslichen Netzwerkes.

Frage 3.4: Welchen Einfluss haben wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung auf das Therapieergebnis?

Hypothese 3.4.1: Eine hohe wahrgenommene soziale Unterstützung wird mit einem besseren Therapieergebnis zusammenhängen.

Hypothese 3.4.2: Eine hohe Belastung wird mit einem schlechteren Therapieergebnis einhergehen.

Frage 3.5: Welches Netzwerk wirkt sich prädiktiver auf das Therapieergebnis aus?

Therapeutisches Milieu – das Stationserleben in psychosomatischer Rehabilitation

Wie in Kapitel 2.1 dargelegt, zeigt die stationäre psychosomatische Rehabilitation einen milieutherapeutischen Rahmen für die Kontakte zwischen den Patienten auf. Patienten nehmen die stationäre Atmosphäre unterschiedlich wahr. Die verschiedenen im Kapitel 2.1.3 aufgeführten Befunde zeigen Inkonsistenzen bezüglich der Bewertung des therapeutischen Milieus. Exemplarisch soll der Frage nach Geschlechterunterschieden nachgegangen werden. Während Sammet und Schauenburg (1999) für den SEB geschlechtsspezifische Bewertungen der Stationsatmosphäre fanden, konnten verschiedenste Studien keine Geschlechterdifferenzen replizieren. Ausgehend von den Befunden der genannten Autoren, wird für die psychosomatischen Rehabilitanden angenommen, dass sie sich bezüglich ihrer Wahrnehmung des Klinikklimas unterscheiden.

Frage 4.1: Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der Wahrnehmung der Stationsatmosphäre und des Klinikmilieus?

Hypothese 4.1: Frauen beurteilen die Beziehungen zum Einzeltherapeuten, zum Team und zu den Mitpatienten sowie die Regeln positiver als Männer.

Resultierend aus den verschiedenen Ergebnissen (z. B. Sammet et al., 2004, Flügel, 2006, Baumeister, 2007) zum Zusammenhang zwischen der Stationsatmosphäre und dem Therapieergebnis in unterschiedlichen Settings, soll überprüft werden, inwieweit das Therapieergebnis durch das wahrgenommene Stationsklima einer psychosomatischen Rehabilitation beeinflusst wird. Während in der Untersuchung von Sammet et al. (2004) nur die Skalen *BEZ* und *KLI* moderat im Zusammenhang mit dem Therapieergebnis standen, korrelierten bei Baumeister (2007) die Skalen *GKE* und *TEAM* negativ mit dem Behandlungsergebnis. In der Studie von Flügel (2006) unterschieden sich Patienten mit geringerem Behandlungserfolg von denen mit besserem Behandlungserfolg hinsichtlich verschiedener Skalen (*GKE*, *KLI*, *ZUW*, *INT* und *REG*). Im Hinblick auf die Vorhersage des Therapieergebnisses stellten sich erneut weitere Prädiktoren (*GKE*, *BEZ*, *TEAM* und *REG*) bei Baumeister (2007) und *KLI* bei Cropp et al. (2008) heraus, sodass mehrere Hypothesen denkbar sind. Explorativ soll zusätzlich der Einfluss von äußeren bzw. ökologischen Bedingungen in Form des Klinikmilieus im Hinblick auf deren prädiktiven Wert für das Therapieergebnis überprüft werden, da dies gemäß der aufgeführten Befunde im Kapitel 2.1.3 bisher nicht erfolgte.

Frage 4.2: Welche Faktoren der Stationsatmosphäre bedingen das Therapieergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation?

Frage 4.3: Welchen Einfluss haben externe Bedingungen wie architektonische Gegebenheiten auf das Therapieergebnis?

Da das therapeutische Milieu in seiner Vielfalt hinsichtlich Umgebungsgestaltung und psychologischen Aspekten (siehe Kapitel 2.1.3, 2.2.2) Voraussetzungen für das Knüpfen von Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen den Patienten bietet, ist davon auszugehen, dass die Wahrnehmung des Milieus mit empfundener sozialer Unterstützung und Belastung im Zusammenhang steht. Mit dieser Fragestellung soll explorativ ein Beitrag zum Zusammenhang zwischen milieutherapeutischen Bedingungen und sozialer Unterstützung zwischen Patienten geliefert werden.

Frage 4.4: Inwieweit wirken sich Erleben der Stationsatmosphäre und Lebensbedingungen in der Klinik auf soziale Unterstützungsleistungen im therapeutischen Patienten-Netzwerk aus?

Zusammenhänge zwischen Beziehungen, sozialer Unterstützung, Stationsatmosphäre und Therapieergebnis

Entsprechend der Zielstellung und der hierzu vorliegenden theoretischen und empirischen im 2. Kapitel dargestellten Erkenntnisse sowie der bisherigen Fragestellungen und Hypothesen resultiert folgende Hauptfrage. Abbildung 1 zeigt das postulierte Modell.

Hauptfragestellung: Inwieweit bestehen Zusammenhänge zwischen Beziehungen, wahrgenommener sozialer Unterstützung zwischen den Patienten und aus dem häuslichen Netzwerk, sowie dem Erleben des therapeutischen Milieus und dem Therapieergebnis (psychische Belastung) unter Berücksichtigung der Schwere der Symptomatik zu Therapiebeginn?

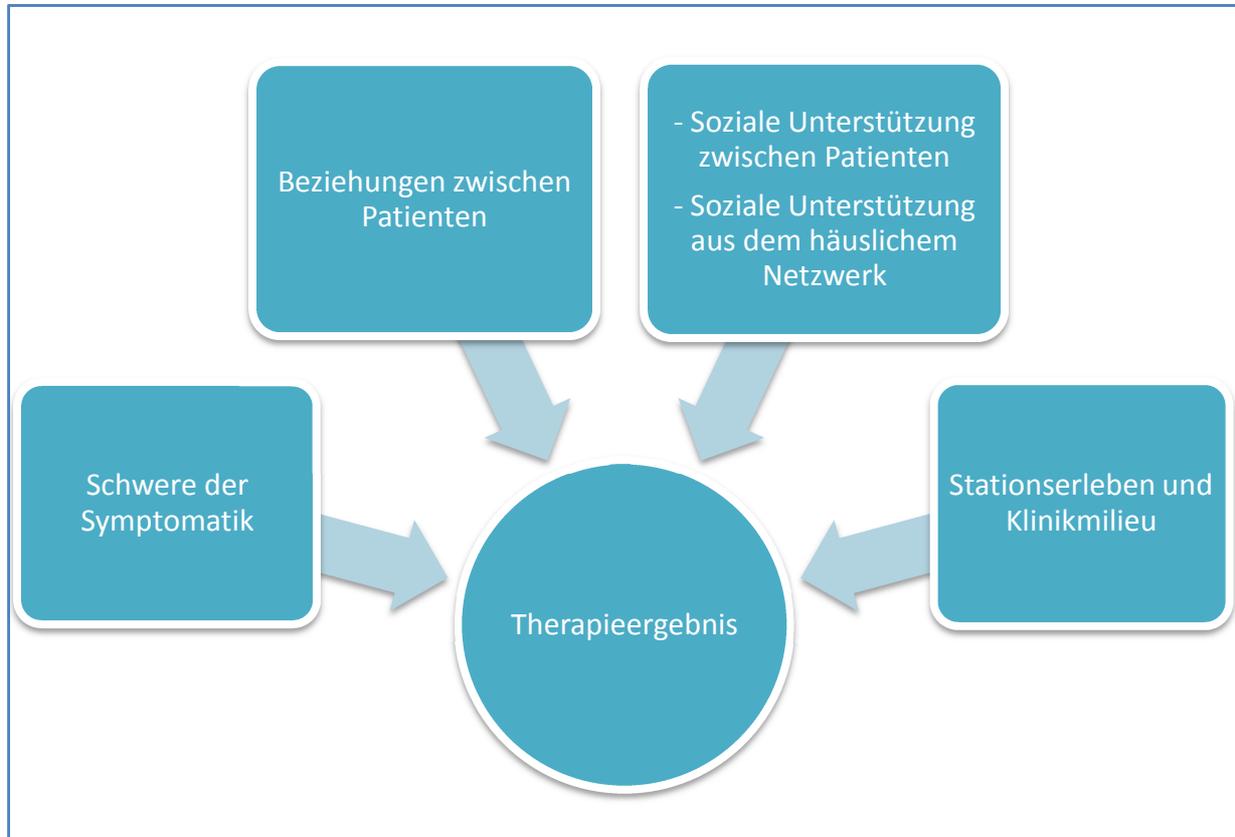


Abbildung 1: Forschungsmodell

4 Material und Methoden

In diesem Kapitel werden Untersuchungsdesign (Kapitel 4.1), eingesetzte (standardisierte und neu entwickelte) Messinstrumente (Kapitel 4.2), Stichprobe inklusive Nonresponseanalyse (Kapitel 4.3) und die angewendeten methodischen Verfahren zur Datenauswertung (Kapitel 4.4) beschrieben.

4.1 Studiendesign

Die Datenerhebung erfolgte in der Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof der DRV Bund, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin. Das Rehabilitationszentrum ist Teil des stationären Versorgungssystems zur Behandlung psychischer Störungen. Die Behandlung erfolgt multimodal (somato-, pharmako und soziotherapeutisch). Zum wöchentlichen Behandlungsprogramm zählen Einzel- und Gruppentherapien, Bewegungs- und Ergotherapien, medizinische Visiten sowie zielgruppenspezifische Anwendungen.

Die prospektive Untersuchung der konsekutiv aufgenommenen Patienten fand im Zeitraum von Januar bis Juni 2012 statt, und wurde durch die DRV Bund genehmigt (Aktenzeichen: 8021 – 12 – 8920, Projektnummer: 2011-27). Das Studiendesign entspricht aufgrund des Vorliegens von natürlichen Gruppen einem quasiexperimentellen Vorgehen unter der Verwendung einer Ad-hoc-Stichprobe. Die Autorin stand in keiner Beziehung zu den Patienten und übernahm die gesamte Organisation der Erhebung von Terminvereinbarung bis Durchführung der außerstandardmäßigen Befragung, sodass dadurch keine Behinderung der Versorgung stattfand. Anonymität war anhand von Codenummern zu gewährleisten.

Abbildung 2 veranschaulicht das Forschungsdesign mit den verwendeten Erhebungsinstrumenten (Kapitel 4.2) zu den verschiedenen Messzeitpunkten. Im Rahmen der Routinediagnostik der o. g. Abteilung wurde allen Patienten die Psychotherapie-Basisdokumentation zu Therapiebeginn (Prä, t0) vorgelegt. Dazu gehört u. a. die *SCL-90-R*. In der dritten Aufenthaltswoche erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme durch die Autorin verbunden mit Einladung zur Teilnahme an einer Studie mit Thema „Beziehungen zwischen Patienten“ und zeitnaher Terminvereinbarung. Vor der Datenerhebung (t1) wurden alle teilnehmenden Patienten in Ergänzung zur mündlichen Aufklärung schriftlich darüber

informiert (Anhang A1), dass sie an einer Untersuchung zu wissenschaftlichen Zwecken teilnehmen, und sie die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen ablehnen können. Nach schriftlichem Einverständnis wurden in der 3. Behandlungswoche die in Abbildung 2 aufgeführten Fragebögen in gleicher Reihenfolge vorgelegt und besprochen. Zum Entlassungszeitpunkt (Post, t2) erfolgte im Rahmen der klinikinternen Abschlussbefragung eine Evaluation des Klinikaufenthaltes, z. B. wurde erneut die *SCL-90-R* ausgefüllt und die Therapeuten nahmen eine Einschätzung der Symptomatik vor. Sieben Monate bis ein Jahr (t3) nach Ende des Rehabilitationsaufenthaltes wurden alle teilnehmenden Patienten schriftlich kontaktiert und nachbefragt (Anhang A2, B4).

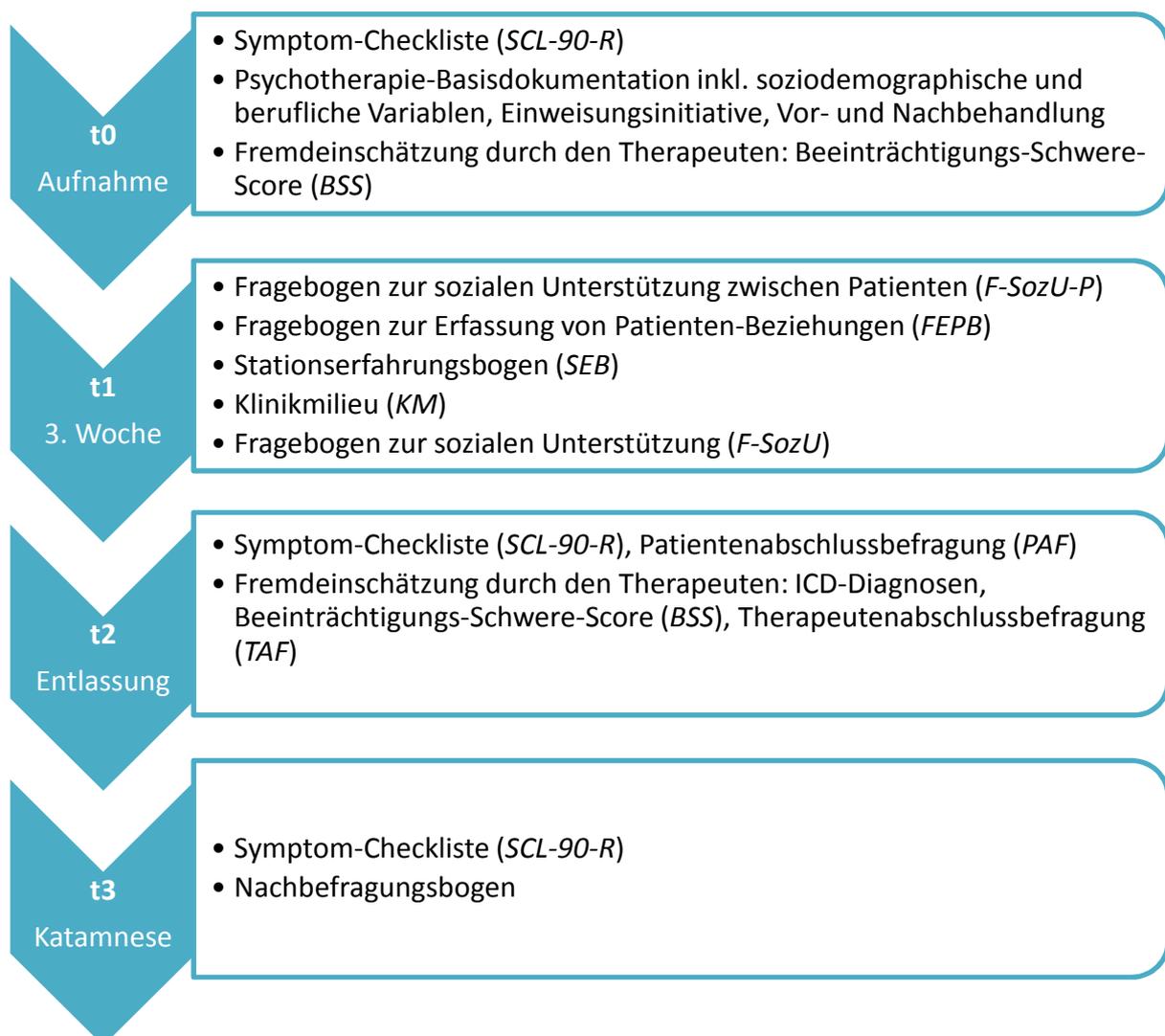


Abbildung 2: Forschungsdesign

4.2 Erhebungsinstrumente

In den folgenden Abschnitten werden die in der Untersuchung verwendeten testpsychologischen Messinstrumente vorgestellt. Als Datenquelle galt es Erhebungsinstrumente für die Selbsteinschätzung der Patienten (Selbstrating) als auch Erhebungsinstrumente für die Einschätzung durch die Behandler bzw. Therapeuten (Expertenrating) heranzuziehen. Zur Anwendung kamen neben standardisierter Eingangs- und Abschlussdiagnostik im Rahmen der abteilungsinternen Psychotherapie-Basisdokumentation der Klinik mehrere Fragebögen, die den jeweiligen Beziehungsstatus zu Mitpatienten, die wahrgenommene soziale Unterstützung und die Stationsatmosphäre erfassen.

4.2.1 Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo)

Zur Qualitätssicherung entwickelte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die *Psychotherapie-Basisdokumentation (Psy-BaDo)* als Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation psychotherapeutischer Fachbehandlungen. Die *Psy-BaDo* ist Therapieschulen-übergreifend, (zeit-)ökonomisch, für den ambulanten und stationären Versorgungssektor praktikabel sowie gestuft (je nach fortgeschrittener Diagnostik und Therapieprozess) einsetzbar und dient der Diskussion von Prozess- und Ergebnisqualität (Heuft & Senf, 1998). In Anlehnung an die *Psy-BaDo* erfolgte eine abteilungsinterne Basisdokumentation (*Psy-BaDo-Seehof*). Die in diesem Abschnitt vorgestellten Erhebungsinstrumente sind Teil der umfangreichen *Psy-BaDo-Seehof*.

Der *Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS; Schepank, 1995)* dient der Bestimmung der Schwere der Beeinträchtigung auf drei Dimensionen: körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung. Der Therapeut differenziert den Schweregrad auf fünf Stufen (0 = „gar nicht beeinträchtigt“ bis 4 = „extrem beeinträchtigt“) für die letzten sieben Tage (Punktprävalenz) sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung. Der Summenwert (*Gesamt-BSS-Score*) – gebildet durch die drei Dimensionen – ergibt einen Schweregrad zwischen 0 und 12. Summenwerte von 0-1 entsprechen z. B. einer optimalen Gesundheit; Werte von 4-5 einer deutlichen Störung mit Krankheitswert; Werte zwischen

10-12 erhalten schwerst gestörte Patienten. Die Interraterreliabilität liegt bei $r = .90$. Die Bearbeitungsdauer beträgt zwei bis drei Minuten. Der *BSS* eignet sich neben der Anwendung in der klinischen Praxis in den psychotherapeutischen Bereichen und Qualitätssicherung zur klinischen Grundlagenforschung, Therapieeffektvergleichs- und Katamnesestudien, und wurde daher in der vorliegenden Arbeit zur Therapieerfolgsevaluation anhand von Prä-Post-Vergleichen herangezogen.

Im Rahmen der *Psy-BaDo-Seehof* wird bei Behandlungsende sowohl seitens der Therapeuten (*Therapeutenabschlussbewertung, TAF*) als auch durch die Patienten (*Patientenabschlussbefragung, PAF*) eine allgemeine Veränderungsbeurteilung vorgenommen. Die Selbst- und Fremdeinschätzung erfolgt anhand einer sechsstufigen Likert-Skala (0 = „war kein Problem“, 1 = „verschlechtert“, 2 = „unverändert“, 3 = „etwas besser“, 4 = „deutlich besser“, 5 = „sehr viel besser“) und bezieht sich auf zehn Bereiche (*körperliche und psychische Befindensstörung, Selbstwernerleben bzw. Selbstwertannahme, soziale Probleme, Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich, Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich, eigenständige Handlungskompetenz bzw. psychosoziale Fähigkeiten, Krankheitsverständnis, Zukunftsorientierung und psychisches Wohlbefinden*). Darüber hinaus schätzen Patienten und Therapeuten die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Patienten am Ende der Behandlung ein (0 = „nein“, 1 = „mit Einschränkung“, 2 = „ja“). Auf einer visuellen Analogskala (0 = „nicht erreicht“ bis 10 „voll erreicht“) schätzt der Therapeut weiterhin ein, inwiefern der Patient sein Behandlungsziel, mit dem er in die Rehabilitation gekommen ist, aus therapeutischer Sicht erreicht hat. Ebenso wird der Patient nach Abschluss der Behandlung gebeten, auf selbiger Analogskala einzuschätzen, inwieweit er das Behandlungsziel erreicht hat, ob sich der Klinikaufenthalt gelohnt und ihm gefallen hat. Anhand von 21 weiteren Items gibt der Patient noch Rückmeldung über den Klinikaufenthalt (0 = „Frage trifft nicht zu“, 1 = „stimme nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“). Das aus dem *PAF* für die Dissertation hauptsächlich relevante Item war „Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich“.

Die durch die behandelnden Therapeuten gestellten **Diagnosen** gemäß der ICD-Kriterien (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wurden den Entlassungsbriefen entnommen.

4.2.2 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die Patienten beantworten im Rahmen der abteilungsinternen Basisdokumentation computergestützt die *Symptom-Checkliste-90-Revision* von L. R. Derogatis (*SCL-90-R*; Franke, 2002). Die *SCL-90-R* wird als Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome in den vergangenen sieben Tagen eingesetzt. Der faktorenanalytisch konzipierte Selbstbeurteilungsfragebogen enthält 90 Items (fünfstufige Likert-Skala: 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“) und setzt sich aus den folgenden neun Skalen zusammen: *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus*. In Tabelle 3 sind die Inhalte der Skalen kurz erläutert. Zudem liegen sieben Zusatzitems vor, die jedoch keiner Skala zugeordnet, aber in die Berechnung der drei Globalen Kennwerte eingehen. Diese Kennwerte geben Auskunft über die psychische Belastung auf einem allgemeinen Niveau: Der *Global Severity Index (GSI)* misst die grundsätzliche psychische Belastung und gilt als der beste Indikator für das Ausmaß der vorhandenen psychischen Belastung. Dabei wird die Intensität der Belastung in Bezug zu allen 90 Items gesetzt. Der *Positive Symptom Distress Index (PSDI)* nimmt Bezug auf die Intensität der vorliegenden Symptome im Antwortverhalten. Darüber hinaus gibt der *Positive Symptom Total (PST)* die Anzahl der Symptome an, bei denen eine psychische Belastung vorliegt. Die Bearbeitungszeit der Checkliste beträgt 10-15 Minuten.

Sowohl die Durchführungs- und Auswertungs- als auch die Interpretationsobjektivität sind gewährleistet. Für die interne Konsistenz in der Stichprobe von stationären Psychotherapie Klienten ($N = 5.057$) liegen Koeffizienten zwischen $\alpha = .74$ und $\alpha = .97$ (Skalen und Kennwerte) vor. Die Retest-Reliabilitäten ($.69 \leq r_{t/t} \leq .92$) sind ebenso als gut bewertet worden. Die konvergente, diskriminante und differentielle Validität gilt als bestätigt (Schmitz, Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister & Tress, 2000).

Die *SCL-90-R* wurde in dieser Untersuchung verwendet, weil sich das Verfahren im Bereich evaluativer Psychotherapieforschung zur Erfassung der indirekten Veränderungsmessung psychometrisch bewährt hat und dadurch eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien gewährleistet ist. Der *GSI* bei Entlassung und bei Katamnese wird als Maß für das Behandlungsergebnis gewählt.

Tabelle 3: Die Skalen der Symptom-Checkliste

Skala 1: <i>Somatisierung</i> (12 Items)	körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen
Skala 2: <i>Zwanghaftigkeit</i> (10 Items)	leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit
Skala 3: <i>Unsicherheit im Sozialkontakt</i> (9 Items)	leichte soziale Unsicherheiten bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
Skala 4: <i>Depressivität</i> (13 Items)	Traurigkeit bis hin zu schwer ausgeprägter Depressivität
Skala 5: <i>Ängstlichkeit</i> (10 Items)	körperlich spürbare Nervosität bis hin zu starker Angst
Skala 6: <i>Aggressivität/ Feindseligkeit</i> (6 Items)	Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
Skala 7: <i>Phobische Angst</i> (7 Items)	leichte Gefühle von Bedrohung bis hin zu massiven phobischen Ängsten
Skala 8: <i>Paranoides Denken</i> (6 Items)	Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu stark paranoidem Denken
Skala 9: <i>Psychotizismus</i> (10 Items)	Gefühle von Isolation, Entfremdung bis hin zu psychotischem Erleben

4.2.3 Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen (FEPB)

Entwicklung: In Anlehnung an den *MuSK* (Linden et al., 2007), der unterschiedliche Dimensionen des sozialen Netzes einer Person erfasst, entstand der *Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen (FEPB)*, siehe Anhang B2⁴. Ausgehend von den in der Literatur am häufigsten differenzierten und von Laireiter (2009) zusammengefassten Beziehungs- und Erfassungskriterien sozialer Netzwerke sind die folgenden Beziehungsmerkmale „bloße Bekanntschaft“, „soziale Kontakte“, „subjektive Wichtigkeit“,

⁴ Anmerkung zum Design des *FEPB*: Die vier Seiten des Fragebogens sind auf A3-Format so anzuordnen, dass die erste Seite (Instruktion) nach dem Falten das Deckblatt darstellt. Seiten 2 und 3 (Abschnitte 1 bis 10) sind im Querformat untereinander zu drucken; Seite 4 (ab Abschnitt 11) befindet sich auf der Rückseite wie Seite 1 im Hochformat (siehe Anhang B2).

„emotionale Beziehung“, „interpersonale Belastung“ und „soziale Unterstützung“ im *FEPB* zu erfassen. Anhand des *FEPB* sollen Angaben zur Größe des Kontaktnetzes bestehend aus Mitpatienten, sozialer Integration innerhalb des therapeutischen Milieus, Netzspektrum sowie praktischer und emotionaler Unterstützung und zu sozialen Belastung gewonnen werden. Der Fokus liegt im *FEPB* wie im *MuSK* auf der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Ähnlich wie im *MuSK* sollen im 1. Abschnitt des *FEPB* Personen – hier – Mitpatienten genannt werden, zu denen die Patienten eine Beziehung, unabhängig ob angenehm oder belastend, und Kontakt haben. Zur besseren Erinnerung werden im 2. Abschnitt die wesentlichen Bereiche der Klinik aufgelistet, in denen Patienten soziale Beziehungen zu Mitpatienten pflegen können. Die ausgewählten Bereiche richten sich nach den in der Klinik relevanten therapeutischen Angeboten sowie organisatorischen und räumlichen Gegebenheiten. Dazu zählen: gemeinsame Anreiseweche, Speisesaal, Gruppenpsychotherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Wintergarten, Raucherbereich, Ausflüge/Unternehmungen und andere Bereiche. Im 3. Abschnitt wird danach gefragt, ob sich Patienten untereinander mit Vor- oder Nachnamen ansprechen bzw. sich duzen oder siezen. Um zu untersuchen, inwieweit Patienten eher Kontakte zu Frauen oder Männern während ihres Aufenthaltes pflegen, werden sie im 4. Abschnitt gebeten, das jeweilige Geschlecht ihrer Mitpatienten anzugeben. Anschließend soll im 5. Abschnitt in Anlehnung an die im Kapitel 2.2.1 aufgeführten Beziehungsformen die Intensität der Kontakte zu Mitpatienten in die Kategorien „Bekanntschaft“, „Freundschaft“, „Kurschatten“ und „Partnerschaft“ klassifiziert werden, sowie angegeben werden, ob „sexuelle Kontakte“ („ja“ versus „nein“) bestanden. Die Fragen zur emotionalen und praktischen Unterstützung (Abschnitte 6 und 7) sowie die zur emotionalen und praktischen Belastung (Abschnitte 8 und 9) und deren fünfstufige Likert-Skala (von 0 bis 4) wurden leicht verändert aus dem *MuSK* in den *FEPB* übernommen. Konkret wurde z. B. in den Abschnitten 6 bis 9 gefragt: „Konnten Sie positive oder negative Gefühle mit Mitpatienten teilen, oder Trost und Zuspruch, wenn Sie dies wünschten? Schätzen Sie dies mit folgender Skala ein: [...]“ (*Skala Emotionale Unterstützung [EU]*), „Fühlten Sie sich bei praktischen Dingen unterstützt (z. B. bei der Erledigung von Besorgungen oder Abnahme kleiner Aufgaben), wenn Sie dies benötigten?“ (*Skala Praktische Unterstützung [PU]*), „Fühlten Sie sich durch diese Patienten gefühlsmäßig belastet, überfordert, eingeengt, abgelehnt oder kritisiert?“ (*Skala Emotionale Belastung*

[EB]), und „Fühlten Sie sich durch zu übernehmende Pflichten und Aufgaben von Mitpatienten belastet?“ (*Skala Praktische Belastung [PB]*). Schließlich wird im 10. Abschnitt noch nach den Kontakterwartungen nach der Rehabilitation gefragt; auch hier soll die Beantwortung getrennt für jeden angegebenen Mitpatienten erfolgen. Zuletzt erfolgt im 11. Abschnitt eine Einschätzung zum Gesamteindruck aller angegebenen Beziehungen zu Mitpatienten. Hier wird zum einen anlehnend an das Konstrukt soziale Integration nach der Anzahl der Kontakte insgesamt gefragt. Zudem sollen Unterstützung und Belastung durch alle Mitpatienten angegeben werden (*Emotionale Unterstützung – Gesamtwert [EU-Ges]*, *Praktische Unterstützung – Gesamtwert [PU-Ges]*, *Emotionale Belastung – Gesamtwert [EB-Ges]*, *Praktische Belastung – Gesamtwert [PB-Ges]*). Im Gegensatz zum *MuSK* wurde im *FEPB* aus ökonomischen Gründen auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der Unterstützung verzichtet. Für die vorliegende Untersuchung wurde auf die Einschätzung der Zufriedenheit aus dem *Fragebogen zur sozialen Unterstützung – Patienten* (siehe Abschnitt 4.2.5) zurückgegriffen.

Datenschutzprüfung: Im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung zu bewilligenden Forschungsprojekts erfolgte eine abschließende Prüfung durch das Referat für Datenschutz der DRV Bund. Um eine Anonymisierung der Forschungsdaten zu gewährleisten, waren die Patienten schriftlich zu instruieren, bei zu bildenden Abkürzungen bzw. Codes für angegebene Mitpatienten darauf zu achten, dass diese keinen Rückschluss auf Mitpatienten erlauben.

Durchführung: Der Fragebogen wurde sowohl Behandlern als auch stationären Patienten vorgelegt, um die Verständlichkeit und Brauchbarkeit der Items zu überprüfen. In einer *Voruntersuchung* wurde der *FEPB* bei einer Stichprobe von $N = 10$ Patienten eingesetzt. Nach Überarbeitung der Items und Designanpassung war die revidierte Fassung nochmals einer kleinen Stichprobe von $N = 10$ vorgelegt und erneut angepasst worden. Für die *Hauptuntersuchung* wurde der im Anhang B2 beigefügte Fragebogen in der Endfassung verwendet. Die Patienten sollten in einem Selbstrating unter Anwesenheit der Autorin ihre Beziehungen zu Mitpatienten während ihres aktuellen psychosomatischen Rehabilitationsaufenthalts beurteilen. Dazu wurden sie zunächst gebeten, alle Mitpatienten, die von Bedeutung waren, anonymisiert im 1. Abschnitt einzutragen, sowie weiter anzugeben, in welchen Bereichen (Abschnitt 2) die Kontaktaufnahme erfolgte. Anschließend

waren alle Fragen der Abschnitte 3 bis 10 getrennt für jeden angegebenen Mitpatienten zu beantworten. Im Anschluss daran füllten die Patienten den 11. Abschnitt aus.

Auswertung: Adaptiert vom *MuSK* lässt sich die Gesamtnetzgröße, d. h. die Summe der Anzahl der Kontakte zu Mitpatienten während des stationären Aufenthaltes, ermitteln. Dabei ist zwischen den angegebenen Patienten im 1. und 11. Abschnitt zu unterscheiden. Während im 1. Abschnitt die Mitpatienten erfasst sind, die für die Patienten eine Bedeutung hatten, sind im 11. Abschnitt alle Mitpatienten angegeben, zu denen der Patient insgesamt Kontakt hatte. Ebenso wie beim *MuSK* lassen sich für die Fragen zur sozialen Unterstützung und sozialen Belastung des *FEPB* Globalindikatoren sowie differentielle Indikatoren bilden. Da es im Gegensatz zum *MuSK* im *FEPB* eher darum geht, überhaupt Angaben zur sozialen Unterstützung und Belastung zwischen Patienten zu generieren und weniger darum einzelne Quellen in den jeweiligen Klinikbereichen zu identifizieren, sind bei dieser Auswertung nur die wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung von Relevanz. Die Grundlage dabei ist eine fünfstufige Likert-Skala (0 = „überhaupt nicht“, 1 = „kaum“, 2 = „teils/teils“, 3 = „ziemlich“, 4 = „sehr“). Es lassen sich Mittelwerte aller Angaben für die Skalen *EU*, *PU*, *EB* und *PB* errechnen, indem alle Werte für die bedeutsamen angegebenen Patienten (Abschnitte 6-9) addiert und anschließend durch die Anzahl aller bedeutsamen Patienten dividiert werden. Darüber hinaus lassen sich Gesamtwerte der Unterstützung (*EU-Ges*, *PU-Ges*) und Belastung (*EB-Ges*, *PB-Ges*), die unter Berücksichtigung aller angegebenen Mitpatienten (Abschnitt 11) von den Patienten auf der gleichen Skala eingeschätzt werden, berechnen. Dem *MuSK* entsprechend gelten Mittelwerte von 4-3 als sehr hohe Unterstützung bzw. Belastung; Werte wie 2-1 gelten als teilweise unterstützend bzw. belastend. Werte unter 1 geben keine oder nur sehr geringe soziale Unterstützung bzw. Belastung an. Des Weiteren ließe sich noch das Verhältnis von Unterstützung und Belastung errechnen. Darauf wurde ebenso wie auf die Berechnung des Integrationsindex, des Netzspektrums und des differentiellen Netzes verzichtet, da diese für die Fragestellungen keine Relevanz haben. Angaben zur psychometrischen Überprüfung sind dem Kapitel 5.2 zu entnehmen.

4.2.4 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)

Mit dem *Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU; Sommer & Fydrich, 1991; Fydrich et al., 1999, Fydrich et al., 2007)* sollen die subjektive Überzeugung der Patienten, im Bedarfsfall Unterstützung von anderen zu erhalten sowie die Einschätzung, auf Ressourcen des sozialen Umfeldes zurückgreifen zu können, erfasst werden. Er kam zum Einsatz, da zusätzlich zur Unterstützung durch Mitpatienten auch die des häuslichen Netzwerkes zum Vergleich von Relevanz war. Die 54 Items in Aussageform bedürfen auf einer fünfstufigen Likert-Skala der Zustimmung von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ (Kodierung: 1 bis 5 bei Invertierung von zehn Items); die Beantwortung dauert ca. 12-20 Minuten.

Mit den drei Hauptskalen (*Emotionale Unterstützung [EU]*, *Praktische Unterstützung [PU]*, *Soziale Integration [SI]*) der Standardform werden die zentralen Aspekte sozialer Unterstützung erfasst. Ein Gesamtmaß (*wahrgenommene soziale Unterstützung [WasU]*) lässt sich durch die Summe dieser drei Skalen ermitteln. Mit der vierten Skala *Soziale Belastung (Bel)* ist das Ausmaß der erlebten Belastung aus dem sozialen Netzwerk zu erheben. Darüber hinaus werden durch teilweise doppelte Auswertung der Items der drei Hauptskalen Zusatzskalen gebildet: *Reziprozität sozialer Unterstützung (Rez)*, *Verfügbarkeit einer Vertrauensperson (Vert)* und *Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (Zuf)*. In der Tabelle 4 sind die Skalen mit Beschreibung aufgeführt.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Hauptskalen (*EU, PU, SI, Bel*) und des Gesamtwertes liegt zwischen $\alpha = .81$ (*PU*) und $\alpha = .93$ (*WasU*) und ist daher als gut bis sehr gut einzuordnen (Fydrich et al., 1999). Für die Zusatzskalen wurde mittlere bis hohe Homogenität erreicht: Konsistenzkoeffizienten zwischen $\alpha = .70$ (*Rez*) und $\alpha = .84$ (*Vert*). Nach der Split-Half-Methode sind Werte zwischen $.79 \leq r_{tt} \leq .90$ für die Hauptskalen und Werte zwischen $.67 \leq r_{tt} \leq .85$ für die Nebenskalen (*Rez, Zuf, Vert*) angegeben. Umfangreiche Untersuchungen zu verschiedenen Validitätsarten belegten Brauchbarkeit und Differenzierungsfähigkeit des Verfahrens (Fydrich et al., 2007).

Tabelle 4: Die Skalen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung

<i>Emotionale Unterstützung (EU, 16 Items)</i>	von anderen gemocht und akzeptiert werden, Gefühle mitteilen können, Anteilnahme erleben
<i>Praktische Unterstützung (PU, 9 Items)</i>	praktische Hilfen bei alltäglichen Problemen erhalten können, z. B. etwas ausleihen, praktische Tipps erhalten, von Aufgaben entlastet werden
<i>Soziale Integration (SI, 13 Items)</i>	Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis, gemeinsame Unternehmungen durchführen, Menschen mit ähnlichen Interessen und Wertvorstellungen kennen
<i>Wahrgenommene soziale Unterstützung (WasU, 38 Items)</i>	Mit dem Ziel, ein Gesamtmaß der eingeschätzten bzw. wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu erhalten, wird durch die Auswertung aller Items der drei Skalen EU, PU und SI der Wert für die WasU ermittelt.
<i>Soziale Belastung (Bel, 12 Items)</i>	Wahrnehmung potenziell negativer oder belastender Merkmale bzw. Verhaltensweisen von Personen des sozialen Umfelds. Hierzu gehören Einschätzungen, wie stark sich Personen z. B. abgelehnt, eingeengt und kritisiert fühlen.
<i>Reziprozität sozialer Unterstützung (Rez, 4 Items)</i>	Ausmaß, mit dem die Probanden von anderen um soziale Unterstützung gebeten werden bzw. anderen Unterstützung zukommen lassen
<i>Verfügbarkeit einer Vertrauensperson (Vert, 4 Items)</i>	Einschätzung der Verfügbarkeit einer nahe stehenden Person, zu der eine vertrauensvolle Beziehung besteht
<i>Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (Zuf, 5 Items)</i>	Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung bzw. der Wunsch nach mehr Unterstützung

4.2.5 Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten (F-SozU-P)

Da bisher kein Instrument zur Erfassung der sozialen Unterstützung von Mitpatienten existierte, war der *Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten (F-SozU-P)* zu entwickeln bzw. zu adaptieren. Der *F-SozU* (vgl. 4.2.4) gilt als etablierter Fragebogen im deutschen Sprachraum. Jedoch sind die Items kontextspezifisch und daher für den Einsatz in der Klinik nicht in ihrer ursprünglichen Form geeignet. Deshalb fand eine Anpassung der Instruktion und der Items des *F-SozU* statt. Sowohl Reihenfolge als auch Satzbau wurden beibehalten. Die Wörter und Wortgruppen „Menschen“ (z. B. Item 1), „Freunden/Bekanntem“ (Item 3), „Leute“ (Item 8), „Freunde/Familie“ (Item 11), „Freunde/Angehörige“ (Item 12), „Bekannte“ (Item 22) wurden durch „Mitpatienten“ oder „Patienten“ ersetzt. Zudem erforderte es inhaltlich, die Items 1, 10, 25 und 52 folgendermaßen leicht zu verändern:

Item 1: „Ich habe Mitpatienten, die sich um klinikbezogene Angelegenheiten (z. B. Entschuldigung bei Nichtteilnahme in Therapien) kümmern können, wenn ich mal verhindert bin.“

Item 10: „Wenn ich dringend und kurzfristig zu einem umliegenden Ort (ca. 20 km) muss, weiß ich, wen ich von meinen Mitpatienten ohne Zögern bitten kann, mich dorthin zu fahren oder mich zu begleiten.“

Item 25: „Ich kann Mitpatienten bitten, mir bei klinikbezogenen Angelegenheiten zu helfen.“

Item 52: „Oft wünsche ich mir, in einer Klinik zu sein, wo mich keiner kennt.“

Die verwendete Gesamtfassung befindet sich im Anhang B1. Eine Überprüfung psychometrischer Gütekriterien erfolgte gemäß der ersten Fragestellung; die Ergebnisse sind im Kapitel 5.2 festgehalten.

4.2.6 Stationserfahrungsbogen (SEB)

Der *Stationserfahrungsbogen (SEB)* (Sammet & Schauenburg, 1999) erfasst in sieben Skalen unterschiedliche Aspekte des Erlebens stationärer Therapie und des Selbsterlebens (*Beziehung zum Einzeltherapeuten [BEZ]*, *Selbstwirksamkeit/generalisierte Kompetenzerwartung [GKE]*, *Gruppenklima [KLI]*, *therapeutische Rahmenbedingungen [REG]*,

Beziehung zum therapeutischen Team [TEA], Behandlungsintensität [INT] und Zuwendung durch Mitpatienten [ZUW]), siehe Tabelle 5. Das Selbsteinschätzungsverfahren enthält 38 Items, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala (1 = „stimmt gar nicht“ bis 6 = „stimmt genau“) zu beantworten sind. Der *SEB* diene zur Operationalisierung der Stationsatmosphäre und dauert ca. 10 Minuten.

Tabelle 5: Die Skalen des Stationserfahrungsbogens

<i>Beziehung zum Einzeltherapeuten (BEZ, 4 Items)</i>	Gefühl einfühlenen Verstehens durch den Therapeuten, gefühlsmäßige Nähe und Vertrauen zum Therapeuten, kognitive Komponente der Problembewertung durch den Therapeuten
<i>Selbstwirksamkeit (GKE, 6 Items)</i>	Ausprägung der Überzeugung, sich selbst und die Umwelt beeinflussen zu können
<i>Gruppenklima (KLI, 7 Items)</i>	Wahrnehmung der gefühlsmäßigen Atmosphäre zwischen den Patienten, emotionale Grundstimmung, emotionale Nähe/Distanz, gegenseitiges Vertrauen bzw. Misstrauen, Umgang mit Konflikten, gegenseitige Bezogenheit in der Gruppe
<i>Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/ Stationsordnung (REG, 4 Items)</i>	Anpassung an stationäre Regeln bzw. Gefühl der persönlichen Einengung, wobei ein hoher Skalenwert impliziert, dass die Anpassung an Regeln leicht fällt
<i>Beziehung zum therapeutischen Team (TEAM, 7 Items)</i>	therapeutische Atmosphäre, vermittelt durch das gesamte Team, akzeptierende Haltung, gefühlsmäßige Beteiligung, einfühlenes Verstehen, Konfrontation mit Anforderungen und Regeln sowie Kontrolle der Einhaltung dieser
<i>Angemessenheit der Behandlungsintensität (INT, 5 Items)</i>	Gefühle der Sättigung bzw. Angemessenheit der Behandlungsintensität
<i>Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion (ZUW, 5 Items)</i>	Gefühle der Unterstützung und des Verstehens durch Mitpatienten; Gruppenzugehörigkeitsgefühl

Die interne Konsistenz der Skalen variiert zwischen $\alpha = .71$ und $\alpha = .85$. Faktorenanalytisch wurde eine 7-faktorielle Lösung gewählt, in der die Zuordnung der Items zu den Faktoren als eindeutig bewertet wurde. Die varianzanalytischen Überprüfungen ergaben, dass sowohl Geschlecht als auch Behandlungseinrichtung, nicht jedoch Alter und stationäre Behandlungsdauer einen signifikanten Einfluss auf die Mittelwerte und Standardabweichungen der *SEB*-Skalen haben (Sammet & Schauenburg, 1999).

4.2.7 Milieu-Fragebogen

Der *Milieu-Fragebogen* (Linden et al., 2006) erlaubt eine Operationalisierung und Beurteilung des ökologischen Milieus, wobei Wohn- und Klinikmilieu zu unterscheiden sind. Den Patienten wurde nur die Skala *Klinikmilieu (KM)* vorgelegt. Die 17 Items sind auf einer fünfstufigen Skala mit 1 = „stimmt nicht“, 2 = „kaum“, 3 = „teils/teils“, 4 = „eher“ und 5 = „genau“ von den Patienten zu bewerten (Anhang B3). Die Beantwortung beansprucht ca. 5 Minuten. Die Skala *KM* weist eine gute Retest-Reliabilität von $r_{t/t} = .85$ und eine hohe interne Konsistenz von $\alpha = .83$ auf, sodass der Summenscore sinnvoll zu interpretieren ist. Anhand dieses reliablen und ökonomischen Verfahrens wurden u. a. Informationen zu Privatheit und Konfliktpotential bzw. Zusammenleben erhoben.

4.3 Stichprobe

Zu gewinnen waren stationäre Rehabilitanden (psychosomatische Patienten) der DRV Bund aus der Rehabilitationsklinik Seehof in Teltow/Berlin, die im Zeitraum von Januar 2012 bis Mai 2012 und in der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik konsekutiv aufgenommen wurden.

Es folgt eine Darstellung zum Ablauf der Rekrutierung der Patienten inklusive Gründe für Ablehnung bei Nichtteilnahme (Kapitel 4.3.1) sowie statistische Überprüfung der Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern (Kapitel 4.3.2).

4.3.1 Rekrutierung und Beschreibung der Studienteilnehmer

Rekrutierung: Im Zeitraum vom 02.01.2012 bis 22.05.2012 wurden $N = 434$ Patienten in die Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Reha-Klinik Seehof der DRV Bund aufgenommen. Aufnahmekriterien für die Studie waren eine Mindestaufenthaltsdauer von vier Wochen und vollstationäre Aufnahme, wobei ein späterer Wechsel bei 2.6% der Patienten in den teilstationären Modus zu verzeichnen war. Demnach wurden von 434 Patienten 56 teilstationäre Patienten und neun Patienten wegen einer verkürzten Aufenthaltsdauer nicht zur Teilnahme an der Studie gebeten. Von den potentiell Teilnehmenden ($N = 369$) ließen sich 18 Patienten trotz mehrmaliger Versuche an verschiedenen Tagen und zu unterschiedlichen Zeiten nicht telefonisch erreichen. Alle 351 Patienten wurden in der 2.-3. Woche von der Autorin telefonisch kontaktiert, um sie über das Projekt zu informieren und bei Bereitschaft zur Teilnahme einen Termin zur Erörterung und Beantwortung der Fragebögen zu vereinbaren. Die Autorin stellte sich am Telefon zunächst persönlich sowie das Thema „Beziehungen zwischen Patienten“ vor, erklärte den Ablauf, betonte dabei Anonymität, Freiwilligkeit sowie die Dauer der Befragung (ca. 45 Minuten). Von den verbleibenden 351 Patienten nahmen schließlich 233 Patienten an der Datenerhebung teil; die Ausschöpfungsquote betrug 66.4%.

Katamnese: Nach durchschnittlich 9.41 Monaten ($SD = 1.48$, Spannweite: 7-12 Monate) nach Entlassung wurden diese 233 teilnehmenden Patienten angeschrieben, mit der Bitte die zwei beiliegenden Fragebögen innerhalb von 14 Tagen im frankierten Rückumschlag an das Reha-Zentrum Seehof zurückzuschicken (vgl. Abbildung 2 in Kapitel 4.1). Von den 166 Antwortenden schickten dann 163 beide Fragebögen zurück. Sieben Patienten waren postalisch nicht erreichbar, sodass die Rücklaufquote 71.2% betrug.

Soziodemographische Zusammensetzung: Der Altersdurchschnitt der endgültigen Untersuchungsstichprobe ($N = 233$ Patienten) war 48.9 Jahre ($SD = 8.77$), wobei das Altersminimum 19.41 Jahre und das Maximum 65.47 Jahre betrug. Der Anteil der Männer (35.6%) spiegelt den Anteil der aufgenommenen Männer wider. Die Hälfte (53.9%) der Patienten war verheiratet. Die Mehrzahl der Patienten (57.1%) wies einen Realschulabschluss auf, 32.6% erlangten die allgemeine Hochschulreife. Berufstätig waren ca. 75% der Patienten; 20% waren arbeitslos.

Krankheits- und behandlungsbezogene Daten: Die Mehrheit der Patienten wurde durch Ärzte, Psychotherapeuten oder veranlasst durch die Krankenkasse bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenkasse eingewiesen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 40 Tagen ($SD = 11.11$). Überwiegend wiesen die an der Studie teilnehmenden Patienten Diagnosen aus der Gruppe der Affektiven Störungen – F3 (52.4%) sowie Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen – F4 (36.1%) auf. Alle weiteren und detaillierten Angaben sind der Tabelle 6 zu entnehmen.

4.3.2 Vergleich der Teilnehmer und Nichtteilnehmer – Dropout-Analyse

Insgesamt lehnten 118 Patienten, davon 77 Frauen und 41 Männer, die Teilnahme an der Studie ab (Drop-out-Quote: 33.6%). Die Ablehnungsgründe wurden entweder von Patienten spontan genannt, oder je nach Möglichkeit erfragt. In Abbildung 3 sind diese dargestellt.

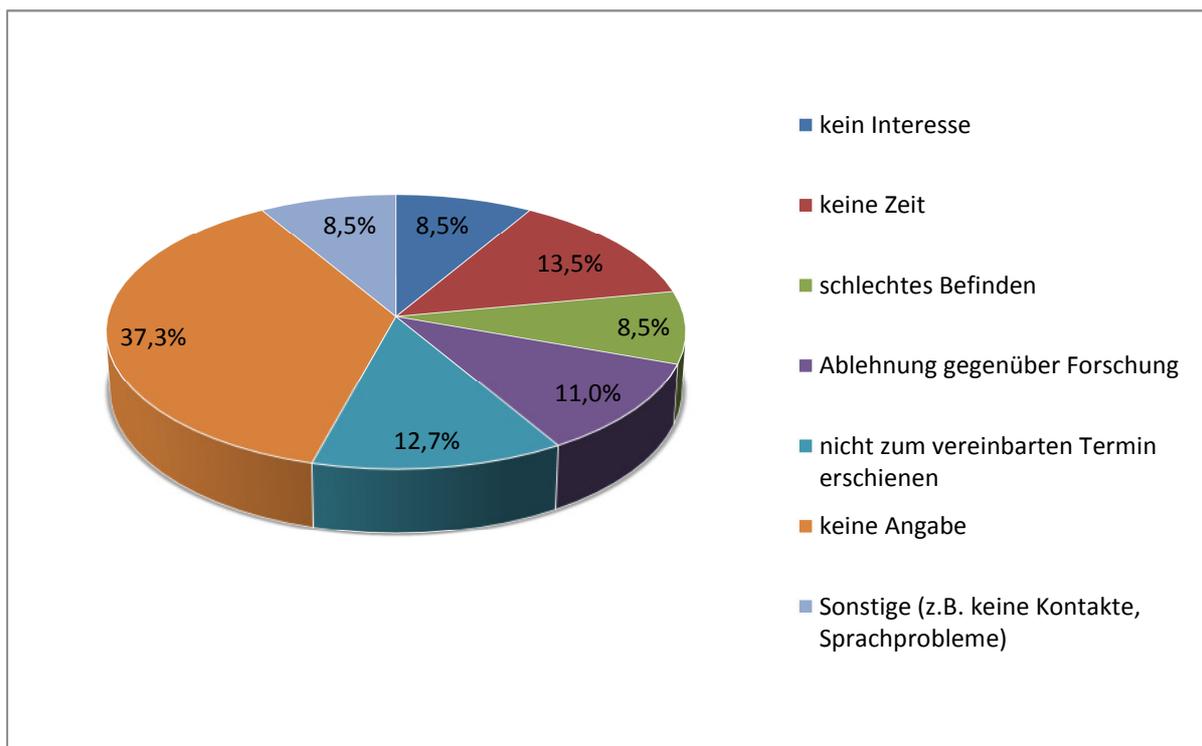


Abbildung 3: Gründe von Patienten für die Ablehnung der Teilnahme an der Studie

Zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern einer Studie muss unterschieden werden (vgl. Bortz & Döring, 2006). Um potentielle systematische Unterschiede in Bezug auf die untersuchungsrelevanten Merkmale zu prüfen, wurden soziodemografische Charakteristika (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsgrad, aktuelle Arbeitssituation), psychopathologische (Diagnosen, Kennwerte aus *SCL-90-R*) und sozialmedizinische (z. B. Arbeitsunfähigkeitsdauer, EU-Rente) Kennwerte statistisch analysiert⁵ (s. Tabelle 6).

In der **Dropout-Analyse** ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsgrad und der Diagnosen nach ICD-10. Der Vergleich der Patientencharakteristika von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ergab, dass die Teilnehmer häufiger Vollzeit berufstätig, seltener arbeitslos und tendenziell weniger Wochen vor Aufnahme krankgeschrieben waren, aber auch eine etwas längere Behandlungsdauer aufwiesen. In Bezug auf psychopathologische Kennwerte unterschieden sich die Teilnehmer von den Ablehnern im *GSI* und *PSDI* zum Aufnahmezeitpunkt, d. h. die Teilnehmer gaben eine geringere Intensität der Symptome an. Zudem neigten die Teilnehmer tendenziell zu einer geringeren Anzahl von Symptomen (*PST*). Auffallend ist, dass bei den Teilnehmern im Vergleich zu den Ablehnern zum Zeitpunkt der Entlassung geringere *SCL-90-R*-Kennwerte festzustellen sind.

Darüber hinaus wurden Antwortende mit den Nicht-Antwortenden zum Zeitpunkt der Katamnese untersucht. Ergebnis der Nonresponseanalyse war, dass die Antwortenden im Schnitt weniger Krankheitstage vor Aufnahme aufwiesen ($t_{(96.15)} = 2.21, p = .029$) und etwas älter waren ($t_{(105.82)} = -2.09, p = .039$) als die Katamneseverweigerer.

Theoretisch müsste eine Bonferroni-Holm-Korrektur ($\alpha' = \alpha/m$) zur Adjustierung des Signifikanzniveaus beim multiplen Testen durchgeführt werden. Bei Anwendung dieses Vorgehens gäbe es keine signifikanten Gruppenunterschiede.

⁵ Entsprechende Vorgehensweisen zur Hypothesenprüfung sind im Kapitel 4.4.1 zu finden.

Tabelle 6: Soziodemographische, krankheits- und behandlungsbezogene Charakteristika von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern

	Gesamt (N = 351)	Teilnehmer (N = 233)	Nicht- teilnehmer (N = 118)	Statistische Tests $t_{(df)}$ od. $\chi^2_{(df)}$
Alter in Jahren	<i>M (SD)</i> 48.71 (8.85)	<i>M (SD)</i> 48.89 (8.77)	<i>M (SD)</i> 48.36 (9.02)	$t_{(349)} = -0.52, p = .601$
Geschlecht	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	$\chi^2_{(1)} = 0.03, p = .906^a$
weiblich	227 (64.7)	150 (64.4)	77 (65.3)	
männlich	124 (35.3)	83 (35.6)	41 (34.7)	
Familienstand	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	$\chi^2_{(3)} = 1.94, p = .585$
ledig	79 (22.6)	48 (20.7)	31 (26.3)	
verheiratet	188 (53.7)	125 (53.9)	63 (53.4)	
geschieden	69 (19.7)	49 (21.1)	20 (16.9)	
verwitwet	14 (4.0)	10 (4.3)	4 (3.4)	
Bildungsgrad	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	$\chi^2_{(3)} = 4.62, p = .202$
ohne Abschluss	7 (2.0)	3 (1.3)	4 (3.4)	
Hauptschulabschluss	37 (10.6)	21 (9.0)	16 (13.7)	
Realschulabschluss	200 (57.1)	133 (57.1)	67 (57.3)	
Abitur	106 (30.3)	76 (32.6)	30 (25.6)	
Berufliche Situation	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	$\chi^2_{(4)} = 10.34, p = .035^*$
berufstätig Vollzeit	178 (50.7)	131 (56.2)	47 (39.8)	
berufstätig Teilzeit	66 (18.8)	43 (18.5)	23 (19.5)	
arbeitslos	85 (24.2)	47 (20.2)	38 (32.2)	
EU-Rente	6 (1.7)	3 (1.3)	3 (2.5)	
sonstige ^b	16 (4.6)	9 (3.9)	7 (5.9)	
Behandlungsdauer/ Arbeitsunfähigkeit	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Aufenthaltsdauer in Tagen	39.42 (11.11)	40.26 (11.31)	37.74 (10.56)	$t_{(348)} = -2.01, p = .045^*$
AU bei Aufnahme in Wochen	28.53 (38.51)	25.49 (34.84)	34.57 (44.48)	$t_{(189.5)} = 1.93, p = .055^*$

Fortführung der Tabelle 6:

	Gesamt (<i>N</i> = 351)	Teilnehmer (<i>N</i> = 233)	Nicht- teilnehmer (<i>N</i> = 118)	Statistische Tests <i>t</i> (<i>df</i>) od. χ^2 (<i>df</i>)
AU im letzten Jahr in Wochen	23.93 (19.93)	22.52 (19.70)	26.75 (20.17)	$t_{(348)} = 1.88, p = .061^\circ$
SCL-90-R-Kennwerte	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
GSI-Prä	1.18 (0.66)	1.12 (0.63)	1.29 (0.70)	$t_{(349)} = 2.23, p = .027^*$
PST-Prä	52.48 (17.73)	51.29 (17.35)	54.83 (18.31)	$t_{(349)} = 1.77, p = .077^\circ$
PSDI-Prä	1.90 (0.58)	1.85 (0.56)	2.00 (0.61)	$t_{(349)} = 2.18, p = .030^*$
GSI-Post	0.77 (0.65)	0.71 (0.60)	0.90 (0.71)	$t_{(341)} = 2.63, p = .009^*$
PST-Post	39.98 (22.16)	37.81 (21.87)	44.22 (22.21)	$t_{(341)} = 2.56, p = .011^*$
PSDI-Post	1.55 (0.56)	1.50 (0.54)	1.64 (0.60)	$t_{(341)} = 2.28, p = .024^*$
Diagnosen ICD-10	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	
F0	9 (2.6)	7 (3.0)	2 (1.7)	$\chi^2_{(1)} = 0.54, p = .723^a$
F1	14 (4.0)	10 (4.3)	4 (4.3)	$\chi^2_{(1)} = 0.12, p = .780^a$
F2	5 (1.4)	2 (0.9)	3 (2.5)	$\chi^2_{(1)} = 0.16, p = .340^a$
F3	190 (54.1)	122 (52.4)	68 (57.6)	$\chi^2_{(1)} = 0.88, p = .366^a$
F4	133 (37.9)	84 (36.1)	49 (41.5)	$\chi^2_{(1)} = 1.00, p = .352^a$
F5	12 (3.4)	8 (3.4)	4 (3.4)	$\chi^2_{(1)} = 0.00, p = 1.00^a$
F6	31 (8.8)	18 (7.7)	13 (11.0)	$\chi^2_{(1)} = 1.05, p = .323^a$
F7	1 (0.3)	1 (0.4)	0 (0)	$\chi^2_{(1)} = 0.51, p = 1.00^a$
F8	23 (6.6)	15 (6.4)	8 (6.8)	$\chi^2_{(1)} = 0.02, p = 1.00^a$
F9	4 (1.1)	3 (1.3)	1 (0.8)	$\chi^2_{(1)} = 0.14, p = 1.00^a$

Anmerkungen: AU = Arbeitsunfähigkeit, GSI = Global Severity Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total, 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 = Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

^a Exakter Test nach Fisher, ^b Sonstige = Ausbildung, unbekannt, Rente/Teilrente, Altersteilzeit, zweiter Arbeitsmarkt, Hausfrau/Hausmann, gelegentlich berufstätig, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *df* = Freiheitsgrade, [°] $p < .1$, * $p < .05$

4.4 Datenauswertung

Das Kapitel 4 abschließend werden Anwendungsvoraussetzungen der hypothesenprüfenden Verfahren inklusive Anmerkungen zur Bestimmung von Effektgrößen (Kapitel 4.4.1) sowie das genaue Vorgehen der psychometrischen Überprüfung der adaptierten Testverfahren (Kapitel 4.4.2) dargelegt.

4.4.1 Vorgehensweise bei Hypothesenprüfung

Die **statistischen Analysen** erfolgten mittels SPSS für Windows (Version 19.0).

Es wurden soziodemographische (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung), psychopathologische (z. B. ICD-Diagnose, *SCL-90-R*), testpsychologische (*FEPB*, *F-SozU-P*, *F-SozU*, *SEB*, *KM*) und sozialmedizinische (z. B. Arbeitsunfähigkeit) Charakteristika aller stationären Patienten **deskriptiv** dargestellt (s. Kapitel 4.3.1) und im Kapitel 4.3.2 zwischen teilnehmenden und nichtteilnehmenden Patienten unterschieden (**Drop-out-Analyse**). Mittelwerte und Standardabweichungen der Ergebnisse aus den Fragebögen sind tabellarisch dargelegt worden. Vereinzelt fehlende Werte (**Missing Values**) sind dem Umstand geschuldet, dass Skalen von Fragebögen wegen unvollständiger Beantwortung nicht sinnvoll auszuwerten waren.

Alle Hypothesen wurden bei dem per Konvention festgelegten **Signifikanzniveau** von $\alpha = .05$ und angestrebter Teststärke von mindestens $1-\beta = 0.8$ getestet (Bortz, 2005; Cohen, 1988). Zur Vermeidung der α -Fehler-Kumulierung bei multiplen Einzelvergleichen bzw. Signifikanzprüfungen erfolgte eine **Bonferroni-Korrektur**.

T-Tests für unabhängige und **abhängige Stichproben** sowie **Einstichproben-t-Tests** und **Varianzanalysen (ANOVA)** dienten der Überprüfung von Mittelwertunterschieden. Signifikanzprüfungen von Mittelwertunterschieden mittels *t*-Tests sind an Voraussetzungen wie Normalverteilung und Varianzhomogenität geknüpft. Die Überprüfung erfolgte mit entsprechenden Verfahren (Kolmogoroff-Smirnov-Anpassungstest und Levene-Test). Testverfahren, bei denen die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wurden gekennzeichnet.

Die Voraussetzung der Normalverteilungsannahme kann bei ausreichend großen Stichproben ($N \geq 30$) vernachlässigt werden. Bei Verletzung der Varianzhomogenität, wurde der t -Test mit heterogenen Varianzen unter der Angabe korrigierter Freiheitsgrade (df) durchgeführt (Bortz, 2005).

Bei ordinalskalierten Daten (z. B. *BSS*) kam ein nichtparametrischer Test (**Wilcoxon-Test**) zum Vergleich der zentralen Tendenz zur Anwendung.

Bei einem **Chi-Quadrat- (χ^2) -Test** zur Überprüfung von stochastischer Unabhängigkeit zwischen nominalskalierten Daten (z. B. Familienstand) sollten nicht mehr als 20 % der erwarteten Häufigkeiten unter 5 liegen. Andernfalls ist dieser nicht mehr zuverlässig und es müsste der exakte Test nach Fisher eingesetzt werden, der statt der asymptotischen die exakte Signifikanz berechnet. Für den Fall zweier binärer Variablen (z. B. ICD-10 Diagnosen) wurde auf den approximativen χ^2 -Test verzichtet und stattdessen der exakte Test nach Fisher berechnet.

Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen verschiedenen Prädiktorvariablen und dem Kriterium war die **multiple Regressionsanalyse** heranzuziehen. Die Überprüfung der prognostischen Bedeutung der Faktoren (z. B. wahrgenommene soziale Unterstützung) für den Therapieerfolg erfolgte mit linearen multiplen Regressionsanalysen. Entsprechende soziodemographische Merkmalsausprägungen (z. B. Geschlecht) sind in dichotome Variablen transformiert worden. Voraussetzungen der multiplen Regression sind die korrekte Spezifikation des Modells, Homoskedastizität, Unabhängigkeit und Normalverteilung der Residuen sowie die statistische Unabhängigkeit der Residuen voneinander. Zunächst wurden in Abhängigkeit des Skalenniveaus bivariate Korrelationen zwischen den möglichen Prädiktoren und dem Kriterium berechnet. Anzugeben waren neben den standardisierten Beta-Koeffizienten (β) die Determinationskoeffizienten R^2 und korrigiertes R^2 .

Die mit dem Programm G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang & Bucher, 2007) berechneten **Effektstärken** sind aus Cohens (1988) für die empirische Forschung vorgeschlagener Klassifikation zur Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit signifikanter Ergebnisse in dieser Untersuchung übernommen worden. Entsprechende Formeln und Klassifikationen der Effektgrößen finden sich bei Cohen (1988) (vgl. auch Bortz & Döring, 2006, Bühner, 2006).

4.4.2 Psychometrische Überprüfung

Die in den Kapiteln 4.2.3 und 4.2.5 vorgestellten adaptierten Erhebungsinstrumente (*FEPB* und *F-SozU-P*) bedurften einer psychometrischen Überprüfung (siehe Kapitel 5.2). Angegeben wurden entsprechende **Skalen-** bzw. **Itemkennwerte** (inklusive Trennschärfe, Schwierigkeit) sowie **Hauptgütekriterien** wie Objektivität, Reliabilität und Validität. Die *Schätzung* der Reliabilität (interne Konsistenz, Testhalbierungs- und Testwiederholungsmethode) und Validität (Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität) sowie die *Beurteilung* für Testkennwerte und Gütekriterien erfolgte nach den Richtlinien von Fisseni (2004), Amelang und Schmitz-Atzert (2006) und Bühner (2006).

Für die Berechnung der *Test-Retest-Reliabilität* wurden beide Fragebögen einer Stichprobe von $N = 29$ Patienten mit einem Restest-Intervall von 7-8 Tagen vorgelegt, wobei der erste Messzeitpunkt in der 3. Klinikaufenthaltswoche lag. Die teilnehmenden Patienten sind erst unmittelbar vor der Wiederholungsmessung über den Inhalt zur Vermeidung von Verfälschung der Ergebnisse (z. B. Gedächtnis- und Lerneffekte) aufgeklärt worden.

5 Ergebnisse

Bevor die Ergebnisse, die sich auf die zu prüfenden Hypothesen und explorativen Fragestellungen der Dissertation beziehen, dargestellt werden (Kapitel 5.3 bis 5.6), sind testpsychologische Ergebnisse im Behandlungsverlauf (Kapitel 5.1) aufgeführt und psychometrische Gütekriterien der adaptierten Erhebungsinstrumente (Kapitel 5.2) überprüft worden. Das Kapitel 5.7 fasst die Forschungsergebnisse zusammen.

5.1 Veränderungen der Symptomatik im Behandlungsverlauf

Die Stichprobenbeschreibung erfolgte unter soziodemographischen, behandlungs- und krankheitsbezogenen Aspekten bereits im Kapitel 4.3, sodass im Ergebnisteil auf eine nochmalige detaillierte Darstellung der Charakteristika verzichtet wurde und stattdessen die testpsychologischen Ergebnisse der Patienten bei Aufnahme und Entlassung deskriptiv und analysierend sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus der Therapeutesicht dargeboten sind.

Die Operationalisierung des **Therapieerfolgs** erfolgte indirekt mittels der Symptomschwere (*SCL-90-R*). Für die Prüfung von Veränderungen der Symptomatik auf Basis der *Selbstbeurteilung* der Patienten wurden *t*-Tests für abhängige Stichproben berechnet. Die Ergebnisse für alle Skalen und die globalen Werte (*GSI*, *PSDI*, *PST*) der *SCL-90-R* zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung sind für den Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt von 227 Patienten⁶ zusammengefasst. Wie der Tabelle 7 zu entnehmen ist, besteht auf allen neun Subskalen sowie auf allen drei globalen Kennwerten eine hochsignifikante Veränderung von Behandlungsbeginn bis zum -ende. Konkret bedeutet dies, dass sich die Symptome während der rehabilitativen Behandlung im Durchschnitt reduzierten. Beispielsweise wiesen die teilnehmenden Patienten zu Behandlungsbeginn einen durchschnittlichen *GSI*-Wert von $M = 1.12$ ($SD = 0.63$) auf, und bei Entlassung einen Durchschnittswert von $M = 0.71$ ($SD = 0.60$); diese signifikante Veränderung entspricht einem großen Effekt ($d = 0.98$).

⁶ Die etwas geringere Anzahl der Patienten resultiert aus dem Umstand, dass nicht bei allen Patienten eine Abschlussbefragung mittels *SCL-90-R* durchführbar war.

Auch nach einer Bonferroni-Holm-Korrektur zur Adjustierung des α -Fehlers ($p = .05/12 = .004$) erwiesen sich alle Veränderungen im Behandlungsverlauf als signifikant. Die Effektstärken sind als mittelgroß ($d = 0.51$) bis groß ($d = 1.02$) einzustufen.

Tabelle 7: Symptom-Checkliste bei Aufnahme und Entlassung ($N = 227$)

	Aufnahme		Entlassung		t-Test			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t-Wert</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
GSI	1.12	0.63	0.71	0.60	14.70	226	.000***	0.98
PST	51.21	17.40	37.81	21.87	14.32	226	.000***	0.95
PSDI	1.85	0.56	1.50	0.54	12.82	226	.000***	0.83
Somatisierung	1.07	0.71	0.78	0.63	8.54	226	.000***	0.57
Zwanghaftigkeit	1.52	0.84	0.94	0.81	15.39	226	.000***	1.02
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.07	0.82	0.66	0.76	9.76	226	.000***	0.65
Depressivität	1.56	0.83	0.94	0.82	14.68	226	.000***	0.97
Ängstlichkeit	1.15	0.78	0.75	0.73	10.76	226	.000***	0.71
Aggressivität/ Feindseligkeit	0.89	0.74	0.48	0.61	9.91	226	.000***	0.66
Phobische Angst	0.79	0.87	0.50	0.71	7.59	226	.000***	0.51
Paranoides Denken	0.99	0.83	0.51	0.67	11.68	226	.000***	0.77
Psychotizismus	0.62	0.57	0.40	0.49	8.55	226	.000***	0.58

Anmerkungen: GSI = Global Severity Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *df* = Freiheitsgrade, *d* = Effektstärke, *** $p < .001$

Katamnese: Insgesamt schickten 163 ehemalige Patienten die *SCL-90-R* zurück. Patienten, bei denen drei Messzeitpunkte (Aufnahme, Entlassung, Katamnese) der Symptomschwere vorlagen, wurden in die Varianzanalyse mit Messwiederholung einbezogen. Es gibt für alle Kennwerte und alle Skalen signifikante Haupteffekte für den Faktor Messwiederholung. Durchschnittlich lagen bei Katamnese höhere Werte als bei Entlassung vor. Zudem belegen Post-hoc-Analysen, dass sich alle drei Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden. Die detaillierten Ergebnisse sind in Tabelle 21 (Anhang C) enthalten.

Als Maß für Veränderungen wurde zusätzlich anhand von *Expertenbeurteilung* mittels *BSS* eingeschätzt, inwiefern eine Beeinträchtigung sowohl zu Beginn als auch bei Ende der Behandlung vorlag. Der nichtparametrische Wilcoxon-Test ergibt, dass alle Durchschnittswerte bei Entlassung – auch nach Bonferroni-Holm-Korrektur zur Verhinderung der Alpha-Inflation – signifikant geringer waren. Beispielsweise war der Gesamtscore bei Entlassung ($M = 3.09$, $SD = 1.73$) bedeutsam geringer als bei Aufnahme ($M = 5.00$, $SD = 1.85$). In der letzten Spalte der Tabelle 8 sind die jeweiligen Rangkorrelationen zwischen dem *BSS* bei Aufnahme und Entlassung aufgeführt; alle sind als hoch einzustufen.

Tabelle 8: Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Aufnahme und Entlassung ($N = 233$)

	Aufnahme		Entlassung		Wilcoxon		
	(N = 233)		(N = 233)		Z	p	r
	M	SD	M	SD			
BSS körperlich	1.30	0.82	0.91	0.64	-7.72	.000***	.60***
BSS psychisch	2.25	0.71	1.26	0.78	-12.52	.000***	.60***
BSS sozialkommunikativ	1.45	1.00	0.92	0.74	-9.45	.000***	.75***
BSS Gesamtscore	5.00	1.85	3.09	1.73	-12.17	.000***	.68***

Anmerkungen: BSS = Beeinträchtigungs-Schwere-Score, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, r = Spearman's' Rho zwischen BSS bei Aufnahme und Entlassung, *** $p < .001$

Der Behandlungserfolg bzw. die **Zielerreichung** im *Patienten- und Therapeutenrating* anhand von Globaleinschätzungen (von 0 bis 10) via *PAF* und *TAF* bei Therapieabschluss ist der Abbildung 4 (vgl. Abbildung 7 im Anhang C für die Einschätzung bei Katamnese) zu entnehmen.

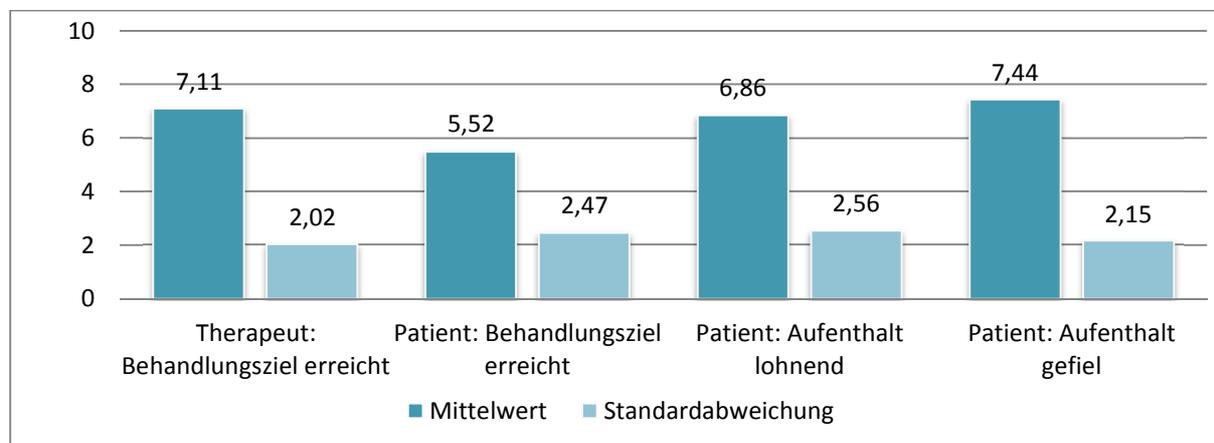


Abbildung 4: Globalurteile von Patienten und Therapeuten zum Abschluss der Reha

5.2 Kennwerte der adaptierten Erhebungsinstrumente

Dieser Abschnitt beinhaltet die Prüfung der Messqualität der adaptierten Erhebungsinstrumente (*FEPB*, *F-SozU-P*). Die 1. Fragestellung beantwortend erfolgt die Darbietung der geschätzten Kennwerte beider Fragebögen.

Frage 1: Entsprechen die adaptierten bzw. neu entwickelten Testverfahren (*FEPB*, *F-SozU-P*) den psychometrischen Gütekriterien?

Hypothese 1.1.1: Die Reliabilität des FEPB wird mittelmäßig bis hoch sein.

Hypothese 1.1.2: Die Reliabilität des F-SozU-P wird hoch sein.

Hypothese 1.2: Die Skalen zur emotionalen und praktischen Unterstützung im FEPB werden mit denen des F-SozU-P moderat korrelieren.

Hypothese 1.3: Die Skalen des F-SozU-P werden positiv miteinander und negativ mit der Skala Bel-P korrelieren.

Hypothese 1.4: Es werden positive Zusammenhänge zwischen den jeweiligen Skalen des F-SozU-P und F-SozU erwartet; alle Skalen werden mit Bel-P und Bel negativ korrelieren.

Hypothese 1.5: Während soziale Unterstützung im therapeutischen Milieu negativ mit dem Ausmaß an psychopathologischen Symptomen korreliert, werden für die soziale Belastung und der Psychopathologie positive Zusammenhänge erwartet.

Gütekriterien des Fragebogens zur Erfassung von Patienten-Beziehungen (*FEPB*)

Die **Objektivität** des *FEPB* ist durch die in Kapitel 4.2.3 detaillierte Festlegung von Durchführung, Auswertung und Interpretation zu realisieren. Wie sich bei der Durchführung zeigte, war der *FEPB* für die Patienten überwiegend verständlich. Nur wenige Patienten hatten Schwierigkeiten bei der Zuordnung von bedeutsamen Mitpatienten zu den Kategorien der Beziehungsformen.

Zur Bestimmung der **Retest-Reliabilität** (Hypothese 1.1.1) wurde der *FEPB* der Stichprobe von $N = 29$ ein zweites Mal nach ca. 7-8 Tagen vorgelegt. Die Korrelationen der Mittelwerte der beiden Testzeitpunkte ($r_{t/t}$) belegen für die Ratingskalen insgesamt zufriedenstellende Retest-Reliabilitäten. Die Anzahl aller Mitpatienten ($r_{t/t} = .97$) und die aller bedeutsamen Mitpatienten ($r_{t/t} = .94$) erweist sich im Abstand von einer Woche auf dem 1%-Signifikanzniveau als äußerst stabil; die Retest-Reliabilität ist als hoch einzuschätzen. Ebenso kann die Anzahl der weiblichen Mitpatienten ($r_{t/t} = .83$) im Gegensatz zu den Männern als bedeutsame Mitpatienten ($r_{t/t} = .53$) als reliabel betrachtet werden. Hinsichtlich der Umgangsformen ergibt sich ein heterogenes Bild: In Bezug auf die Anrede (per „Du“: $r_{t/t} = .87$, per „Sie“: $r_{t/t} = .94$) liegen im Vergleich zur Anrede mit Vor- oder Nachnamen (Vorname: $r_{t/t} = .58$, Nachname: $r_{t/t} = -.04$) hohe Werte vor. Die Retest-Reliabilität für die Anzahl der Bekannten ($r_{t/t} = .68$) und Freunden ($r_{t/t} = .45$) fällt niedrig aus. Für die Skalen der emotionalen und praktischen Unterstützung sowie emotionalen und praktischen Belastung ergeben sich auf Basis der Einzeleinschätzungen (*EU*: $r_{t/t} = .69$, *PU*: $r_{t/t} = .77$, *EB*: $r_{t/t} = .73$, *PB*: $r_{t/t} = .50$) und auf Basis der Gesamteinschätzungen (*EU-Ges*: $r_{t/t} = .74$, *PU-Ges*: $r_{t/t} = .72$, *EB-Ges*: $r_{t/t} = .55$, *PB-Ges*: $r_{t/t} = .65$) mittlere bis hohe Korrelationen. Die Korrelationskoeffizienten der Kontakterwartungen nach der Reha sind als mittel bis hoch einzuschätzen ($.65 \leq r_{t/t} \leq .92$). Ebenso scheint die Einschätzung des Einflusses der Patienten auf das Behandlungsergebnis innerhalb von 7-8 Tagen stabil zu sein ($r_{t/t} = .76$).

Exemplarisch erfolgte die Schätzung zur **Validität** (Hypothese 1.2) mit dem konstruktrelevanten Merkmal der Unterstützung und Belastung zwischen Patienten mit dem *F-SozU-P*.

Die Korrelationen zwischen den Fragebögen *FEPB* und *F-SozU-P* sind in der Tabelle 27 (Anhang C) enthalten. Beispielsweise korrelieren die emotionale Unterstützung beider Skalen (*EU-Ges* mit *EU-P*) sowie die praktische Unterstützung (*PU-Ges* und *PU-P*) stark ($r = .64$ vs. $r = .70$). Die Belastungen (sowohl die emotionale als auch die praktische) des *FEPB* korrelieren mit der Skala *Bel-P* des *F-SozU-P* gering bis moderat ($.24 \leq r \leq .44$). Die Zusammenhänge zwischen *EU-Ges* und *WasU-P* ($r = .63$) bzw. *PU-Ges* und *WasU-P* ($r = .66$) sind gemäß der Cohenschen Klassifikation als stark zu bezeichnen.

Gütekriterien des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten (F-SozU-P)

Der Tabelle 9 sind die **Skalenkennwerte** (Mittelwerte, Standardabweichungen, Standardmessfehler, Schiefe, Exzess, Itemschwierigkeit und Itemtrennschärfe) aller Skalen des *F-SozU-P* zu entnehmen. Bis auf die Skala *Bel-P* weisen alle Skalenwerte eine negative *Schiefe* und somit eine rechtssteile Verteilung auf, d. h., dass die untersuchten Patienten insgesamt eine hohe Unterstützung durch Mitpatienten angaben. Für die Skala *Bel-P* liegt wegen der anderen Polung eine linksschiefe Verteilung vor, d. h. die Patienten fühlten sich von ihren Mitpatienten eher wenig belastet. Der *Exzess* der Skalen *EU-P*, *PU-P*, *SI-P*, *WasU-P*, *Rez-P* und *Vert-P* ist kleiner als null; es kann davon ausgegangen werden, dass die Verteilung eher breitgipflig ist. Hingegen ist der *Exzess* der Skalen *Bel* und *Zuf* größer als null und die Verteilung schmalgipflig. Die *Itemschwierigkeiten* sind mit $.32 \leq p_i \leq .83$ als mittelschwer einzuschätzen; für die Zusatzskala *Zuf* liegt eine niedrige Schwierigkeit vor. Alle Skalen weisen hohe ($r_{it} > .50$) *Trennschärfen* (durchschnittliche part-whole-korrigierte Trennschärfen) auf.

Tabelle 9: Skalenkennwerte: Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten

Skala	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	p_i	r_{it}	<i>Schiefe</i>	<i>Exzess</i>	α	r_{tt}	$r_{t/t}^a$	s_e
EU-P	215	3.41	0.86	.68	.66	-0.53	-0.32	.93	.89	.94	.23
PU-P	216	3.17	0.96	.63	.66	-0.36	-0.43	.90	.89	.91	.31
SI-P	217	3.52	0.65	.71	.79	-0.73	-0.03	.87	.88	.88	.23
WasU-P	197	3.39	0.74	.68	.59	-0.57	-0.09	.96	.93	.97	.15
Bel-P	224	1.57	0.53	.32	.49	0.98	0.26	.83	.78	.64	.31
Rez-P	226	2.99	0.90	.60	.60	-0.31	-0.36	.79	.79	.85	.41
Zuf-P	225	4.14	0.79	.83	.58	-1.12	1.16	.79	.76	.79	.36
Vert-P	230	3.31	1.23	.66	.77	-0.28	-0.97	.89	.92	.91	.40

Anmerkungen: EU-P = Emotionale Unterstützung – Patienten, PU-P = Praktische Unterstützung – Patienten, SI-P = Soziale Integration – Patienten, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, Rez-P = Reziprozität sozialer Unterstützung – Patienten, Zuf-P = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung – Patienten, Vert-P = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson – Patienten, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, p_i = durchschnittliche Itemschwierigkeit ($p_i = M/5$), r_{it} = durchschnittliche part-whole-korrigierte Trennschärfe, α = Cronbachs alpha, r_{tt} = Split-Half-Reliabilität, Spearman-Brown-korrigiert, $r_{t/t}$ = Retest-Reliabilität, s_e = Standardmessfehler, ^a *N* = 29

Die **Objektivität** des *F-SozU-P* ist ebenso wie beim *F-SozU* nicht zu quantifizieren und bedarf einer Schätzung durch Augenschein (vgl. Fydrich et al., 2007). Im Hinblick auf die Durchführung, Auswertung und Interpretation liegt eine hohe Objektivität vor.

Reliabilität: In Anlehnung an die Reliabilitätsanalyse des *F-SozU* wurden für die Haupt- und Zusatzskalen sowohl interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) als auch Konsistenzen nach der Split-Half-Methode und zusätzlich zum *F-SozU* die Retest-Reliabilität berechnet. Wie der Tabelle 9 zu entnehmen ist, ergeben sich für die Hauptskalen (*EU-P*, *PU-P*, *SI-P*, *WasU-P*, *Bel-P*) mittlere bis sehr hohe Werte (Cronbachs Alpha: $.83 \leq \alpha \leq .96$). Zufriedenstellend sind ebenso die nach der *Split-Half* berechneten Werte ($.78 \leq r_{tt} \leq .93$). Für die Zusatzskalen (*Rez-P*, *Zuf-P*, *Vert-P*) ergeben sich aufgrund ihrer kleinen Itemanzahl etwas geringere Werte (Cronbachs-Alpha: $.78 \leq \alpha \leq .89$, Spearman-Brown: $.76 \leq r_{tt} \leq .92$), die jedoch noch als zufriedenstellend gelten können. Die *Test-Retest-Reliabilität* der einzelnen Haupt- und Zusatzskalen liegt zwischen $.64 \leq r_{t/t} \leq .97$ ($p \leq .001$) und ist bis auf die der Skala *Bel-P* ($r_{t/t} = .64$) als zufriedenstellend bis hoch einzustufen. Die Hypothese 1.1.2 bestätigt sich somit. Der *Standardmessfehler* errechnet sich aus der Formel: $s_e = SD * \sqrt{1 - \alpha}$.

Validität: Da die *Inhaltsvalidität* nicht objektiv und quantitativ zu bestimmen ist, sondern einer theoriegeleiteten Beurteilung bedarf, wird basierend auf der angesehenen Inhaltsvalidität des *F-SozU* für den *F-SozU-P* ebenso von einer inhaltlichen Validität ausgegangen, da nur vier der Items inhaltlich leicht verändert worden sind und Begrifflichkeiten wie „Freunde/Angehörige“ in den übrigen Items durch „Mitpatienten“ oder „Patienten“ ausgetauscht worden sind.

Die drei Hauptskalen des *F-SozU-P* korrelieren auf einem Signifikanzniveau von 1% positiv miteinander ($.65 \leq r \leq .83$). Die Tabelle 28 (Anhang C) gibt einen Überblick über die *Interkorrelationen* der Haupt- und Zusatzskalen des *F-SozU-P*. Wie beim *F-SozU* lässt die Höhe der Interkorrelationen der Skalen darauf schließen, dass sich die verschiedenen Inhalte sozialer Unterstützung überschneiden; dennoch sind die drei Hauptskalen inhaltlich hinreichend verschieden. Erwartungsgemäß korreliert die Skala *Bel-P* mit den Hauptskalen negativ (Bestätigung der Hypothese 1.3). Laut Interkorrelation gehen z. B. eine hohe Zufriedenheit mit der Unterstützung und soziale Integration mit geringer Belastung einher.

Die *Konstruktvalidität* schließt die inhaltliche und kriteriumsbezogene Validität ein (Fisseni, 2004, vgl. Bortz & Döring, 2006). Die im Kapitel 3 formulierte Hypothese 1.4 über das Konstrukt der sozialen Unterstützung zwischen Mitpatienten und seine Relationen zu konstruktrelevanten Merkmalen sollen hier überprüft werden. Die Zusammenhänge zwischen *F-SozU-P* und *F-SozU* zeigt die Tabelle 29 (Anhang C). Die Höhe der Übereinstimmungen zwischen dem durch den *F-SozU-P* gemessenen Konstrukt und dem korrespondierenden Außenkriterium (*F-SozU*) sind für die drei Hauptskalen (*EU*, *PU*, *SI*) ($.44 \leq r \leq .54$), die *WasU* ($r = .50$), die *Bel* ($r = .45$) und zwei Zusatzskalen (*Rez*, *Zuf*) ($.44 \leq r \leq .50$) als mittel einzustufen, wobei diese Korrelationen jeweils auf dem 1%-Niveau signifikant sind. Für die Skala *Vert* liegt eine geringere Validität ($r = .37$) vor. Insgesamt weisen diese Werte darauf hin, dass die Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch die Patienten und durch das soziale Netzwerk ausgeprägt sind. Konkret bedeutet dies, dass Patienten, die eine hohe soziale Unterstützung im therapeutischen Milieu seitens der Mitpatienten wahrnahmen, auch eine hohe soziale Unterstützung durch ihre Freunde und Angehörige empfanden. Äquivalent verhält es sich in Bezug auf die soziale Belastung: Das Erleben sozialer Belastung während des stationären Aufenthalts korreliert hoch mit der sozialen Belastung im häuslichen Netzwerk.

Zur Überprüfung der erwarteten *Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung durch die Mitpatienten und psychopathologischen Symptomen* (Hypothese 1.5) kam die *SCL-90-R* zum Zeitpunkt der Entlassung zum Einsatz. Die Erhebung von *F-SozU-P* und *SCL-90-R* erfolgte demnach nicht zeitgleich. Wie Tabelle 30 (Anhang C) zeigt, korrelieren den Erwartungen entsprechend sowohl die Haupt- als auch die Nebenskalen des *F-SozU-P* negativ mit psychopathologischen Symptomen, wobei signifikante Korrelationen mit allen globalen Kennwerten und bis auf zwei Ausnahmen (keine Korrelationen zwischen *Rez* und *Somatisierung*, sowie *Rez* und *Ängstlichkeit*) vorliegen. Die Zusammenhänge sind mäßig bis stark ausgeprägt. Das heißt, dass Patienten mit einer höheren wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine geringere Symptombelastung angaben. Jeweils positive Korrelationen liegen für die Skala *Bel-P* und die Kennwerte und Skalen der *SCL-90-R* vor: Patienten mit geringeren Werten bei erlebter sozialer Belastung wiesen weniger psychopathologische Symptome auf.

5.3 Beziehungen zwischen Mitpatienten

In diesem Kapitel erfolgt die Ergebnisdarstellung für die Fragen zum 2. Themenkomplex der Beziehungsarten zwischen Patienten während ihres rehabilitativen Aufenthalts auf Basis der erhobenen Daten mittels *FEPB*. Dazu ergänzend wurde ein spezifisches Item des *PAF* zur deskriptiven Beschreibung hinzugezogen.

Frage 2.1: Welche Arten von Beziehungen gehen psychosomatische Patienten zu Mitpatienten ein und wie lassen sie sich charakterisieren (z. B. Klassifikation von Beziehungen, Umgangsformen, Erwartungen)?

Frage 2.2: Wie hoch ist der Anteil an Bekanntschaften und Freundschaften sowie intimen Beziehungsformen (Partnerschaft, Kurschatten, sexueller Kontakt)?

Frage 2.3: Wie bewerten die Patienten selbst die Beziehungen im Verlauf und bei der Katamnese?

Von den 233 teilnehmenden Patienten, beantworteten 232 den *FEPB*. Die den Fragebogen nicht ausfüllende Patientin gab an, dass ihr die Beantwortung dieses Fragebogens „zu privat“ sei. Alle Ergebnisse sind zusammenfassend in Tabelle 10 dargestellt.

Die Anzahl der **bedeutsamen Mitpatienten** während des rehabilitativen Aufenthalts lag zwischen 0 und 20. Sechs Patienten (2.6%) hatten explizit keinen für sie bedeutsamen Mitpatienten in der Reha. Die durchschnittliche Anzahl angegebener bedeutsamer Mitpatienten betrug 6.5 Patienten ($SD = 3.63$). Davon waren im Schnitt 4.25 Frauen ($SD = 2.51$) und 2.4 Männer ($SD = 2.05$). Circa 5.54 der bedeutsam angegebenen Patienten ($SD = 4.06$) wurden mit dem Vornamen angesprochen bzw. 5.96 ($SD = 3.81$) geduzt, während nur ein geringer Teil mit dem Nachnamen ($M = 0.08$, $SD = 0.55$) und/oder per „Sie“ ($M = 0.15$, $SD = 0.57$) angesprochen worden ist.

Katamnese: In der Nachbefragung konnten sich die Befragten an durchschnittlich 4.82 ($SD = 3.79$) ehemalige Mitpatienten namentlich erinnern.

Tabelle 10: Charakteristika von Beziehungen zu bedeutsamen Mitpatienten

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Spanne</i>
Anzahl aller Mitpatienten	232	15.41	10.89	0 – 54
Anzahl bedeutsamer Mitpatienten^a	232	6.50	3.63	0 – 20
Frauen	221	4.25	2.51	0 – 13
Männer	221	2.40	2.05	0 – 13
Anrede^a				
Vorname	226	5.54	4.06	0 – 19
Nachname	226	0.08	0.55	0 – 7
duzen	226	5.96	3.81	0 – 19
siesen	226	0.15	0.57	0 – 4
Beziehungsintensität^a				
Bekannte	225	4.53	3.20	0 – 16
Freunde	225	2.06	2.25	0 – 11
Partnerschaft	225	0.30	0.24	0 – 3
„Kurschatten“	225	0.30	0.23	0 – 3
Soziale Unterstützung^b				
emotionale Unterstützung	226	2.37	0.88	0 – 4
praktische Unterstützung	225	2.11	1.09	0 – 4
Soziale Belastung^b				
emotionale Belastung	225	0.52	0.69	0 – 4
praktische Belastung	225	0.18	0.52	0 – 4
Kontakterwartung nach der Reha^c				
kein Kontakt angestrebt	226	3.86	3.20	0 – 15
telefonischer Kontakt	226	1.77	2.02	0 – 12
E-Mail	226	2.03	2.54	0 – 14
persönlicher Kontakt	226	0.81	1.43	0 – 8
Zusammenleben	226	0.00	0.07	0 – 1

Anmerkungen: Berechnungen der Werte (vgl. Kapitel 4.2.3): ^a = Bilden der Werte durch Addition aller angegebenen Mitpatienten, ^b = Bilden von Mittelwerten der einzelnen Werte (Spanne: 0 = „überhaupt nicht“, 1 = „kaum“, 2 = „teils/teils“, 3 = „ziemlich“, 4 = „sehr“) über alle bedeutsamen Mitpatienten hinweg, ^c = Mehrfachnennungen möglich, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Beziehungsarten: Die meisten als bedeutsam bewerteten Mitpatienten ($M = 4.53$, $SD = 3.20$) wurden im *FEPB* als Bekannte eingestuft, gefolgt von Freunden ($M = 2.06$, $SD = 2.25$). Insgesamt hatten 89.3% der Patienten mindestens einen ihrer als bedeutsam eingestuften Mitpatienten als „Bekanntes“ klassifiziert. Zwei Drittel (68.4%) beschrieben die Beziehung zu mindestens einem Mitpatienten als „Freundschaft“. Die Mehrheit (97.8%) der Patienten hatte in der Reha keine Partnerschaft. Vier (2.2%) Patienten seien eine Partnerschaft zu einem Mitpatienten eingegangen; ein Patient davon klassifizierte die Beziehung zu drei Mitpatienten als eine Partnerschaft. Einen „Kurschatten“ hatten vier Patienten (1.8%), wobei drei Patienten in jeweils einem Mitpatienten einen „Kurschatten“ sahen. Ein Patient hatte mit drei Mitpatienten eine Beziehung auf „Kurschatten“-Basis. Alle Patienten verneinten sexuelle Kontakte zu Mitpatienten (vgl. Abbildung 5). Die Auswertung sexueller Kontakte ergänzend, ist zu erwähnen, dass lediglich ein Patient im *F-SozU-P* das Item 21 („Ich habe einen Mitpatienten, mit dem ich mich auch sexuell gut verstehe“) mit „trifft teilweise zu“ beantwortete; alle anderen Patienten bewerteten dieses Item mit „trifft nicht zu“.

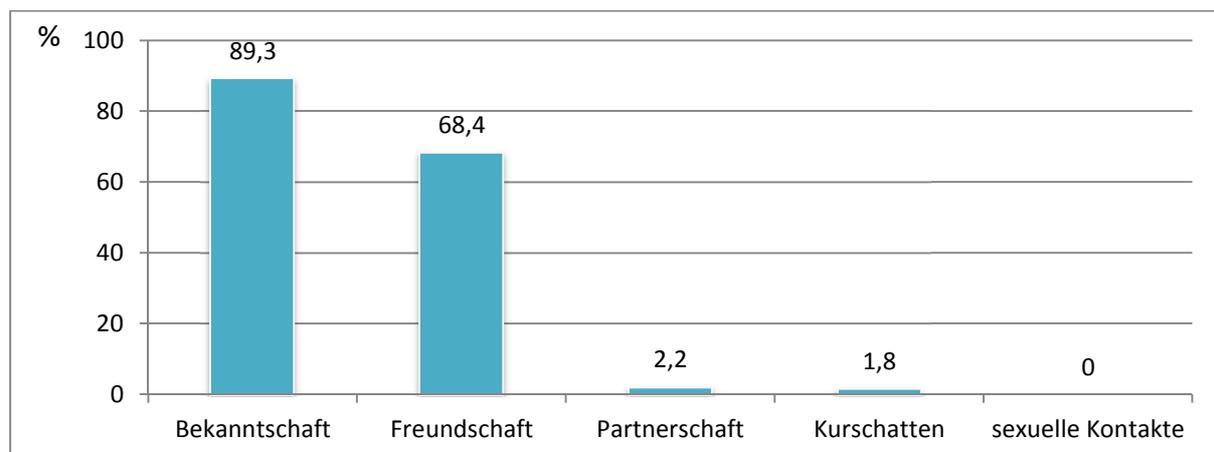


Abbildung 5: Arten von Beziehungen zwischen Patienten

Zum Zeitpunkt der Reha existierten unterschiedliche **Kontakterwartungen** in Bezug auf die Zeit nach der Entlassung: Insgesamt konnten sich 183 (81%) Patienten vorstellen, auch nach der Reha Kontakte zu Mitpatienten zu pflegen, wobei Mehrfachnennungen hinsichtlich der Kontaktart möglich waren. Im Schnitt strebten die Patienten mit 3.86 ($SD = 3.20$) ihrer bedeutsamen Mitpatienten keinen weiteren Kontakt mehr an; mit 2.03 ($SD = 2.54$) Mitpatienten sollte weiterer Kontakt per E-Mail und mit 1.77 ($SD = 2.02$) Mitpatienten per Telefon stattfinden. Persönlicher Kontakt war bei durchschnittlich 0.81 ($SD = 1.43$) Mitpatienten vorstellbar; ein Zusammenleben wurde ausgeschlossen (siehe Tabelle 10).

Katamnese: In der Nacherhebung gaben 119 (72.1%) Befragte an, zum Zeitpunkt der Entlassung vorgehabt zu haben, weiterhin Kontakte mit in der Reha kennengelernten Mitpatienten zu pflegen. Davon hatten sich 111 Patienten tatsächlich mit ehemaligen Patienten getroffen. Insgesamt hatten drei Viertel (75.3%) der Befragten ($N = 125$) nach der Entlassung Kontakt zu ehemaligen Mitpatienten. Am häufigsten kontaktierten sich die Befragten via Telefon und E-Mail/Brief (31.2%), gefolgt von ausschließlich telefonischem Kontakt (23.2%) sowie Kontakt per Telefon, E-Mail und persönliche Treffen (20.8%). Die vierthäufigste Kontaktform (15.2%) stellten E-Mails oder Briefe dar.

In Bezug auf das seitens der Rehabilitationsklinik organisierte zweijährlich stattfindende **Patiententreffen** – mittels *FEPB* erhoben, konnten sich 24.6% der Patienten eine Teilnahme vorstellen; ein weiteres Viertel (24.1%) lehnte die Teilnahme ab und 51.3% der Patienten waren diesbezüglich noch unschlüssig („vielleicht“).

Katamnese: Zum Zeitpunkt der Katamnese änderte sich das Bild: Jeweils ein Drittel der Patienten war entweder für oder gegen die Teilnahme am Patiententreffen der Reha-Klinik Seehof oder wusste es noch nicht.

Die Patienten nahmen im *FEPB* auf einer fünfstufigen Skala folgende Einschätzung des **Einflusses der Patientenkontakte auf ihr Behandlungsergebnis** vor: Während nur ein Patient (0.4%) bewertete, dass die Kontakte zu Mitpatienten sein Behandlungsergebnis „sehr verschlechtern“ würde, schätzte die Mehrheit (159 Patienten) ein, dass die Kontakte das Behandlungsergebnis „etwas verbessern“ und „sehr verbessern“ würde. Der Mittelwert beträgt 2.84 bei $SD = 0.77$; der Median liegt bei 3 („etwas verbessert“).

Katamnese: Die Einschätzungen bei der Nachbefragung ($M = 2.84$, $SD = 0.83$) weichen nicht signifikant von denen während der Behandlung ab (Wilcoxon-Test: $Z = -0.39$, $p = .699$), auch wenn sich die Angaben deskriptiv unterscheiden, siehe Abbildung 6.

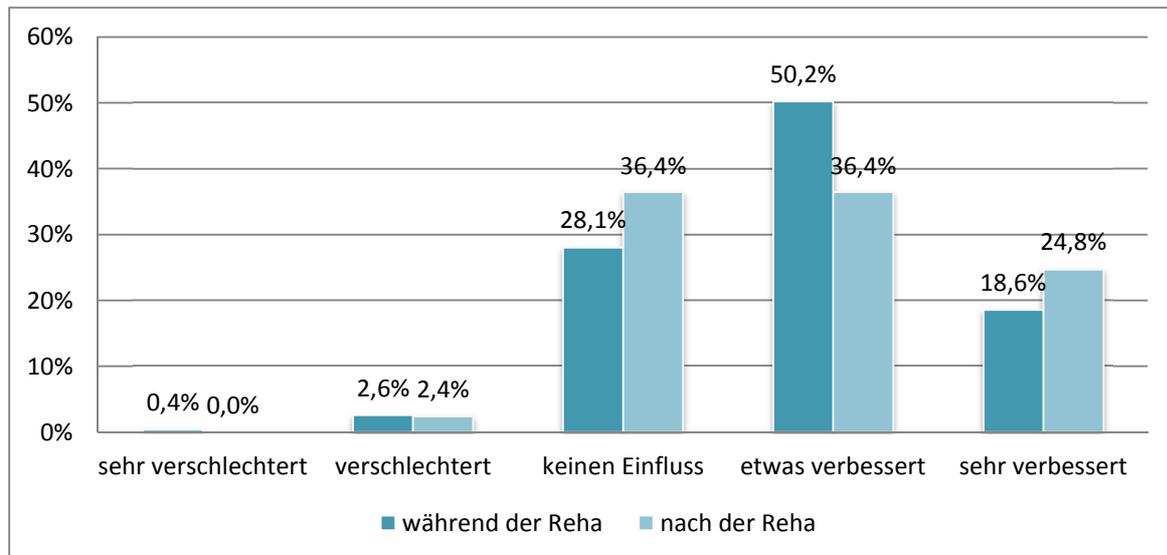


Abbildung 6: Einfluss der Kontakte zu Mitpatienten auf das Behandlungsergebnis

Vergleichbar ist die **Bewertung der Kontakte zu Mitpatienten** in der Abschlussbefragung (PAF). Während fast die Hälfte (45.8%) der Patienten die Aussage („Der Kontakt zu den Mitpatienten war für mich hilfreich“) mit „stimme voll zu“ und weitere 28.6% mit „stimme zu“ sowie 14.1% „stimme weitgehend zu“ bewerteten, konnten 8.8% der Patienten der Aussage nur „mit Einschränkung“ zustimmen. Lediglich fünf (2.2%) Patienten empfanden den Kontakt mit den Mitpatienten nicht hilfreich („stimme nicht zu“). Nur ein (0.4%) Patient kreuzte an, dass die Frage auf ihn nicht zutreffen würde.

Frage 2.4: Tragen Patientenbeziehungen zur Vorhersage des Therapieergebnisses bei?

Explorativ wurde zunächst überprüft, inwiefern sich Patienten mit und ohne Freundschaften in ihrem **Therapieergebnis (GSI)** unterscheiden. Der *t*-Test für unabhängige Stichproben ergibt, dass Patienten, die mindestens eine Beziehung zu ihren Mitpatienten als „Freundschaft“ klassifizierten, einen geringeren *GSI-Post*-Wert ($M = 0.62$, $SD = 0.52$) aufwiesen als Patienten ohne freundschaftliche Beziehung zu Mitpatienten ($M = 0.82$, $SD = 0.63$) ($t_{(115.48)} = 2.28$, $p = .025$).

Anhand von Punkt-biseralen-Korrelationsanalysen und Signifikanztests war zu prüfen, inwiefern die **Beziehungsarten** mit dem Therapieergebnis zusammenhängen. Von den zu klassifizierenden Beziehungen korrelierte nur die dichotome Variable „Freundschaft ja vs. nein“ mit dem *GSI-Post* ($r_{pb} = -.16, p = .016$). Der Höhe der Korrelation nach ist diese als klein einzustufen. Alle anderen Korrelationen zwischen Beziehungsart und *GSI-Post* erweisen sich als statistisch nicht bedeutsam.

Um dennoch den Einfluss von den Beziehungen zwischen Patienten auf das Therapieergebnis untersuchen zu können, dienen qualitative Aspekte der Gesamteinschätzung der (emotionalen und praktischen) **Unterstützung** sowie (emotionalen und praktischen) **Belastung** als Operationalisierung. Die bivariaten Korrelationen zwischen dem Kriterium *GSI-Post* und den potentiellen Prädiktoren *PU-Ges* ($r = -.19, p = .005$), *EB-Ges* ($r = .32, p = .000$), *PB-Ges* ($r = .23, p = .001$) erweisen sich als signifikant; die Korrelation zwischen *GSI-Post* und *EU-Ges* ($r = -.12, p = .086$) ist nur marginal statistisch bedeutsam (siehe Tabelle 22 im Anhang C).

Darüber hinaus gibt es zwischen dem *GSI-Prä* und *GSI-Post* eine hochsignifikante Korrelation ($r = .77, p = .000$), sodass sie wie in den nachfolgenden Kapiteln im Regressionsmodell als Kontrollvariable Berücksichtigung finden wird.

In das hierarchische Regressionsmodell (siehe Tabelle 11) wurde im ersten Block der *GSI-Prä*-Wert zur Kontrolle des Ausgangsniveaus ins Modell aufgenommen. Im zweiten Block kamen aufgrund des explorativen Vorgehens alle weiteren Variablen mit der Einschlussmethode ins Modell hinzu. Mit dem 1. Modell können durch *GSI-Prä* 59.1% der Varianz aufgeklärt werden ($F_{(1, 222)} = 323.78, p < .001$). Im 2. Modell ($F_{(5, 218)} = 69.54, p < .001$) gibt es nur einen geringen Zuwachs ($\Delta R^2 = .021$) an aufgeklärter Varianz; diese erweist sich jedoch als signifikant ($F_{(4, 218)} = 3.03, p = .019$). Neben einer starken psychischen Belastung zu Behandlungsbeginn geht eine hohe emotionale Belastung durch Mitpatienten mit einem schlechteren Behandlungsergebnis einher.

Tabelle 11: Vorhersage des Therapieergebnisses (Global Severity Index) durch emotionale und praktische Unterstützung sowie Belastung im therapeutischen Milieu ($N = 224$)

Modell	Prädiktoren	B	$SE B$	β	t	p
1	GSI-Prä	.73	.04	.77	17.99	.000***
2	GSI-Prä	.69	.04	.73	16.58	.000***
	EU-Ges	.01	.03	.01	0.19	.848
	PU-Ges	-.04	.03	-.07	-1.20	.233
	EB-Ges	.08	.03	.12	2.52	.013*
	PB-Ges	.01	.04	.01	0.19	.847

Anmerkungen: GSI-Prä = Global Severity Index bei Aufnahme, EU-Ges = emotionale Unterstützung – Gesamtwert, PU-Ges = praktische Unterstützung – Gesamtwert, EB-Ges = emotionale Belastung – Gesamtwert, PB-Ges = praktische Belastung – Gesamtwert, $R^2 = .591$ für Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .021$ für Modell 2 ($p < .05$), * $p < .05$, *** $p < .001$

5.4 Soziale Unterstützung in psychosomatischer Rehabilitation

Im 3. Forschungsfragenkomplex geht es um das Konstrukt der wahrgenommenen sozialen Unterstützung mit ausgewählten zugehörigen Aspekten wie z. B. soziale Integration und soziale Belastung von Patienten in psychosomatischer Rehabilitation. Von Interesse war vor allem der prädiktive Wert der wahrgenommenen Unterstützung und sozialer Belastung, die sich einerseits auf die Mitpatienten im therapeutischen Milieu und andererseits auf die des häuslichen Umfelds bezieht. Darüber hinaus galt es herauszufinden, inwiefern die Patienten während psychosomatischer Rehabilitation sich sozial gut integriert, unterstützt und belastet fühlen und ob sich Frauen und Männer in der Wahrnehmung von Unterstützungsaspekten unterscheiden.

Frage 3.1: Wie gut sind Patienten innerhalb des therapeutischen Milieus sozial integriert?

Hypothese 3.1: Die Netzwerkgröße an Mitpatienten in der Klinik wird bedeutsam kleiner sein als der Populationsmittelwert von $N = 21$ Personen im häuslichen Bereich.

Grundlage für die Berechnung der **sozialen Integration** ist das Item „Mit wie vielen Mitpatienten haben Sie während Ihrer Reha insgesamt Kontakt (Anzahl)?“ aus dem *FEPB*.

Insgesamt pflegten die Patienten im Durchschnitt zu 15.41 Mitpatienten ($SD = 10.89$) Kontakt; sieben Patienten (3.0%) hatten zu keinem Mitpatienten Kontakt; ein Patient hatte zu 54 Patienten Kontakt. In Bezug auf alle Kontakte zu Mitpatienten während der Reha gibt es einen Modalwert von 20, d. h. 16.8% der Patienten gaben an, zu 20 Mitpatienten Kontakt gehabt zu haben. Der t -Test bei einer Stichprobe mit dem eingegeben Test-Wert der Population von 21 (Netzwerkgröße) ergibt ein hochsignifikantes Ergebnis ($t_{(231)} = -7.83, p = .000$). Die Patienten in der Reha hatten demnach eine geringere Netzwerkgröße als der Populationsmittelwert im sozialen Netzwerk außerhalb der Klinik; die Hypothese 3.1 wird beibehalten.

Frage 3.2: Wie nehmen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation ihre Mitpatienten hinsichtlich Unterstützung und Belastung wahr?

Die **emotionale und praktische Unterstützung** sowie die **emotionale und praktische Belastung** waren mittels des *FEPB* zu erheben. Dabei erfolgte die Auswertung zum einen für alle bedeutsamen Patienten (Einzeleinschätzung) und zum anderen wurde eine Gesamteinschätzung der Unterstützung und Belastung über alle angegebenen Patienten hinweg mit dem *FEPB* und dem Nachbefragungsbogen (Anhang B4) erhoben.

Auf Basis der *Einzeleinschätzungen* ergibt sich für *EU* ein Wert von 2.37 ($SD = 0.88$). Der Durchschnittswert für die Skala *PU* liegt bei 2.11 ($SD = 1.09$), vgl. Tabelle 10. Diese Angaben weisen darauf hin, dass sich Patienten im Durchschnitt von ihren Mitpatienten unterstützt fühlten, indem sie von Mitpatienten Trost oder Zuspruch erfuhren bzw. sich praktisch unterstützt fühlten, wenn sie dies wünschten. Die Werte für die Skalen *EB* und *PB* liegen im Durchschnitt unter 1; dies bedeutet, dass sich Patienten sowohl emotional als auch praktisch kaum von ihren Mitpatienten belastet fühlen.

Gesamteinschätzung der Unterstützung und Belastung: Die von allen Mitpatienten wahrgenommene emotionale Unterstützung (*EU-Ges*) beträgt im Mittel 2.44 ($SD = 0.97$), die praktische Unterstützung (*PU-Ges*) $M = 2.18$ ($SD = 1.13$). Sowohl die emotionale Belastung ($M = 1.03, SD = 0.95$) als auch die praktische Belastung ($M = 0.41, SD = 0.65$) wurden geringer wahrgenommen (siehe Tabelle 13).

Bei der Katamnese ergaben retrospektive Fragen folgende Mittelwerte und Standardabweichungen: *EU-Ges*: 2.71 ± 1.06 , *PU-Ges*: 2.37 ± 1.16 , *EB-Ges*: 1.09 ± 1.0 und *PB-Ges*: 0.66 ± 0.72 . Explorativ wurde mittels *t*-Tests für abhängige Stichproben überprüft, inwiefern sich das Erleben der Unterstützung und Belastung während der Behandlung von der Einschätzung im Nachhinein, also zum Zeitpunkt der Katamnese, verändert. Auffallend ist, dass die Befragten die praktische Belastung durch Mitpatienten zur Katamnese signifikant höher einschätzten als noch während der Behandlung ($t_{(158)} = -4.30$, $p = .000$). Darüber hinaus neigten Patienten bei der Katamnese eher dazu, die emotionale Unterstützung durch Mitpatienten höher einzustufen ($t_{(160)} = -2.52$, $p = .013$).

Ergänzend dazu zeigt die Tabelle 12 die Prävalenzangaben für die durch Mitpatienten wahrgenommene Unterstützung und Belastung sowohl während der Reha als auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung. Laut Tabelle erlebte sich die Mehrheit in emotionaler und praktischer Hinsicht „teilweise“, „ziemlich“ oder „sehr unterstützt“. Jeweils nur ein geringer Prozentsatz an Patienten fühlte sich von allen Mitpatienten „überhaupt nicht unterstützt“ bzw. „sehr belastet“. Circa ein Drittel der Patienten nahm „überhaupt keine“ emotionale Belastung durch Mitpatienten wahr.

Katamnese: Die Einschätzungen zum Zeitpunkt der Katamnese differenzierter ausgewertet, ergeben sich beispielhaft folgende Häufigkeitsangaben: Jeweils ein Drittel der Patienten schätzte die *emotionale Unterstützung* als „teilweise“ (29.6%) oder „ziemlich“ (34.0%) ein; 25.9% fühlten sich „sehr“ in emotionaler Hinsicht unterstützt. Vergleichbare Werte ergeben sich für die retrospektive Einschätzung der *praktischen Unterstützung*. In Bezug auf die *emotionale Belastung* gaben immerhin 27.2% der Patienten an, „teilweise“, 6.8% „ziemlich“ und 1.2% „sehr“ belastet zu sein. Der Großteil der Patienten erlebte sich „überhaupt nicht“ (35.2%) oder „kaum“ (29.6%) belastet. Die Mehrheit der Befragten nahm „keine“ oder „kaum“ *praktische Belastung* wahr. Wie diese Angaben zeigen, nahmen die Patienten auch im Nachhinein ihrer stationären Rehabilitation wahr, dass Mitpatienten emotional und praktisch unterstützend und weniger belastend waren.

Tabelle 12: Emotionale und praktische Unterstützung durch Mitpatienten – Einschätzung der Patienten während und nach der Rehabilitation

	Während der Reha N (%)	Nach der Reha N (%)
emotionale Unterstützung		
überhaupt nicht	9 (3.9)	7 (4.3)
kaum	19 (8.2)	10 (6.2)
teilweise	101 (43.5)	48 (29.6)
ziemlich	68 (29.5)	55 (34.0)
sehr	35 (15.1)	42 (25.9)
praktische Unterstützung		
überhaupt nicht	23 (9.9)	13 (8.3)
kaum	34 (14.7)	17 (10.8)
teilweise	80 (34.5)	56 (35.7)
ziemlich	68 (29.3)	41 (26.1)
sehr	27 (11.6)	30 (19.1)
emotionale Belastung		
überhaupt nicht	81 (34.9)	57 (35.2)
kaum	81 (34.9)	48 (29.6)
teilweise	57 (24.6)	44 (27.2)
ziemlich	9 (3.9)	11 (6.8)
sehr	4 (1.7)	2 (1.2)
praktische Belastung		
überhaupt nicht	153 (66.5)	75 (46.3)
kaum	61 (26.5)	70 (43.2)
teilweise	14 (6.1)	15 (9.3)
ziemlich	2 (.9)	1 (.6)
sehr	0 (0)	1 (.6)

Frage 3.3: Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der sozialen Unterstützung und sozialen Integration während des stationären Aufenthaltes?

Hypothese 3.3.1: Frauen weisen ein größeres Netzwerk als Männer an Patienten auf.

Hypothese 3.3.2: Frauen definieren mehr Mitpatienten als Freunde in der Klinik im Vergleich zu Männern.

Hypothese 3.3.3: Frauen nehmen im Vergleich zu Männern mehr soziale Unterstützung aus dem häuslichen und therapeutischen Milieu wahr

Sämtliche Analysen zur Testung von **Geschlechtsunterschieden** wurden mittels t -Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 enthalten.

Zur Testung der Hypothese 3.3.1 wurden t -Tests für unabhängige Stichproben auf Basis der Daten des *FEPB* durchgeführt. Entgegen der Annahme unterschieden sich Frauen und Männer weder hinsichtlich der Anzahl ihrer bedeutsamen Mitpatienten ($t_{(230)} = -0.03, p = .974$) noch hinsichtlich der Gesamtnetzwerkgröße⁷ aller Mitpatienten ($t_{(137.85)} = 0.99, p = .324$). Im Durchschnitt gaben Frauen 6.51 ($SD = 3.55$) und Männer 6.49 ($SD = 3.81$) bedeutsame Mitpatienten an. Die Anzahl aller Kontakte im therapeutischen Milieu betrug für Frauen im Durchschnitt 14.84 ($SD = 9.80$) und für Männer 16.42 ($SD = 12.61$).

Die Hypothese 3.3.2 wurde ebenso mit einem t -Test für unabhängige Stichproben überprüft. Dieser ergab, dass Frauen im Durchschnitt 2.3 ($SD = 2.29$) ihrer angegeben bedeutsamen Mitpatienten als Freunde klassifizierten. Männer gaben durchschnittlich 1.64 ($SD = 2.06$) Mitpatienten den Status eines Freundes. Die Hypothese, dass Frauen im Vergleich zu Männern mehr Freunde innerhalb des stationären Settings aufweisen, ist somit bestätigt ($t_{(223)} = -2.14, p = .033, d = 0.30$).

Zur Überprüfung der Hypothese 3.3.3 wurden t -Tests für unabhängige Stichproben (Frauen vs. Männer) verwendet.

⁷ Der Levene-Test ergab für die Gesamtnetzwerkgröße keine Varianzhomogenität, weshalb korrigierte Freiheitsgrade angegeben werden.

Entgegen der Annahme, dass Frauen aus ihrem häuslichen Netzwerk mehr soziale Unterstützung als Männer wahrnehmen, zeigen die Ergebnisse in Tabelle 13 keine bedeutsamen Mittelwertunterschiede im *F-SozU*. Jedoch ergeben sich im *F-SozU-P* auf den Skalen *EU-P* ($t_{(231)} = -2.39, p = .018, d = 0.32$) und *WasU-P* ($t_{(231)} = -2.27, p = .024, d = 0.31$) signifikante Geschlechterunterschiede dahingehend, dass Frauen sich mehr als Männer emotional unterstützt (*EU-P, WasU-P*) fühlten. Weiterhin gibt es einen Trend, dass sich Frauen besser sozial integriert erlebten ($p = .056$). Der Vergleich mittels der im *FEPB* erhobenen Gesamtbewertung von Unterstützung und Belastung ergibt, dass Frauen mehr emotionale Unterstützung ($t_{(230)} = -2.15, p = .033$) und Belastung ($t_{(230)} = -2.20, p = .029$) durch ihre Mitpatienten wahrnahmen als Männer. Die Hypothese 3.3.3 ist somit teilweise bestätigt, die Effektstärken jedoch alle als klein zu bewerten.

Nach Zugrundelegung einer Bonferroni-Korrektur ($p = .05/20 = .0025$) wäre jedoch kein Mittelwertsvergleich signifikant und die Hypothese 3.3.3 bliebe beibehalten.

Tabelle 13: Geschlechterunterschiede bezüglich wahrgenommener sozialer Unterstützung

	Gesamt		Frauen		Männer		t-Test			
	N = 233		N = 150		N = 83		t-Wert	df	p	d
	M	SD	M	SD	M	SD				
FEPB										
EU-Ges	2.44	0.97	2.54	0.97	2.25	0.96	-2.15	230	.033*	0.30
PU-Ges	2.18	1.13	2.23	1.09	2.08	1.20	-0.97	230	.331	0.13
EB-Ges	1.03	0.95	1.13	0.95	0.84	0.94	-2.20	230	.029*	0.31
PB-Ges ^a	0.41	0.65	0.42	0.64	0.40	0.66	-0.27	228	.786	0.03
F-SozU-P										
EU-P	3.39	0.85	3.48	0.86	3.21	0.83	-2.39	231	.018*	0.32
PU-P ^b	3.19	0.96	3.26	0.96	3.05	0.94	-1.63	229	.104	0.22
SI-P	3.85	0.68	3.91	0.66	3.73	0.71	-1.92	231	.056°	0.26
WasU-P	3.50	0.75	3.58	0.74	3.35	0.74	-2.27	231	.024*	0.31
Bel-P	1.56	0.53	1.54	0.54	1.60	0.51	0.78	231	.435	0.11
Rez-P ^c	2.99	0.89	3.02	0.88	2.92	0.92	-0.72	224	.470	0.11
Zuf-P ^d	4.14	0.78	4.19	0.77	4.04	0.80	-1.38	225	.168	0.19
Vert-P ^a	3.31	1.23	3.41	1.28	3.13	1.13	-1.61	228	.109	0.23

Fortführung der Tabelle 13:

	Gesamt		Frauen		Männer		t-Test			
	N = 233		N = 150		N = 83		t-Wert	df	p	d
	M	SD	M	SD	M	SD				
F-SozU										
EU	4.10	0.75	4.14	0.71	4.04	0.81	-0.99	231	.334	0.13
PU	3.94	0.77	3.96	0.71	3.90	0.87	-0.64	231	.521	0.08
SI	3.67	0.80	3.69	0.78	3.62	0.83	-0.65	231	.516	0.09
WasU	3.92	0.72	3.94	0.68	3.86	0.79	-0.83	231	.410	0.11
Bel	2.31	0.78	2.33	0.77	2.25	0.79	-0.76	231	.446	0.10
Rez ^e	3.86	0.74	3.90	0.72	3.79	0.77	-1.11	230	.269	0.15
Zuf ^f	3.46	0.96	3.44	0.96	3.49	0.98	0.36	226	.719	0.05
Vert ^e	4.38	0.83	4.40	0.81	4.33	0.87	-0.67	230	.506	0.08

Anmerkungen: FEPB = Fragebogen zur Erfassung der Patienten-Beziehungen, EU-Ges = emotionale Unterstützung – Gesamtwert, PU-Ges = praktische Unterstützung – Gesamtwert, EB-Ges = emotionale Belastung – Gesamtwert, PB-Ges = praktische Belastung – Gesamtwert, F -SozU-P = Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten, EU-P = Emotionale Unterstützung – Patienten, PU-P = Praktische Unterstützung – Patienten, SI-P = Soziale Integration – Patienten, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, Rez-P = Reziprozität sozialer Unterstützung – Patienten, Zuf-P = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung – Patienten, Vert-P = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson – Patienten; F-SozU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung, EU = Emotionale Unterstützung, PU = Praktische Unterstützung, SI = Soziale Integration, WasU = wahrgenommene soziale Unterstützung, Bel = soziale Belastung, Rez = Reziprozität sozialer Unterstützung, Zuf = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung, Vert = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade, d = Effektstärke, ^a N = 230, ^b N = 231, ^c N = 226, ^d N = 227, ^e N = 232, ^f N = 228 ° p < .1, *p < .05

Frage 3.4: Welchen Einfluss haben wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung auf das Therapieergebnis?

Hypothese 3.4.1: Eine hohe wahrgenommene soziale Unterstützung wird mit einem besseren Therapieergebnis zusammenhängen.

Hypothese 3.4.2: Eine hohe Belastung wird mit einem schlechteren Therapieergebnis einhergehen.

Frage 3.5: Welches Netzwerk wirkt sich prädiktiver auf das Therapieergebnis aus?

Zur Beantwortung der Fragen 3.4 und 3.5 wurde die folgende Auswahl an Prädiktoren (erhoben durch *F-SozU-P* und *F-SozU*) für die **Vorhersage des Therapieergebnisses** getroffen: *WasU-P* und *WasU* als Maße für die wahrgenommene soziale Unterstützung und *Bel-P* und *Bel* als Maße für die soziale Belastung. Die Ergebnisse der bivariaten Korrelationen zwischen dem Therapieergebnis und den möglichen Prädiktoren sind in der Tabelle 22 (Anhang C) festgehalten und bestätigen die Hypothesen 3.4.1 und 3.4.2.

Die Ergebnisse zur Vorhersage der Symptomschwere (*GSI-Post*) durch die *Patientenbeurteilung* ist der Tabelle 14 zu entnehmen.

Nach der Einschussmethode wurden die Variablen in eine multiple Regressionsanalyse eingegeben, wobei eine Kontrolle des Einflusses der Kovariate (*GSI-Prä*) erfolgte. Die inferenzstatistische Prüfung der globalen Modellgüte erweist sich für beide Blöcke als signifikant (Modell 1: $F_{(1, 225)} = 329.11, p < .001$; Modell 2: $F_{(5, 221)} = 77.23, p < .001$). Das Bestimmtheitsmaß für das 1. Modell ist $R^2 = 59.2$. Im zweiten Modell erklären die fünf Prädiktoren gemeinsam 62.8% der Varianz des indirekt gemessenen Therapieerfolgs. Bei Hinzunahme der zu testenden vier Prädiktoren zur Unterstützung und Belastung im 2. Modell ist die zusätzliche Varianzaufklärung (4.2%) signifikant ($F_{(4, 221)} = 6.38, p < .001$). Die Kovariate bleibt der stärkste Prädiktor. Die *WasU-P* leistet einen eigenständigen Vorhersagebeitrag, *Bel* erreicht nur marginale Signifikanz. Alle weiteren Prädiktoren (*WasU*, *Bel-P*) tragen nicht zur Varianzaufklärung bei.

Somit besteht ein bedeutsamer negativer Zusammenhang zwischen der Prädiktorvariablen *WasU-P* und dem Kriterium *GSI-Post*. Konkret bedeutet dies, dass eine geringe wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Mitpatienten mit einem schlechteren Behandlungsergebnis einhergeht. Tendenziell ist eine geringe Belastung durch das häusliche Netz mit einem besserem Therapieergebnis in Verbindung zu bringen.

Tabelle 14: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Entlassung durch wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung aus dem therapeutischen Milieu und dem häuslichen Netzwerk ($N = 227$)

Modell	Prädiktoren	B	$SE\ B$	β	t	p
1	GSI-Prä	.73	.04	.77	18.14	.000***
2	GSI-Prä	.64	.04	.68	14.94	.000***
	WasU-P	-.08	.04	-.10	-2.01	.046*
	Bel-P	.05	.05	.04	0.88	.382
	WasU	-.05	.05	-.06	-0.97	.331
	Bel	.08	.05	.11	1.83	.068°

Anmerkungen: GSI-Prä = Global Severity Index bei Aufnahme, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, WasU = wahrgenommene soziale Unterstützung, Bel = soziale Belastung, $R^2 = .592$ für Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .042$ für Modell 2 ($p < .001$), ° $p < .1$, * $p < .05$, *** $p < .001$

Äquivalent dazu wurde der Einfluss der Unterstützung und Belastung auf das Therapieergebnis (*BSS-Ges-Post*) – eingeschätzt durch *Experten* – regressionsanalytisch untersucht. Lediglich der *BSS-Ges-Prä* bei Aufnahme klärt substantielle Varianz ($R^2 = 48.0$) an der Gesamtbeeinträchtigung bei Entlassung auf (Tabelle 23 im Anhang C). Zwar sind beide Modelle signifikant (Modell 1: $F_{(1, 231)} = 214.80$, $p < .001$; Modell 2: $F_{(5, 227)} = 43.04$, $p < .001$), jedoch gibt es keinen Varianzzuwachs im 2. Modell durch die Hinzunahme von Unterstützung und Belastung aus dem therapeutischen und häuslichen Milieu.

Katamnese: Bei Vorhersage des *GSI-Katamnese* zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung erweisen sich neben der Symptomschwere bei Behandlungsbeginn *WasU-P* und *Bel* als signifikant (siehe Tabelle 24 im Anhang C). Das 1. Modell ($F_{(1, 161)} = 93.59$, $p < .001$) klärt 36.4% Varianz auf. Durch die Prädiktoren im 2. Modell wurde ($F_{(5, 157)} = 27.63$, $p < .001$) insgesamt 45% Varianz aufgeklärt; der Varianzzuwachs ist statistisch bedeutsam. Je ausgeprägter die Symptomschwere zu Beginn (*GSI-Prä*) war, je weniger sich Patienten während der Reha durch Mitpatienten emotional unterstützt fühlten (*WasU-P*) und je mehr sie sich durch ihr häusliches Netzwerk belastet fühlten (*Bel*), desto ausgeprägter war die psychische Belastung 9 Monate nach Entlassung (*GSI-Katamnese*).

5.5 Stationsatmosphäre in psychosomatischer Rehabilitation

In diesem Kapitel werden Ergebnisse der Stationsatmosphäre und des Klinikmilieus der psychosomatischen Rehabilitation aus Sicht der Patienten dargelegt. Nach Deskription und Analyse von Geschlechterunterschieden erfolgen multiple Regressionen zum einen für die Vorhersage des Therapieergebnisses anhand stationsatmosphärischer Faktoren, zum anderen für den Einfluss der Stationsatmosphäre auf die wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung.

Frage 4.1: Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der Wahrnehmung der Stationsatmosphäre und des Klinikmilieus?

Hypothese 4.1: Frauen beurteilen die Beziehungen zum Einzeltherapeuten, zum Team und zu den Mitpatienten sowie die Regeln positiver als Männer.

Für einen ersten deskriptiven Überblick der **Stationsatmosphäre** sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des *SEB* in Tabelle 15 festgehalten. Insgesamt deuten die Skalenmittelwerte von $M = 4.12 - 5.42$ auf eine gute Qualität der Stationsatmosphäre hin.

Ebenso ergab die Einschätzung des **Klinikmilieus** anhand des *Milieu-Fragebogens*, dass die Patienten dieses zufriedenstellend ($M = 4.35$, $SD = 0.48$) bewerteten. Insgesamt weisen die Items eine linksschiefe Verteilung auf.

Geschlechterunterschiede: Entgegen der Hypothese 4.1, unterschieden sich Frauen und Männer gemäß des *t*-Tests für unabhängige Stichproben nicht in ihrer Wahrnehmung der Stationsatmosphäre und des Klinikmilieus. Lediglich zeigt sich für die Akzeptanz der Regeln ein Trend dahingehend, dass sich Frauen durch die Stationsordnung weniger in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlten. Bei Anwendung einer Bonferroni-Korrektur würde dieser Trend kein marginales Niveau mehr aufweisen.

Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen zur Stationsatmosphäre und Klinikmilieu-Skala ($N = 233$)

	Gesamt		Frauen		Männer		t-Test			
	$N = 233$		$N = 150$		$N = 83$		t -Wert	df	p	d
	M	SD	M	SD	M	SD				
BEZ ^a	5.05	0.98	4.99	0.99	5.16	0.97	1.32	230	.189	0.17
GKE ^a	4.12	1.03	4.05	1.00	4.26	1.07	1.54	230	.124	0.20
INT	4.82	0.94	4.81	0.97	4.84	0.90	0.22	231	.824	0.03
KLI	4.96	0.70	5.01	0.68	4.86	0.73	-1.61	231	.109	0.21
REG ^a	5.42	0.76	5.49	0.70	5.30	0.85	-1.82	230	.071 [°]	0.25
TEAM ^a	5.14	0.80	5.15	0.76	5.13	0.86	-0.13	231	.899	0.03
ZUW	4.86	0.91	4.93	0.88	4.73	0.96	-1.63	231	.104	0.22
KM	4.35	0.48	4.34	0.49	4.36	0.47	0.40	231	.691	0.04

Anmerkungen: BEZ = Beziehung zum Einzeltherapeuten, GKE = Selbstwirksamkeit, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, KLI = Gruppenklima, REG = Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/Stationsordnung, TEAM = Beziehung zum therapeutischen Team, ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, KM = Klinikmilieu, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, df = Freiheitsgrade, d = Effektstärke, ^a $N = 149$ Frauen; [°] $p < .1$

Frage 4.2: Welche Faktoren der Stationsatmosphäre bedingen das Therapieergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation?

Frage 4.3: Welchen Einfluss haben externe Bedingungen wie architektonische Gegebenheiten auf das Therapieergebnis?

Zur Beantwortung der Fragen 4.2 und 4.3 – und damit zur Teilbeantwortung der Hauptfragestellung – war regressionsanalytisch zu überprüfen, von welchen Faktoren der **Stationsatmosphäre** das Therapieergebnis abhängt und ob das **Klinikmilieu** zusätzlich einen Beitrag zur Vorhersage leistet. In Tabelle 22 (Anhang C) sind die bivariaten Korrelationen zwischen den Outcome-Kriterien und den möglichen Prädiktoren angegeben. Korrelationsanalytisch weisen diese Ergebnisse auf folgende Zusammenhänge hin: Je negativer die Patienten die Aspekte der Stationsatmosphäre und des Klinikmilieus wahrnahmen, desto höher war die Symptombelastung bzw. Beeinträchtigung bei Therapieende sowohl aus Patienten- als auch aus Therapeutensicht.

Alle Prädiktoren sind der Einschlussmethode regressionsanalytisch im Hinblick auf die Vorhersage des *GSI-Post (Selbstrating der Patienten)* eingegeben worden (s. Tabelle 16). Wie in oben aufgeführten Vorhersagemodellen wurde hier auch wieder in das 1. Modell der Autoregressor (*GSI-Prä*) des Kriteriums (*GSI-Post*) aufgenommen, sodass ein Determinationskoeffizient von $R^2 = 59.4$ resultiert (1. Modell: $F_{(1, 224)} = 330.45, p < .001$). Die Prädiktoren des 2. Modells klären insgesamt 66.2% der Varianz auf ($F_{(8, 217)} = 56.19, p < .001$). Im 2. Modell erweist sich erwartungsgemäß der *GSI* als stärkster Prädiktor. Durch die multiple Hinzunahme der stationsatmosphärischen Prädiktoren gibt es einen Zuwachs an aufgeklärter Varianz von 7.8% ($F_{(7, 217)} = 7.47, p < .001$). Entgegen der Hypothese klären die Skalen *BEZ* und *KLI* keine Varianz auf, dafür aber *GKE*. Für die Skalen *INT* und *ZUW* sind Trends zu verzeichnen. Die Selbstwirksamkeit steht in einem negativen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Zudem gibt es tendenziell negative Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Zuwendung durch die Mitpatienten und dem Therapieergebnis, sowie zwischen der Behandlungsintensität und dem Therapieergebnis. Obwohl das dritte Modell signifikant ist (Modell 3: $F_{(9, 216)} = 50.41, p < .001, R^2 = 66.4$), leistet das Klinikmilieu keinen zusätzlichen Beitrag zur Varianzklärung.

Die gleichen Prädiktoren wurden zur Vorhersage des *BSS-Ges-Post (Fremdbeurteilung)* herangezogen, klären jedoch keine Varianz auf.

Katamnese: Im Unterschied zur Vorhersage bei Entlassung wird bei der Vorhersage des Therapieergebnisses (*GSI-Katamnese*) bei der Katamnese neben der Symptomschwere bei Aufnahme die Selbstwirksamkeit nur noch marginal signifikant (siehe Tabelle 25, Anhang C).

Tabelle 16: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Entlassung mit den Skalen des Stationserfahrungsbogens und der Klinikmilieu-Skala ($N = 226$)

Modell	Prädiktor	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	GSI-Prä	.73	.04	.77	18.18	.000***
2	GSI-Prä	.60	.04	.63	14.12	.000***
	BEZ	.02	.03	.04	0.76	.448
	GKE	-.13	.03	-.22	-4.09	.000***
	INT	-.06	.03	-.09	-1.76	.079°
	KLI	.04	.04	.05	0.97	.334
	REG	-.04	.04	-.05	-1.05	.295
	TEAM	.01	.04	.01	0.20	.841
	ZUW	-.07	.04	-.11	-1.89	.060°
3	GSI-Prä	.61	.04	.64	14.20	.000***
	BEZ	.03	.03	.05	0.95	.343
	GKE	-.12	.03	-.21	-3.88	.000***
	INT	-.06	.03	-.09	-1.80	.074°
	KLI	.05	.04	.06	1.11	.270
	REG	-.03	.04	-.03	-0.74	.459
	TEAM	.02	.04	.02	0.40	.693
	ZUW	-.07	.04	-.10	-1.69	.092°
	Klinikmilieu	-.09	.06	-.07	-1.42	.156

Anmerkungen: GSI-Prä = Global Severity Index bei Aufnahme BEZ = Beziehung zum Einzeltherapeuten, GKE = Selbstwirksamkeit, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, KLI = Gruppenklima, REG = Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/ Stationsordnung, TEAM = Beziehung zum therapeutischen Team, ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, $R^2 = .59$ im Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .078$ im Modell 2 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .003$ im Modell 3 ($p > .05$), ° $p < .1$, *** $p < .001$

Frage 4.4: Inwieweit wirken sich Erleben der Stationsatmosphäre und Lebensbedingungen in der Klinik auf soziale Unterstützungsleistungen im therapeutischen Patienten-Netzwerk aus?

Mit Hilfe multipler Regressionsanalysen war explorativ der Frage 4.4 nachzugehen. Für den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung (*WasU-P*) und sozialer Belastung (*Bel-P*) im therapeutischen Milieu und dessen Aspekten wie Stationsatmosphäre und Klinikmilieu

wurden Korrelationen berechnet. In Tabelle 17 und nachfolgend angegeben, lässt sich für die Charakterisierung der Stationsatmosphäre und des Klinikmilieus feststellen, dass sowohl die Skalen des *SEB* als auch die *KM*-Skala mit der *WasU-P* und der *Bel-P* des *F-SozU-P* korrelieren, wobei es mit der *WasU-P* jeweils positive und mit der *Bel-P* negative Zusammenhänge gibt.

Tabelle 17: Korrelationen zwischen Stationsatmosphäre und wahrgenommener sozialer Unterstützung und Belastung durch Mitpatienten ($N = 233$)

	WasU-P	Bel-P
BEZ ^a	.16*	-.22**
GKE ^a	.44***	-.34***
INT	.27***	-.39***
KLI	.36***	-.52***
REG ^a	.14*	-.21**
TEAM ^a	.10	-.28***
ZUW	.66***	-.41***
Klinikmilieu	.22**	-.28***

Anmerkungen: BEZ = Beziehung zum Einzeltherapeuten, GKE = Selbstwirksamkeit, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, KLI = Gruppenklima, REG = Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/Stationsordnung, TEAM = Beziehung zum therapeutischen Team, ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, ^a $N = 232$; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Da bis auf die Skala *TEAM* alle weiteren Skalen des *SEB* mit *WasU-P* und *Bel-P* des *F-SozU-P* auf einem Signifikanzniveau von mindestens $p \leq .05$ korrelieren, wurden sie mit der schrittweisen Methode jeweils in die multiple Regressionsanalyse zur **Vorhersage der wahrgenommenen Unterstützung** aufgenommen.

Wie die Tabelle 18 zeigt, wurden im 1. Modell 43% der Varianz durch die Variable *ZUW* erklärt ($F_{(1, 230)} = 175.16$, $p < .001$). Den weiteren höchsten Erklärungszuwachs liefert die Variable *BEZ*. Durch ihre Aufnahme (Modell 2: $F_{(2, 229)} = 94.68$, $p < .001$) erhöht sich der Anteil erklärter Varianz um .02 ($F_{(1, 229)} = 8.49$, $p = .004$). Der Determinationskoeffizient für das 2. Modell lautet $R^2 = 44.8$. Als drittes wurde *GKE* – bereinigt um die Einflüsse von *ZUW* und *BEZ* – in das Modell 3 ($F_{(3, 228)} = 66.22$, $p < .001$) aufgenommen. Der Erklärungszuwachs fällt mit .013 zwar ebenso gering aus, ist aber signifikant ($F_{(1, 228)} = 5.55$, $p = .019$).

Insgesamt klärt das 3. Modell 45.9% Varianz auf. Alle anderen Variablen wurden nicht in das Regressionsmodell aufgenommen; sie leisten keinen zusätzlichen Erklärungsbeitrag.

Je mehr Zuwendung die Patienten durch ihre Mitpatienten (*ZUW*) erfuhren, je weniger sich die Patienten von ihrem Einzeltherapeuten (*BEZ*) verstanden fühlten und je höher die Selbstwirksamkeitserwartung (*GKE*) der Patienten war, desto größer war die wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Mitpatienten.

Tabelle 18: Vorhersage der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Faktoren der Stationsatmosphäre ($N = 232$)

Modell	Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	ZUW	.53	.04	.66	13.24	.000***
2	ZUW	.58	.04	.70	13.60	.000***
	BEZ	-.14	.05	-.11	-2.91	.004**
3	ZUW	.52	.05	.64	10.68	.000***
	BEZ	-.16	.05	-.17	-3.30	.001**
	GKE	.10	.04	.14	2.36	.019*

Anmerkungen: ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, BEZ = Beziehung zum Einzeltherapeuten, GKE = Selbstwirksamkeit, $R^2 = .43$ im Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .02$ im Modell 2 ($p < .01$), $\Delta R^2 = .013$ im Modell 3 ($p < .05$), * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Analog dazu wurde für die **Vorhersage der sozialen Belastung** eine schrittweise Regressionsanalyse gerechnet. Hier waren alle bedeutsamen Prädiktoren, nach der Stärke der bivariaten Korrelation mit dem Kriterium, schrittweise in das Modell aufzunehmen.

Ebenso wie zur Vorhersage der sozialen Unterstützung konnte die soziale Belastung anhand von bis zu drei Prädiktoren vorhergesagt werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 19 festgehalten.

Das 1. Modell ($F_{(1, 230)} = 85.42$, $p < .001$) mit dem Prädiktor *KLI* klärt 26.8% der Varianz auf, im 2. Modell ($F_{(2, 229)} = 54.07$, $p < .001$) gibt es durch die Hinzunahme des 2. Prädiktors (*INT*) einen signifikanten Erklärungszuwachs von 5% ($F_{(1, 229)} = 16.84$, $p < .001$) und im 3. Modell ($F_{(3, 228)} = 38.25$, $p < .001$) einen weiteren Zuwachs an aufgeklärter Varianz von 1.4% durch den Prädiktor *INT* ($F_{(1, 228)} = 4.82$, $p = .029$). Im 3. Modell beträgt die Varianzaufklärung 32.6%.

Alle drei Prädiktoren haben einen negativen Einfluss auf die soziale Belastung (*Bel-P*), d. h. dass die emotionale Grundstimmung (*KLI*), die als angemessen empfundene Behandlungsintensität (*INT*) und die Beziehung zum therapeutischen Team (*TEAM*) in einem negativen Zusammenhang mit der wahrgenommenen sozialen Belastung durch Mitpatienten (*Bel-P*) stehen.

Tabelle 19: Vorhersage der sozialen Belastung durch Faktoren der Stationsatmosphäre ($N = 232$)

Modell	Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	KLI	-.40	.04	-.52	-9.24	.000***
2	KLI	-.33	.04	-.44	-7.55	.000***
	INT	-.13	.03	-.24	-4.10	.000***
3	KLI	-.32	.04	-.42	-7.25	.000***
	INT	-.12	.03	-.21	-3.48	.001**
	TEAM	-.08	.04	-.13	-2.20	.029*

Anmerkungen: KLI = Gruppenklima, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, TEAM = Beziehung zum therapeutischen Team, $R^2 = .27$ im Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .05$ im Modell 2 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .014$ im Modell 3 ($p < .05$), * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5.6 Zusammenhänge zwischen Beziehungen, sozialer Unterstützung, Stationsatmosphäre und Therapieergebnis

Hauptfragestellung: Inwieweit bestehen Zusammenhänge zwischen Beziehungen, wahrgenommener sozialer Unterstützung zwischen den Patienten und aus dem häuslichen Netzwerk, sowie dem Erleben des therapeutischen Milieus und dem Therapieergebnis (psychische Belastung) unter Berücksichtigung der Schwere der Symptomatik zu Therapiebeginn?

Zur Beantwortung der Hauptfragestellung und somit zur Überprüfung des in Kapitel 3 postulierten Modells (Abb. 1) wurde eine multiple Regression gerechnet. Die Auswahl der Prädiktoren erfolgte gemäß der in den Kapitel 5.3 bis 5.5 durchgeführten Korrelationsanalysen (Tabelle 22, Anhang C) und deren Signifikanz (Signifikanzniveau von mindestens $p < .05$), die sich jeweils in den einzelnen Regressionsmodellen gezeigt hat.

Folgende Faktoren sind in die Analyse einbezogen worden: Symptomschwere (*GSI-Prä*) als Indikator für die allgemeine psychische Belastung bei Aufnahme, emotionale Belastung durch Mitpatienten (*EB-Ges*), wahrgenommene Unterstützung (*WasU-P*) durch Mitpatienten und Selbstwirksamkeit (*GKE*). In das Gesamtmodell wurden zusätzlich noch potentielle Prädiktoren (*Bel* – Belastung im sozialen Netzwerk sowie *INT*, *ZUW*) hinzugenommen, die in den Einzelanalysen zwar nur marginales Signifikanzniveau ($p < .10$) erreichten, aber zusammen mit den anderen Prädiktoren doch zu einer erhöhten Varianzaufklärung beitragen könnten.

Die in Kapitel 4.4.1 aufgeführten Voraussetzungen waren jeweils erfüllt. Die Variablen wurden dabei – wie in oben angegebener Reihenfolge – blockweise mit der Einschlussmethode pro Block eingegeben. Die Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse sind der Tabelle 20 zu entnehmen⁸.

Die inferenzstatistische Prüfung der globalen Modellgüte erweist sich für alle angegebenen Modelle als signifikant. Dem *GSI-Prä* (1. Block) kommt der stärkste prädiktive Wert mit $R^2 = 59.4$ zu ($F_{(1, 223)} = 328.31, p < .001$). Durch die Hinzunahme der emotionalen Belastung (*EB-Ges*) durch Mitpatienten im 2. Modell wird eine Erhöhung des adjustierten R^2 auf 61.0 und eine statistisch bedeutsame Modellanpassung ($F_{(2, 222)} = 175.92, p < .001$) erreicht. Einen zusätzlichen Erklärungsgewinn inkrementeller Varianz ($\Delta R^2 = .03$) ($F_{(2, 220)} = 9.340, p < .001$) leisten die Faktoren *WasU-P* und *Bel* im 3. Modell ($F_{(4, 220)} = 99.24, p < .001$); für *EB-Ges* lässt sich noch ein Trend verzeichnen und der *GSI-Prä* bleibt der stärkste Prädiktor. Insgesamt werden durch diese vier Prädiktoren 63.7% aufgeklärt. Festhalten lässt sich folgender Zusammenhang: Je höher die psychische Belastung bei Aufnahme (*GSI-Prä*) war, je mehr sich die Patienten von ihren Mitpatienten emotional belastet fühlten (*EB-Ges*), je weniger sie sich durch ihre Mitpatienten unterstützt fühlten (*WasU-P*) und je mehr sie sich durch ihr häusliches soziales Netzwerk belastet fühlten (*Bel*), desto höher war die allgemeine psychische Belastung bei Therapieende (*GSI-Post*).

⁸ Das Geschlecht korrelierte weder mit dem *GSI-Post* noch führte es als Kontrollvariable zu entscheidenden veränderten Regressionsgewichten; sodass auf die Aufführung in der Tabelle verzichtet wurde.

Bei Hinzunahme von stationsatmosphärischen Aspekten wie *GKE*, *INT* und *ZUW* im 4. Block ist erneut eine signifikante Änderung ($F_{(3, 217)} = 6.98, p < .001$) der Höhe des Determinationskoeffizienten auf $R^2 = 66.4$ und ein signifikantes 4. Modell ($F_{(7, 217)} = 64.33, p < .001$) festzuhalten. Der Anteil inkrementeller Varianz beträgt $\Delta R^2 = .03$. Es zeigen sich jetzt nur noch der *GSI-Prä* und die *GKE* als den *GSI-Post* beeinflussende Faktoren. Konkret bedeutet das Ergebnis, dass je stärker sich Patienten zu Beginn der Behandlung psychisch belastet fühlten (*GSI-Prä*) und je geringer ihre Selbstwirksamkeitserwartung (*GKE*) war, desto mehr fühlten sie sich am Ende der Behandlung belastet (*GSI-Post*).

Tabelle 20: Prädiktoren zur Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Entlassung – Hauptergebnis ($N = 225$)

Modell	Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	GSI-Prä	.73	.04	.77	18.12	.000***
2	GSI-Prä	.70	.04	.74	17.10	.000***
	EB-Ges	.09	.03	.14	3.18	.002**
3	GSI-Prä	.64	.04	.67	15.05	.000***
	EB-Ges	.05	.03	.08	1.89	.060°
	WasU-P	-.10	.03	-.12	-2.85	.005**
	Bel	.10	.04	.14	2.94	.004**
4	GSI-Prä	.59	.04	.62	13.67	.000***
	EB-Ges	.02	.03	.03	0.66	.508
	WasU-P	-.03	.04	-.03	-0.58	.561
	Bel	.05	.04	.07	1.44	.151
	GKE	-.11	.03	-.18	-3.34	.001**
	INT	-.05	.03	-.08	-1.59	.113
	ZUW	-.03	.04	-.05	-0.78	.427

Anmerkungen: GSI-Prä = Global Severity Index bei Aufnahme, EB-Ges = emotionale Belastung – Gesamtwert, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel = soziale Belastung, GKE = Selbstwirksamkeit, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, $R^2 = .59$ im Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .018$ im Modell 2 ($p < .01$), $\Delta R^2 = .03$ im Modell 3 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .031$ im Modell 4 ($p < .001$), ° $p < .1$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Katamnese: Zum Zeitpunkt der Katamnese klären neben *GSI-Prä* die Prädiktoren *WasU-P* und *Bel* die meiste Varianz (45.0%) auf (Modell 3: $F_{(4, 156)} = 33.66, p < .001$), d. h. dass die wahrgenommene Unterstützung zwischen den Patienten während der Reha (*WasU-P*) und die empfundene Belastung aus dem häuslichen Netzwerk (*Bel*) sich nachhaltig auf die psychische Verfassung (*GSI-Katamnese*) auswirken bzw. damit einhergehen. Die Hinzunahme stationsatmosphärischer Faktoren (inklusive Selbstwirksamkeit) erweist sich im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt nicht mehr als statistisch bedeutsam. In Tabelle 26 (Anhang C) sind alle Ergebnisse festgehalten.

5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Psychometrische Gütekriterien der adaptierten Fragebögen (Frage 1): Für die Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien der adaptierten Fragebögen (*FEPB* und *F-SozU-P*) sind insgesamt betrachtet zufriedenstellende Ergebnisse zu resümieren.

Beziehungen zwischen Patienten während der stationären Rehabilitation (Fragen 2.1 bis 2.4): Während der psychosomatischen Rehabilitation gingen Patienten **Beziehungen** zu ihren Mitpatienten ein. Im Durchschnitt hatten die Patienten 6.5 (Spanne zwischen 0 und 20) für sie bedeutsame Beziehungen zu Mitpatienten.

Beziehungsarten: Die Mehrheit (89.3%) aller Patienten klassifizierte mindestens einen Mitpatienten als „Bekanntes“, 68.4% hatten zu mindestens einem Mitpatienten ein freundschaftliches Verhältnis. Intime Beziehungen in Form von Partnerschaften (2.2%) oder „Kurschatten“ (1.8%) waren deutlich seltener. Sexuelle Kontakte zu Mitpatienten wurden von allen Patienten verneint. Patienten, die Mitpatienten als Freunde einschätzten, hatten ein besseres Therapieergebnis. Frauen wiesen im Vergleich zu Männern in psychosomatischer Rehabilitation deutlich mehr Mitpatienten mit dem Status „Freundschaft“ auf. Überwiegend duzten sich die Patienten. Katamnese: Im Schnitt erinnerten sich Patienten noch an ca. 4.82 ehemalige Mitpatienten namentlich. Über 80% der Patienten konnten sich bereits während der Reha weiteren Kontakt mit bedeutsamen Patienten nach der Reha vorstellen; 75.3% der Befragten nahmen tatsächlich Kontakt zu ehemaligen Patienten via Telefon und E-Mail oder persönlich auf. Sowohl während als auch

nach der Behandlung schätzten die meisten Befragten ein, dass sich die Beziehungen zu Mitpatienten entweder nicht oder „etwas verbessernd“ auf das erwartete Therapieergebnis auswirken.

Soziale Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation (Fragen 3.1 bis 3.5): Die durchschnittliche Netzwerkgröße (**soziale Integration**) betrug 15.41 Mitpatienten; es gab diesbezüglich keine Geschlechterunterschiede. In Bezug auf die Gesamteinschätzung zur **wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung** durch Mitpatienten ist festzuhalten, dass sich 44.4% der Patienten emotional „sehr“ oder „ziemlich unterstützt“, 43.5% „teilweise unterstützt“ fühlten. Vergleichbar wurde die praktische Unterstützung eingeschätzt: „überhaupt nicht“ und „kaum unterstützt“ erlebten sich nur wenige Patienten (emotional: 12.1%, praktisch: 24.6%). Jeweils ein Drittel der Patienten nahm „überhaupt keine“ oder geringe emotionale Belastung durch Mitpatienten wahr; immerhin ein Viertel (24.6%) der Patienten fühlte sich „teilweise“ durch Mitpatienten emotional belastet. Kein Patient erreichte einen Grad „sehr“ starker praktischer Belastung; zwei Drittel (66.5%) der Patienten waren „überhaupt nicht“ praktisch belastet. Zum Zeitpunkt der Katamnese sind die Einschätzungen vergleichbar; auffällig ist, dass die praktische Belastung und emotionale Unterstützung durch Mitpatienten nach der Reha höher eingeschätzt wurden als zum Behandlungszeitpunkt.

Geschlechterunterschiede zeigten sich wie angenommen: Frauen nahmen im Vergleich zu Männern mehr soziale Unterstützung (*EU-P*, *WasU-P*) wahr, fühlten sich durch Mitpatienten mehr emotional belastet (*EB-Ges*) und erlebten sich tendenziell besser in das Patientennetzwerk integriert (*SI-P*). In Bezug auf alle Aspekte der Unterstützung (*F-SozU*) aus dem häuslichen Netzwerk lagen keine Geschlechterunterschiede vor.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung innerhalb des therapeutischen Milieus standen im **Zusammenhang mit dem Therapieergebnis**: Je weniger sich die Patienten von ihren Mitpatienten (*WasU-P*) unterstützt fühlten bzw. je mehr sich Patienten durch ihre Mitpatienten emotional belastet (*EB-Ges*) erlebten, desto höher war die Symptomschwere (*GSI-Post*) am Ende der Behandlung. Darüber hinaus war tendenziell eine geringe Belastung (*Bel*) durch das häusliche Netz mit einem besserem Therapieergebnis in Verbindung zu bringen. Katamnese: Diese Ergebnisse blieben stabil, d. h. auch nach der Reha ließ sich der Einfluss der *WasU-P* und *Bel* regressionsanalytisch darstellen.

Therapeutisches Milieu – das Stationserleben in psychosomatischer Rehabilitation (Fragen

4.1 bis 4.4): Patienten nahmen die **Stationsatmosphäre** positiv wahr. Es gab bezüglich der Milieuwahrnehmung keine Geschlechterunterschiede. Je geringer die Selbstwirksamkeit (*GKE*) im Therapieverlauf war, desto beeinträchtigt war die allgemeine psychische Verfassung bei Entlassung. Je geringer das Kohäsionsgefühl (*ZUW*) war und die Behandlungsintensität (*INT*) als angemessen empfunden wurde, desto größer war tendenziell die psychische Beeinträchtigung bei Entlassung. Zum Zeitpunkt der Katamnese erwiesen sich die stationsatmosphärischen Faktoren nicht mehr für die psychische Verfassung prädiktiv. Das **Klinikmilieu** als solches klärte keine Varianz auf.

Explorative Analysen zum Zusammenhang zwischen der Unterstützung und Belastung sowie stationsatmosphärischer Faktoren ergaben, dass sich eine vermehrte Zuwendung durch Mitpatienten (*ZUW*), ein geringes Sich-Aufgehoben-Fühlen in der Einzeltherapie (*BEZ*) und eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung (*GKE*) prädiktiv auf eine höhere Unterstützung durch Mitpatienten (*WasU-P*) auswirkten. Weiterhin gingen ein schlechtes Gruppenklima (*KLI*), eine wenig angemessene Behandlungsintensität (*INT*) und wenig zufriedenstellende Beziehungen zum Behandlungsteam (*TEAM*) mit einer als höher empfundenen Belastung durch Mitpatienten (*Bel-P*) einher.

Zusammenhänge zwischen Beziehungen, sozialer Unterstützung, Stationsatmosphäre und

Therapieergebnis (Hauptfragestellung): Zusammenfassend ergab sich für die Beantwortung der Hauptfrage (multiple Analyse zur prognostischen Bedeutung der Beziehungen und sozialen Unterstützung zwischen den Patienten sowie Einbezug von Stationsatmosphäre und Klinikmilieu für den Therapieerfolg), dass – in Abhängigkeit vom ausgewählten Modell – neben der Schwere der Symptomatik zu Behandlungsbeginn die Selbstwirksamkeit den größten Vorhersagebeitrag für den Therapieerfolg bei Entlassung leistet. Bei der Katamnese ändert sich jedoch das Bild: Während die Selbstwirksamkeit kein signifikanter Prädiktor für die Vorhersage der psychischen Verfassung darstellt, imponieren die wahrgenommene Unterstützung durch die ehemaligen Mitpatienten (*WasU-P*) sowie die Belastung durch das häusliche Netzwerk (*Bel*) – gemessen zum Zeitpunkt der Rehabilitation – als einflussreiche Faktoren 7 bis 12 Monate nach Entlassung.

6 Diskussion

Ziel dieser Dissertation war es, Beziehungen und soziale Unterstützung sowie Belastung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation zu erfassen und im Zusammenhang mit dem Reha-Ergebnis zu untersuchen. Dabei sollten auch milieutherapeutische Faktoren wie Stationsatmosphäre und architektonische Gegebenheiten berücksichtigt werden. Ferner war zu prüfen, ob die Kontakte noch nach der Entlassung bestehen. Die Zielstellung verfolgend wurden 233 psychosomatische Rehabilitanden zu mehreren Messzeitpunkten untersucht.

Nachdem die Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet und diskutiert werden (Kapitel 6.1), erfolgt eine Bewertung dieser unter methodischen Aspekten im Kapitel 6.2. Zum Abschluss wird auf die Bedeutung der Ergebnisse für das therapeutische und praktische Vorgehen in psychosomatischer Rehabilitation eingegangen sowie weitergehende Forschungsperspektiven erörtert (Kapitel 6.3).

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Indikationsgemäß ist es eine Aufgabe der psychosomatischen Rehabilitation förderliche Bedingungen im Sinne der Milieugestaltung zu schaffen. Patienten nehmen nicht nur die Atmosphäre der Klinik wahr, sondern erleben auch die Beziehungen zu Mitpatienten als stützend oder belastend. Die Untersuchung erlaubt Aussagen über Beziehungen zu Mitpatienten und deren soziale Unterstützungsleistungen sowie Wahrnehmung der Stationsatmosphäre im rehabilitativen Setting zu machen. Die im 3. Kapitel gestellten Forschungsfragen werden im Folgenden vor dem Hintergrund bisheriger Studienergebnisse beantwortet und bewertet. Zunächst sind die adaptierten Fragebögen zu diskutieren.

6.1.1 Bewertung der adaptierten Fragebögen

Bewertung des Fragebogens zur Erfassung von Patienten-Beziehungen: Mit dem *FEPB* liegt ein Fragebogen auf Basis von Selbstauskünften der Patienten vor, der erlaubt, die Patientenbeziehungen hinsichtlich ihrer verschiedenen Arten inklusive Umgangsformen und Erwartungen sowie Unterstützungs- und Belastungsformen zu erfassen und zu bewerten. Wie beim *MuSK* (Linden et al., 2007) werden im *FEPB* durch die separate Einschätzung von sozialer Unterstützung und Belastung ambivalente Beziehungen pro bedeutsamen Mitpatienten sowie eine Gesamteinschätzung über alle angegebenen Patienten erfasst. Anders als im *MuSK* basiert der *FEPB* auf Selbstauskünften und ist überwiegend in tabellarischer Form angelegt. In dieser ersten Untersuchung mit dem *FEPB* an 232 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik der DRV Bund wurden befriedigende psychometrische Gütekriterien erreicht. Beispielsweise ist der *FEPB*, ähnlich wie der *MuSK* ein ökonomisch gutes, zufriedenstellendes reliables und valides Verfahren; er ist bei einer Dauer von ca. 10 Minuten einfach durchzuführen und auswertbar. In Bezug auf die Retest-Reliabilität relevanter Unterstützungsaspekte (z. B. emotionale und praktische Belastung) und Beziehungscharakteristika (z. B. Männer als bedeutsame Mitpatienten, Klassifikation von Beziehungen) ist einschränkend zu sagen, dass diese keine hinreichend hohen Koeffizienten aufweisen. Dies ist mit dem Umstand zu erklären, dass es sich letztendlich um Wahrnehmungen handelt, die aufgrund von Stimmungsinstabilitäten wie z. B. depressive Störungen zustande kommen (vgl. Linden et al., 2007). Beispielsweise sprechen die Schwankungen der sozialen Belastungen dafür, dass es sich dabei eher um ein „Staterkmal“ handelt. Möglicherweise wenden sich Patienten von Mitpatienten, die als belastend wahrgenommen werden, ab. Festzustellen ist, dass sich die Kontakte innerhalb einer Woche intensivieren, was die niedrigen Reliabilitätswerte für die Anzahl von Bekannten und Freunden erklären könnte. Besonders reliabel erweist sich der *FEPB* bezüglich der sozialen Integration, sowohl hinsichtlich der bedeutsamen Mitpatienten als auch der Kontakte zu allen Mitpatienten. Darüber hinaus liegt bei zweimaliger Messung für die Angabe von Frauen als bedeutsame Mitpatienten hohe Übereinstimmung vor, was damit erklärt werden kann, dass die Beziehungen zu Frauen intensiver, vertrauensvoller und offenbar auch stabiler sind (vgl. Kapitel 6.1.2, 2.2.1, Auhagen, 1993, Stiehler, 2009). Inhaltlich ist der *FEPB* bezüglich der folgenden Punkte zu kritisieren: Die Auswahl der Kategorien für die Beziehungsklassifikation ist dahingehend zu erweitern, da einige Patienten sich darin

nicht wieder fanden. Beispielsweise konnten sie einige bedeutsame Mitpatienten nicht einmal als Bekannten einordnen. Ferner nehmen intime Beziehungsformen („Kurschatten“, Partnerschaft, sexuelle Kontakte) als Kategorien im Vergleich zu Bekannt- und Freundschaften einen breiten Rahmen ein. Ebenso sind die Definitionen nicht trennscharf genug. Beispielsweise erklärten einige Patienten, dass sie durchaus mit Mitpatienten flirteten, aber mit ihnen keine sogenannte Paarbeziehung aufwiesen, sodass sie die Mitpatienten als Freunde und nicht als „Kurschatten“ klassifizierten. Darüber hinaus hätten die Kontakterwartungen nach der Reha zusätzlich zu den bestehenden Kategorien (z. B. persönlich, telefonisch, per E-Mail) durch die Möglichkeit von Nachrichtenaustausch via SMS oder internet-basierten Sozialen Medien (z. B. Facebook) ergänzt werden können. Der *FEPB* ist hinsichtlich messmethodischer Kriterien (z. B. Reliabilitätsverbesserung durch klarere Formulierung von Items zu Beziehungskategorien) und Limitierungen sowie seiner Brauchbarkeit für weitere Studien zu überarbeiten und zu prüfen (vgl. 6.2).

Bewertung des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung zwischen Patienten: Ausgehend von dem bewährten *F-SozU* (Fydrich et al., 2007) wurden dessen Items und Instruktion umformuliert, um mittels des *F-SozU-P* soziale Unterstützung auf Basis der wahrgenommenen Unterstützung zwischen Patienten in stationärer Behandlung zu erfassen. Die Skalen des *F-SozU-P* entsprechen denen des *F-SozU*, sodass die in der Literatur diskutierten Unterstützungskonstrukte umfassend berücksichtigt sind (vgl. Kapitel 2.3.1). Der *F-SozU-P* erlaubt also Aspekte der emotionalen und praktischen Unterstützung sowie soziale Integration, soziale Belastung, Reziprozität, Zufriedenheit und Verfügbarkeit von Unterstützung zwischen Patienten im stationären Behandlungssetting zu erheben. Positiv zu bewerten sind neben den Validitätsberechnungen die Schätzungen der Reliabilität; für Letztere liegen Schätzungen zur internen Konsistenz und Retest-Reliabilität vor. Die Ergebnisse zeigen, ähnlich wie der *F-SozU*, eine gute Reliabilität und Validität und weisen darauf hin, dass der *F-SozU-P* als reliables und valides Verfahren gilt und in anderen Studien zwecks erneuter Überprüfung eingesetzt werden kann. Hervorzuheben ist, dass der *F-SozU-P* einer Patientenstichprobe ($N = 29$) zweimal innerhalb einer Woche vorgelegt worden ist, worauf bei der psychometrischen Überprüfung des *F-SozU* verzichtet worden ist. Deshalb liegen keine Vergleichswerte für die Retest-Reliabilität vor.

6.1.2 Beziehungen zwischen Mitpatienten

In dieser Arbeit sind die Beziehungen zwischen den Mitpatienten erstmalig erweitert untersucht worden, d. h. hinsichtlich ihrer Beziehungsformen, Erwartungen, Unterstützungs- und Belastungsarten sowie Aspekten ihres patienteninternen Netzwerkes während der psychosomatischen Rehabilitation. Da sich bislang vorliegende Erhebungsinstrumente (z. B. *SBB*, *SEB*) nur auf einzelne Aspekte von Beziehungen zu Mitpatienten beziehen, war anlehnend an den *MuSK* (Linden et al., 2007) der *FEPB* entwickelt worden, auf den sich die im Folgenden zu diskutierenden deskriptiven Ergebnisse beziehen.

Charakteristika der Beziehungen zwischen Patienten: Die Untersuchungsergebnisse bestätigen, dass Patienten zu ihren Mitpatienten Beziehungen mit unterschiedlicher Intensität eingehen. Erstmals wurde eine Klassifikation der Beziehungen zwischen den Patienten während ihrer stationären Behandlung vorgenommen. Bisher sind diese nicht hinsichtlich ihrer **Beziehungsarten** eingeordnet worden. Knapp 90% der Patienten klassifizierte mindestens einen Mitpatienten als „Bekanntes“ und zwei Drittel der Patienten hatten zu mindestens einem Mitpatienten ein freundschaftliches Verhältnis. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Patienten während der psychosomatischen Rehabilitation zumindest Beziehungen auf Ebene von Bekanntschaften eingehen und ein Teil dieser Kontakte auch freundschaftlichen Charakter annimmt. Diese Befunde sind bezugnehmend auf das Konzept des therapeutischen Milieus inklusive Milieuwechsel, Auflösung von Rollen und das „gemeinsame Patientenschicksal“ (Kastner & Linden, 2011, S. 17) erklärbar: Während der mehrwöchigen stationären Behandlung knüpfen Patienten Kontakte mit Mitpatienten, die ebenfalls ohne Bezugspersonen des häuslichen Netzwerkes (z. B. Partner, Freunde, Nachbarn, Kollegen) behandelt werden, hören einander zu, vermitteln Zusammengehörigkeitsgefühle und dienen als Quelle potentieller Unterstützungsleistungen (vgl. Kastner & Linden, 2011, Bernhard & Lamprecht, 1991, Mentzel, 1981). Im Gegensatz zu Beziehungen auf der Ebene von Bekannt- und Freundschaften waren intime Beziehungsformen wie Partnerschaften (2.2%) oder „Kurschatten“ (1.8%) deutlich seltener; sexuelle Kontakte zu Mitpatienten sind von allen Patienten verneint worden. Die geringe Prävalenz von intimen Beziehungen ist in dieser Studie auffällig, da sie im Kontrast zu bisherigen Prävalenzangaben anderer Untersuchungen steht (Akhtar et al., 1977, Binder, 1985, Ford et al., 2003, Keitner et al., 1986, Lyketsos et al.,

1983, Warner et al., 2004, vgl. Kastner & Linden, 2013, Steinberg et al., 2012) und auch den Schätzungen (20-50% der Patienten hätten einen „Kurschatten“) von Bernhard und Lamprecht (1991) widerspricht. Wie schon in Kapitel 2.2.1 angedeutet, sind diese inkonsistenten Prävalenzen auf unscharfe Begrifflichkeiten zurückzuführen; beispielsweise liegt für den „Kurschatten“ im internationalen Sprachraum keine adäquate Übersetzung vor. Zudem ist denkbar, dass unter den 68.4% Patienten, die mindestens ein freundschaftliches Verhältnis zu einem Mitpatienten aufwiesen, auch Patienten dabei waren, die mit diesen „Freunden“ flirteten und diese per Definition in die Kategorie „Kurschatten“ gehören würden. Weiterhin ist die hier ermittelte geringe Prävalenzrate intimer Beziehungen mit dem Umstand zu erklären, dass es zu hausinternen Regeln dieser Rehabilitationsklinik gehört, dass intime Beziehungen nicht nur unerwünscht sind, sondern auch mit dem Hinweis einhergehen, dass diese Nebenwirkungen beinhalten, und die Klinikleitung ggf. konsequente Maßnahmen einzuleiten hat. Aufgrund der Ergebnisse eben genannter Studien sowie Beobachtungen aus dem Klinikalltag, die hier zwar nicht systematisch erhoben wurden, aber u. a. einen Anlass für die Erhebung darstellten, ist davon auszugehen, dass Patienten auch in psychosomatischer Rehabilitation intime Beziehungen zu Mitpatienten eingehen. Zu vermuten ist, dass Patienten intime Beziehungen und sexuelle Kontakte aus Gründen sozialer Erwünschtheit und aus Sorge vor potentiellen Konsequenzen verneinten bzw. nicht angaben. Dem wurde zwar versucht entgegenzuwirken, indem die Studiendurchführerin kein Mitglied des Behandlungsteams darstellte und die Teilnahme natürlich freiwillig war. Denkbar ist zudem, dass gerade unter den Nichtteilnehmern Patienten waren, die eher intime und problematische Beziehungen zu Mitpatienten aufwiesen und sich daher schon beim Hören des Themas gegen die Teilnahme entschieden. Weitere Gründe für die Verneinung und Ablehnung der Teilnahme werden in Kapitel 6.2 erörtert.

Im Hinblick auf das **Therapieergebnis** ist zu betonen, dass Patienten, die Mitpatienten als Freunde klassifizierten, im Vergleich zu denen ohne freundschaftliche Kontakte zu Mitpatienten, ein besseres Therapieergebnis aufwiesen. Dieses Ergebnis unterstreicht nochmals die Rolle des therapeutischen Milieus. Dass mehr Frauen als Männer die Beziehungen zu ihren Mitpatienten als freundschaftlich bewerteten, kann mit den Ausführungen zu **Geschlechterunterschieden** erklärt werden: Frauen sprechen intensiver und vertrauter über persönliche Angelegenheiten als Männer, suchen mehr (emotionale) Unterstützung und sind es sozialisationsbedingt gewohnt, Wärme und Intimität zu

vermitteln sowie engere Beziehungen aufzubauen und sich zu unterstützen (vgl. Auhagen, 1993, Stiehler, 2009, Fydrich et al., 2007). Sie definieren generell eine größere Anzahl ihrer Netzwerkmitglieder als enge Vertraute (Schwarzer & Leppin, 1989) und haben eine größere Anzahl von engen Zweierbeziehungen (Fydrich et al., 2007). Wie das Ergebnis der vorliegenden Studie zeigt, neigten Frauen in psychosomatischer Rehabilitation im Vergleich zu Männern mehr dazu, ihre netzwerkinternen Mitpatienten als Freundschaften zu erleben.

Patientenbewertung der Beziehungen zu Mitpatienten: Drei Viertel der Patienten empfanden die Gespräche – via *PAF* erhoben – als hilfreich. Dieses Ergebnis ist mit denen anderer Erhebungen vergleichbar: Beispielsweise erlebten 64% einer psychiatrischen Tagesklinik das tägliche Zusammensein mit Mitpatienten als hilfreich (Klosterhuis, 2008). Während in einigen Untersuchungen noch mehr Patienten (90%) die Gespräche mit Mitpatienten als hilfreich einschätzten (Kordy et al., 1990), erlebten Patienten anderer Studien weniger, dass die Kontakte hilfreich waren (z. B. Eichler et al., 2006, Raguss-Klimitz, 2009). Darüber hinaus gab die Mehrheit (68.8% vor Entlassung versus 57.5% bei Katamnese) der Patienten in der mittels *FEPB* erhobenen Schätzung zum Einfluss der Patientenkontakte auf das Behandlungsergebnis an, dass die Kontakte das Behandlungsergebnis „etwas verbessern“ oder „sehr verbessern“ würde. Diese deskriptiven Befunde können nicht mit anderen Studien verglichen werden, da diese Frage erstmalig untersucht worden ist.

Katamnese: In dieser Untersuchung war nicht nur nach den **Kontakterwartungen nach der Reha**, sondern auch in der Nachbefragung nach den **noch bestehenden Kontakten** gefragt worden, mit dem Ergebnis, dass rund 75% der Patienten auch noch 7 bis 12 Monate nach der Entlassung Kontakt zu ehemaligen Mitpatienten pflegten. Die Annahme von Kastner und Linden (2011), dass die Beziehungen zwischen Mitpatienten auf die stationäre Aufenthaltsdauer beschränkt seien, kann somit widerlegt werden. Dieses Ergebnis ist hervorzuheben, da bisher erstmalig die Kontakte zwischen Patienten auch langfristig erhoben worden sind. Unter Bezugnahme auf die Ausführungen zur sozialen Integration von Patienten (vgl. Kapitel 2.3.1, 2.3.2 und 6.1.3) ist zu schlussfolgern, dass die zwischenmenschlichen Kontakte nachhaltig andauern und Patienten ihr soziales Netzwerk durch Kontaktpflege zu ehemaligen Mitpatienten erweitern, auch wenn sie nach dem Milieuwechsel wieder mit alltäglichen Pflichten und Anforderungen sowie ihrem Bezugsnetzwerk konfrontiert sind.

6.1.3 Soziale Unterstützung zwischen Mitpatienten

Es gilt als einvernehmliches Forschungsergebnis, dass soziale Unterstützung im Zusammenhang mit psychischer Belastung und Wohlbefinden steht (vgl. Kapitel 2.3.2). Während für die Erfassung des sozialen Netzwerkes und sozialer Unterstützung zahlreiche etablierte Erhebungsinstrumente vorliegen (Fydrich et al., 2007, Knoll & Kienle, 2007, Lischka et al., 2005), gab es bis dato keines, das explizit auf die Unterstützung durch Mitpatienten während der stationären Behandlung abzielte. Im Rahmen der Doktorarbeit entstand daher die Notwendigkeit der Entwicklung bzw. Adaption eines Verfahrens zur Operationalisierung der sozialen Unterstützung durch Mitpatienten (*F-SozU-P*), wobei dies auf Basis der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Belastung geschah.

Soziale Integration: Die Gesamtnetzwerkgröße ($M = 15.41$, Spanne: 0 bis 54) an Mitpatienten sowie die Anzahl als bedeutsam definierter Mitpatienten ($M = 6.5$, Spanne: 0 bis 20) sind mit dem *FEPB* erhoben worden und sind als neuartige Ergebnisse zu werten. Bis dato wurde die soziale Integration innerhalb des stationär-therapeutischen Patientennetzwerkes in keiner Studie erhoben.

Bei Bezugnahme auf Befunde zum sozialen Netzwerk ist die Netzwerkgröße von 15 Mitpatienten sowohl im Vergleich zu der häuslichen Netzwerkgröße durchschnittlicher Bevölkerung ($N = 20-35$) als auch im Vergleich zu der von psychosomatischen Patienten ($N = 21$) deutlich kleiner (Laireiter 2002, 2009, Linden et al., 2007). Dieser Befund zeigt zum einen, dass Patienten während ihrer stationären Behandlung Beziehungen zu Mitpatienten eingehen und sich so sozial integrieren, aber zeigt auch eine deutlich geringere Netzwerkgröße als sie üblicherweise im häuslichen Umfeld aufweisen. Letzteres deckt sich mit Untersuchungsergebnissen zum sozialen Netzwerk bei Patienten mit psychischen Störungen (Angermeyer & Klusmann, 1987, Fokias & Tyler, 1995, Wan-Yuk et al., 2012). Nur wenige (3%) Patienten wiesen keine Kontakte zu Mitpatienten auf, was für eine gute Einbettung in das therapeutische Milieu spricht. Zudem weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass die Rahmenbedingungen der psychosomatischen Rehabilitationsklinik Kontakte zwischen Mitpatienten ermöglichen.

Wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung: In diesem Forschungsprojekt wurde mittels der adaptierten Fragebögen (*FEPB*, *F-SozU-P*) erhoben, inwieweit sich Patienten in psychischer Rehabilitation von ihren Mitpatienten unterstützt und belastet fühlen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz der Kontakte zwischen den Patienten während stationärer Behandlung. Patienten nahmen ihre Mitpatienten sowohl unterstützend als auch belastend hinsichtlich emotionaler und praktischer Aspekte wahr.

In Bezug auf die **wahrgenommene soziale Unterstützung** zeigen die erhobenen Daten, dass fast die Hälfte (44.4%) der Patienten sich durch Mitpatienten emotional „sehr unterstützt“ oder „ziemlich unterstützt“ fühlte und sich weitere 43.5% „teilweise“ unterstützt fühlten. Äquivalent verhält sich es mit den Angaben zur praktischen Unterstützung. Diese Ergebnisse lassen sich in die Befunde vorheriger Studien einordnen: Gemäß einer offenen Befragung erlebten beispielsweise 40.3% der Patienten die Mitpatienten unterstützend bei Aufnahme in eine psychiatrische Klinik; in einer strukturierten Befragung schrieben 75% der Befragten ihren Mitpatienten unterstützende Aspekte zu (Klein, 2010). Weiterhin fühlten sich Patienten durch die Gruppe unterstützt und bestätigt (De Filippo, 2008, vgl. Klein, 2010). Bei Interpretation ist zu berücksichtigen, dass sich die deskriptiven Befunde von Klein (2010) auf das Erleben der Kontakte auf die Aufnahmesituation einer psychiatrischen Patientenstichprobe beziehen, während die von De Filippo (2008) von einer psychosomatischen Patientenstichprobe kamen. Erschwerend für den Vergleich mit anderen Studien (Eichler et al., 2006, Klosterhuis, 2008, Kordy et al., 1990, Raguss-Klimitz, 2009) kommt hinzu, dass diese sich überwiegend auf die Bewertung der Kontakte als „hilfreich“ beziehen (vgl. Punkte 2.2.3 und 6.1.2) und nicht davon auszugehen ist, dass damit das Konstrukt wahrgenommene soziale Unterstützung gemessen worden ist.

Bezüglich der **Belastung** ist zu resümieren, dass sich ein Drittel (30.2%) der Patienten „teilweise“, „ziemlich“ oder „sehr“ durch Mitpatienten emotional belastet fühlte, ein Drittel sich „kaum“ und ein weiteres Drittel sich „überhaupt nicht“ emotional belastet fühlte. Die Belastung durch praktische Aspekte fiel noch geringer aus: nur 7% der Patienten fühlten sich „teilweise“ oder „ziemlich“ durch Mitpatienten in praktischer Hinsicht belastet. Die Einschätzungen der Belastungen durch Mitpatienten entsprechen beispielsweise den Befunden von Klein (2010); dort schätzten rund 30% der Patienten die Kontakte zu Mitpatienten als belastend ein. Wie auch in anderen Untersuchungen mit psychisch

Erkrankten gezeigt, fühlten sich nur wenige Patienten „sehr“ (2%) oder „ziemlich“ (3.9%) durch Mitpatienten belastet (Eichler et al., 2006, Klosterhuis, 2008). Bezüglich der Vergleichbarkeit ist einschränkend anzumerken, dass in diesen Untersuchungen nicht hinsichtlich emotionaler und praktischer Belastung unterschieden worden ist. Nachteil der vorliegenden Untersuchung ist, dass die einzuschätzenden Belastungen im Gegensatz zu anderen Studien (Eichler et al., 2006, Raguss-Klimitz, 2009, Spießl et al., 2002) inhaltlich (z. B. Unordnung, Körperhygiene, Tischmanieren, Schnarchen, Passivrauchen, Diebstahl, Lärmbelästigung, Streit, Störung durch Musik oder beim Duschen, Angst vor Mitpatienten) nicht weiter differenziert worden sind. Allerdings hatten die Patienten die Möglichkeit in einer offenen Fragestellung im *FEPB* dazu Bezug zu nehmen; die Veröffentlichung der Ergebnisse steht noch aus bzw. erfolgt andernorts.

In der vorliegenden Studie war es vielmehr das Ziel, überhaupt die Unterstützung und Belastung als Dimensionen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu erfassen und sie hinsichtlich ihres **Zusammenhangs mit dem Behandlungsergebnis** zu überprüfen. Zwischenresümierend ist gemäß der theoretischen Ausführungen (Kapitel 2.2.3 und 2.2.4) und der deskriptiven (Kapitel 5.3 und 5.4) sowie bisher diskutierten Ergebnisse festzuhalten, dass Mitpatienten, wie von Schmeling-Kludas und Wilke (2007) postuliert, sowohl als „Unterstützer“ als auch als „Störfaktor“ fungieren. Diese Aspekte sind bisher in keiner Studie hinsichtlich ihres Einflusses auf das Therapieergebnis untersucht worden. Die vorliegenden Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen wahrgenommener Unterstützung bzw. Belastung und dem Therapieergebnis zeigen, dass Patienten, die sich wenig von ihren Mitpatienten unterstützt fühlten, sich am Ende der Behandlung und auch noch zum Zeitpunkt der Katamnese psychisch mehr belastet fühlten. Zudem geht eine hohe emotionale Belastung durch Mitpatienten mit einer höheren psychischen Belastung bei Entlassung einher ($r = .31$). Dass sich die emotionale Belastung im Gegensatz zur praktischen Belastung als bedeutsamer erweist, ist mit den Angaben zum Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Unterstützung insbesondere emotionaler Unterstützung und gesundheitsrelevanten Verhalten vereinbar (Fydrich & Sommer, 2003, Schwarzer & Leppin, 1989). Ebenso stützt der Befund von De Filippo (2008) mit dem Hinweis, dass sich das Nicht-Zugehörigkeitserleben zu einer Gruppe von Mitpatienten subjektiv stark auf Therapieverlauf sowie Therapieerfolg auswirken, das hiesige Ergebnis. Eine geringe wahrgenommene soziale Unterstützung und hohe emotionale Belastung durch Mitpatienten hängen mit einem schlechteren

Behandlungsergebnis zusammen. Dieses Ergebnis zeigt neben dem weiter oben diskutierten Befund, dass sich ein gewisser Prozentsatz an Patienten durch Mitpatienten zumindest teilweise belastet fühlte, dass das therapeutische Milieu mit den Patienten als Teil dessen zu Nebenwirkungen im Sinne eines schlechteren Behandlungsergebnisses führen kann. Um diese ersten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen patientenseitiger Unterstützung bzw. Belastung und Symptomschwere theoriegeleitet einordnen und diskutieren zu können, sind Studien zur sozialen Unterstützung und psychischen Störungen im Allgemeinen heranzuziehen. In Untersuchungen wurden korrelationsanalytisch bereits negative Zusammenhänge zwischen Unterstützung und psychischer Verfassung bzw. Depression und Angst gezeigt (Lakey & Cassady, 1990, Schwarzer & Leppin, 1989, Sonnenberg et al., 2013, vgl. Cohen & Wills, 1985, Kessler & McLeod, 1985). Beispielsweise korrelieren bis auf die Skala *Bel* alle Skalen des *F-SozU* negativ mit den Skalen und den globalen Kennwerten der *SCL-90-R* (Fydrich et al., 2007), d. h., dass psychisch Erkrankte eine geringere Unterstützung wahrgenommen haben. Wie schon bezogen auf die Kritik von Klauer und Schwarzer (2001) im Kapitel 2.3.2 hingewiesen, ist bei diesen Befunden von einer Konfundierung subjektiver Konstrukte aufgrund von Selbstberichtsskalen auszugehen, was bei Interpretation zu berücksichtigen ist.

Wie die regressionsanalytische Überprüfung zur Vorhersage des Therapieergebnisses unter Berücksichtigung des Vergleichs beider Netzwerke weiterhin ergab, hängt eine niedrigere Belastung aus dem häuslichen Netzwerk mehr mit Behandlungsergebnis (sowohl bei Entlassung als auch bei Katamnese) zusammen als die durch Patienten erlebte Belastung. Dies stellt einen Hinweis dafür dar, dass die aus dem sozialen Netzwerk erlebten Belastungen nachhaltiger erlebt werden als die vergleichsweise kurzzeitige Belastung durch Mitpatienten während der Reha und somit von höherer Relevanz sind. Da der Regressionskoeffizient für die Belastung zum Zeitpunkt der Reha nur marginal signifikant ist und die Schwere der Symptomatik bei Therapiebeginn den größten Anteil aufgeklärter Varianz vorhersagt, sind diese Ergebnisse zurückhaltend zu interpretieren. Zudem zeigten die Ergebnisse von Studien zur Belastung bei Patienten mit psychischen Störungen eher das Gegenteil: Die Mehrheit (73%) der psychosomatischen Patienten fühlte sich durch Angehörige, Freunde, Kollegen und Nachbarn „kaum“ oder „überhaupt nicht“ belastet, wobei immerhin ein Viertel angab, sich „teilweise“ durch das soziale Netzwerk belastet zu fühlen (Linden et al., 2007). Die soziale Belastung durch das soziale Netzwerk wurde im

Behandlungsverlauf von psychosomatischen Patienten zunehmend geringer erlebt (Lischka et al., 2009). Schlussfolgernd weisen diese Befunde darauf hin, dass Patienten, die wenig soziale Unterstützung von ihren Mitpatienten wahrnahmen, sich durch Mitpatienten emotional belastet fühlten und darüber hinaus auch aus dem häuslichen Netzwerk Belastung wahrnahmen, eher ein schlechteres Therapieergebnis aufwiesen. Dies würde für die klinische Praxis bedeuten, dass solche Patienten kompensatorisch mehr Zuwendung durch das Klinikpersonal benötigen bzw. dies therapeutisch zu bearbeiten wäre. Zudem sind bei Diagnostik und Therapieplanung Netzwerkmaße wie z. B. das Ausmaß erlebter Belastung aus dem häuslichen Milieu zu berücksichtigen.

Mit Blick auf **Geschlechterunterschiede** ist festzuhalten, dass sich Frauen und Männer nicht hinsichtlich ihrer Gesamtnetzwerkgröße an Mitpatienten (gemessen mit *FEPB*) unterschieden. Unklar ist hierbei, von wem die jeweilige Initiative zur Kontaktaufnahme ausgeht. Denkbar ist, dass die ähnlich hohe Anzahl von Mitpatienten dadurch zustande kommt, dass Männer auf Kontaktangebote durch Frauen reagieren statt selbst die Initiative zu ergreifen. Tendenziell erlebten sich Frauen aber besser sozial integriert in der Gruppe der Patienten (erhoben mit der Skala *SI-P* des *F-SozU-P*). Die Erkenntnis von Schwarzer und Leppin (1989) aufgreifend, dass Frauen im Vergleich zu Männer kaum über stärker verzweigte Netzwerke verfügen, sondern eher von engen Vertrauten Unterstützung erhalten, zeigt sich offenbar auch im Patientennetzwerk in psychosomatischer Rehabilitation. Zu erklären ist dieses Ergebnis damit, dass nicht so sehr die Anzahl der Mitpatienten relevant ist, sondern eher das Erleben von Zugehörigkeit zu einer Gruppe an Patienten mit ähnlichen Interessen und Wertvorstellungen sowie gemeinsame Unternehmungen von Bedeutung sind. Die in hiesiger Untersuchung gefundenen Geschlechterunterschiede in Bezug auf Unterstützung und Belastung stützen die Ergebnisse bisheriger Studien mit dem Thema „Social Support“ (z. B. Kendler et al., 2005, Klauer & Winkler, 2002, vgl. Kapitel 2.3.1). Wie anhand von korrelativen Zusammenhängen gezeigt, fühlten sich Frauen mehr unterstützt und belastet als Männer, auch wenn die Korrelationen nur mäßig stark sind (Fydrich et al., 2007, 2009). Während der psychosomatischen Rehabilitation nahmen Frauen im Vergleich zu Männern mehr emotionale und wahrgenommene Unterstützung durch ihre Mitpatienten wahr. Allerdings fühlten sich Frauen auch mehr durch ihre Mitpatienten belastet. Sowohl für die emotionale als auch die wahrgenommene Unterstützung und die Belastung liegen Effektstärken um $d = 0.30$ vor.

Diese sind wie die von Fydrich et al. (2007) gefundenen mäßigen Zusammenhänge als klein einzuordnen. Wie bereits erklärt, erhalten und geben Frauen zwar mehr Unterstützung, fühlen sich aber auch mehr belastet (z. B. Kessler et al., 1985; Knoll et al., 2005). Offenbar neigen besonders weibliche Patienten eher als Männer dazu, sich der Probleme ihrer Mitpatienten anzunehmen und hatten Schwierigkeiten, sich angemessen abzugrenzen. Hervorzuheben ist, dass erstmalig geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung von Unterstützung und Belastung zwischen psychosomatischen Patienten erhoben wurden. Sie sind in weiteren Studien zu validieren bzw. widerlegen. Anders als erwartet und in vorherigen Studien gezeigt (z. B. Fydrich et al., 2007), lagen keine Geschlechterunterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung aus dem häuslichen Netzwerk vor (gemessen mit dem *F-SozU*) und zeigt, dass sich während der stationären Behandlung die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung aus dem häuslichen Netzwerk kommend angleicht. Der Befund erklärt sich damit, dass diese sozialen Beziehungen während der durchschnittlich sechswöchigen Rehabilitation weniger bzw. für Frauen und Männer ähnlich präsent sind. Nach dem Wechsel aus dem häuslichen Umfeld in das therapeutische Milieu und damit auch der zeitweisen Verlegung des Lebensmittelpunktes in die Klinik, knüpfen Patienten Kontakte zu ihren Mitpatienten (vgl. Linden et al., 2006, von Wietersheim et al., 2008).

Katamnese: Im Hinblick auf **Unterstützung und Belastung** ist festzuhalten, dass sich die Mehrheit der katamnestisch Befragten während der stationären Rehabilitation von Mitpatienten überwiegend unterstützt fühlte, gab aber gleichzeitig auch an, sich durch andere belastet zu fühlen. Auch wenn es sich nur um einen geringen Teil handelt, zeigt diese Rückmeldung, dass die Beziehungen bzw. Unterstützungen und Belastungen zwischen Mitpatienten bei der Behandlung zu berücksichtigen sind. Dieses Ergebnis bestätigt erneut die Relevanz der Kontakte zu Mitpatienten während und auch nach der Behandlung. Warum die Befragten zum Zeitpunkt der Katamnese eine signifikant höhere emotionale Unterstützung und praktische Belastung durch Mitpatienten angegeben haben, bleibt offen. Denkbar ist, dass die Befragten durch die zeitliche und räumliche Distanz anders über die praktische Belastung reflektierten und sie diese im Nachhinein doch höher einschätzten als zum Zeitpunkt der Reha. Eine Erklärung für die Neubewertung der emotionalen Unterstützung wäre, dass die befragten Patienten angeregt durch die Nachbefragung sich eher an bedeutsame Mitpatienten erinnerten, ihnen mehr positive Eigenschaften in Form

von emotionaler Unterstützung zugeschrieben und deshalb die emotionale Unterstützung höher einschätzten. Gründe dafür könnten aber auch Messfehler aller Art (z. B. zufällige, vorübergehende, systematische, spezifische) oder statistische Artefakte wie Regression zur Mitte sein (vgl. Bühner, 2006, Fisseni, 2004).

Als wichtiger katamnestischer Befund ist noch einmal festzuhalten, dass sich die wahrgenommene soziale Unterstützung durch Mitpatienten während der Rehabilitation offenbar nachhaltig bzw. langfristig auf die psychische Verfassung auswirkt: Je mehr sich ehemalige Patienten durch ihre Mitpatienten während der stationären Behandlung unterstützt fühlten, desto besser ging es ihnen im Schnitt 9 Monate nach der Entlassung. Dieses Ergebnis spricht ganz klar dafür, dass patientenseitige Kontakte im therapeutischen Milieu von hoher Relevanz für das langfristige psychische Erleben sind. Dies bedeutet, dass nicht nur Patientenbeziehungen durch das therapeutische Milieu gefördert werden sollten, sondern darüber hinaus auch die Wahrnehmung von Unterstützung durch Mitpatienten fokussiert bzw. geschult (z. B. in der Einzeltherapie) werden müsste.

6.1.4 Stationsatmosphäre und Klinikmilieu

Die Ergebnisse bestätigen eine positive Bewertung des therapeutischen Milieus und damit die Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten – gemessen mit *SEB* und *KM*. Es kann festgehalten werden, dass das Reha-Zentrum Seehof mit seinen milieuthérapeutischen Rahmenbedingungen für Patienten mit psychosomatischen Störungen aus deren Sicht ein geeignetes Behandlungssetting darstellt. Ähnlich wie in vorherigen Studien nahmen hiesige Befragte die **Stationsatmosphäre** der psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung als positiv wahr (Baumeister, 2007, Flügel, 2006, Gutknecht, 2005, Linden et al., 2006).

In Bezug auf die Einschätzung des **ökologisch-therapeutischen Milieus** anhand der *Klinikmilieu-Skala* des *Milieu-Fragebogens* ist festzuhalten, dass die Patienten dieses, wie schon in der Vorstudie von Linden und Kollegen (2006) gezeigt, insgesamt als gut einschätzten; es lag in beiden Stichproben eine linksschiefe Verteilung vor.

Geschlechterunterschiede: Obwohl varianzanalytische Prüfungen des *SEB* von Sammet und Schauenburg (1999) ergaben, dass das Geschlecht die Bewertung der Stationsatmosphäre beeinflusst, war dies in aktueller Untersuchung sowie in vorherigen Studien nicht nachzuweisen (vgl. Baumeister, 2007, Gutknecht, 2005). Tendenziell fühlten sich Frauen weniger in ihrer Autonomie durch die Regeln des therapeutischen Milieus eingeschränkt, was mit dem Befund von Sammet und Schauenburg (1999) übereinstimmt. Offenbar gelang den Frauen tendenziell eine bessere Adaption an die therapeutischen Rahmenbedingungen der Rehabilitationseinrichtung.

Zusammenhang mit dem Therapieergebnis: Ergänzend zu den Beziehungen und sozialen Unterstützungsleistungen zwischen Patienten wurde in dieser Arbeit untersucht, ob stationsatmosphärische Faktoren mit dem Behandlungsergebnis psychosomatischer Rehabilitanden assoziiert sind. Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung im Therapieverlauf mit einer stärkeren psychischen Belastung bei Entlassung und zum Zeitpunkt der Katamnese zusammenhängt. Weitere Forschungsergebnisse sind, dass eine gering erlebte Zuwendung durch Mitpatienten und eine wenig als angemessene empfundene Behandlungsintensität mit einer höheren psychischen Beeinträchtigung bei Entlassung einhergehen. Als eindeutiger Prädiktor neben der Symptomschwere bei Aufnahme konnte die Selbstwirksamkeit im Therapieverlauf für die Vorhersage der Symptombelastung am Ende der Therapie identifiziert werden (66.4% Varianzaufklärung). Vergleichend ist das Ergebnis von Uhlmann und Steinert (2008) heranzuziehen: Je größer die Selbstwirksamkeit, desto geringer ist die Intensität der psychischen Symptomatik (*PSDI*) ($r = -.45$). Dieser korrelative Befund weist ebenso auf die Relevanz der Selbstwirksamkeitserwartung im Psychotherapieprozess hin, wobei aus Korrelationen keine kausalen Schlussfolgerungen zu ziehen sind. Offenbar fungiert während der stationären Therapie die Selbstwirksamkeit als entscheidender Parameter für das Therapieergebnis. Auch die Art und Weise wie sich Patienten durch ihre Mitpatienten verstanden und unterstützt fühlen sowie sich der Patientengruppe als zugehörig erleben, scheint eine wichtige Voraussetzung für die Symptombelastung bei Entlassung zu sein. Das Ergebnis zeigt weiterhin die Wichtigkeit der Zuwendung durch Mitpatienten und die Angemessenheit der Behandlungsintensität für den Therapieerfolg. Diese Befunde wurden varianzanalytisch von Flügel (2006) anhand von Patienten mit Persönlichkeits- und Belastungsstörungen diskutiert. In dieser Untersuchung profitierten eher Patienten, die eine

höhere Selbstwirksamkeit aufwiesen, ein gutes Gruppenklima wahrnahmen und sich durch ihre Mitpatienten unterstützt fühlten. Studien zu Gruppenpsychotherapien und stationären Settings bestätigten bereits hilfreiche Aspekte (z. B. interpersonelles Lernen) der Beziehungen zu Mitpatienten (Kapitel, 2.2.3, vgl. Tschuschke, 2001, Yalom, 1999).

Diese Befunde zum regressionsanalytischen Zusammenhang zwischen der Stationsatmosphäre und dem Therapieergebnis entsprechen nicht konsistent den Befunden zur Forschung zur Stationsatmosphäre (gemessen mit dem *SEB*). Anders als in der vorliegenden Untersuchung erzielten vorherige Studien folgende Ergebnisse: Vergleichbar ist die Untersuchung von Baumeister (2007), deren Regressionsanalyse ergab, dass die Symptombelastung bei Behandlungsende durch die *SEB*-Skalen *GKE*, *BEZ*, *TEAM* und *REG* vorhergesagt und dadurch 57% der Varianz aufgeklärt wurde. Allerdings sind bei Baumeister (2007) die *SEB*-Skalen bei Behandlungsende als Prädiktoren verwendet worden und zudem war die Schwere der Symptomatik bei Aufnahme nicht als Kontrollvariable in die Regressionsberechnung eingegangen. Bei Vorhersage der *GSI*-Differenz erwies sich nur die Stationsordnung als prädiktiv; die Varianzaufklärung ist mit 11% als gering einzustufen. In den Studien von Sammet et al. (2004) und Cropp et al. (2008) fungierten wieder andere Faktoren der Stationsatmosphäre als Prädiktoren für das Therapieergebnis. Beispielsweise erwiesen sich Skalen wie *BEZ* und *KLI* als moderate Faktoren für den Behandlungserfolg (Sammet et al., 2004), wobei diese durch die *GSI*-Differenz erhoben wurde. Ebenso trug das Gruppenklima in multipler Regression maßgeblich zur Varianzaufklärung (23%) des Differenzwertes des *GSI* bei (Cropp et al., 2008). Jedoch sind Ergebnisse letzterer Studie nicht unbedingt zum Vergleich heranzuziehen, da es sich bei der Stichprobe um Kinder und Jugendliche einer psychotherapeutischen Klinik handelt. Überraschenderweise und im Unterschied zu den Untersuchungen von Baumeister (2007) und Sammet et al. (2004) zeigte sich die Beziehung zum Einzeltherapeuten auf regressionsanalytischer Basis nicht mit dem Therapieergebnis im Zusammenhang stehend. Gerade die therapeutische Beziehung erwies sich in anderen Studien als prognostisch bedeutsam für den stationären Therapieerfolg (z. B. Konzag, Bandemer-Greulich, Bahrke & Fikentscher, 2004). Offenbar verliert die therapeutische Beziehung im stationären Rahmen zwar nicht an Bedeutung, aber sie stellt neben anderen stationsatmosphärischen Faktoren nur eine Variable zur Varianzaufklärung dar. Allerdings ergaben sich korrelationsanalytisch negative Zusammenhänge zwischen der Beziehung zum Einzeltherapeuten sowie allen anderen *SEB*-Skalen und dem

Therapieergebnis, sodass die Korrelationsergebnisse im Einklang mit den aufgeführten Studien stehen. Die Unterschiede zwischen den Studienbefunden können auf die unterschiedlichen therapeutischen Settings und damit auch auf die Zusammensetzung der Stichprobe zurückgeführt werden. In nachfolgenden Studien ist zu überprüfen, ob und inwiefern die Wahrnehmung des Milieus anderer Klinikeinrichtungen (z. B. Akutkliniken) mit dem Therapieergebnis assoziiert ist.

Unterstützung/Belastung und Stationsatmosphäre: Weiterhin wurde explorativ überprüft, in welchem Zusammenhang die Wahrnehmungen von Unterstützung und Belastung mit der des therapeutischen Milieus stehen. Die Analyse liefert Hinweise darauf, dass sich stationsatmosphärische Faktoren wie beispielsweise Gruppenzugehörigkeitserleben und Zuwendung durch Mitpatienten bei gleichzeitigem Sich-Nicht-Aufgehoben-Fühlen in der Einzeltherapie auf die Unterstützungswahrnehmung durch Mitpatienten auswirken. Zudem sind ein schlecht erlebtes Gruppenklima in Form von Konflikten und Misstrauen, eine als wenig angemessen empfundene Intensität der Behandlung und wenig zufriedenstellende Beziehungen zu den Teammitarbeitern mehr mit wahrgenommener Belastung durch Mitpatienten verbunden. Bei Interpretation ist natürlich zu berücksichtigen, dass diese Ergebnisse keine eindeutigen Aussagen über die Richtung der Zusammenhänge erlauben; die Konstrukte sind zum gleichen Messzeitpunkt erhoben worden. Wie schon von anderen Autorengruppen (Cropp et al., 2008, Sammet et al., 2004) argumentiert, ist unabhängig von noch nicht hinreichend geklärten Ursache-Wirkungszusammenhängen für die klinische Praxis festzuhalten, dass sowohl die Wahrnehmung des Stationsklimas als auch die Wahrnehmung von Unterstützung bzw. Belastung durch Mitpatienten während der stationären Rehabilitation für das Therapieergebnis von Bedeutung sein können.

Katamnese: Die Relevanz der Stationsatmosphäre scheint offenbar auf den stationären Aufenthalt bzw. das Therapieergebnis bei Entlassung beschränkt zu sein; stationsatmosphärische Faktoren wie Selbstwirksamkeit, Behandlungsintensität und Zuwendung durch Mitpatienten haben keinen Einfluss auf die psychische Verfassung ca. 9 Monate nach der Entlassung.

6.1.5 Fazit: Zusammenhänge zwischen Beziehungen, sozialer Unterstützung, Stationsatmosphäre und Therapieergebnis

Aufgrund fehlender Konzepte und Prävalenzen zu Beziehungsarten zwischen Patienten sowie Unterstützungs- und Belastungsformen war es von Relevanz diese unter Berücksichtigung der Stationsatmosphäre hinsichtlich deren Zusammenhangs mit dem Therapieergebnis zu operationalisieren und zu quantifizieren.

Die einzelnen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Therapieergebnisses anhand der einzelnen Konstrukte ergaben, dass diese neben der Schwere der Symptomatik zu Behandlungsbeginn jeweils einen unterschiedlichen prädiktiven Wert aufwiesen, und wurden bereits diskutiert.

Ziel der Vorhersage des Therapieergebnisses bestand gemäß des postulierten Modells (siehe Abbildung 1, Kapitel 3.2) darin, die relevanten Prädiktoren aus den Kontexten Beziehungen, wahrgenommene soziale Unterstützung sowie Belastung im therapeutischen Milieu und im häuslichen Netzwerk sowie Stationsatmosphäre zu identifizieren, die unter Berücksichtigung der psychopathologischen Ausprägung bei Therapiebeginn einen Einfluss auf die Schwere der Symptomatik bei Entlassung haben. Insgesamt klärten diese Faktoren 66.4% der Varianz der psychischen Verfassung bei Therapieende auf. Erwartungsgemäß war ein Großteil der Varianz (59.4%) auf die Ausgangsbelastung zurückzuführen. Die multiple Regressionsanalyse zur Beantwortung der Hauptfragestellung ergab, dass offenbar die Selbstwirksamkeitserwartung neben der psychischen Verfassung bei Aufnahme am meisten zur Varianzaufklärung des Therapieergebnisses bei Entlassung beiträgt.

Katamnese: Im Verlauf bzw. zum Zeitpunkt der Katamnese war eine Dynamik dahingehend festzustellen, dass sich neben der Symptomschwere bei Behandlungsbeginn die wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Patienten und die Belastung durch das häusliche Milieu am meisten als prädiktiv für die Vorhersage der psychischen Verfassung erwiesen. Insgesamt war eine Varianzaufklärung von 45% zu verzeichnen.

Wie ist dieses Ergebnis zu bewerten? Insgesamt ist festzuhalten, dass die Patienten von der psychosomatischen Behandlung profitieren. Das Behandlungsergebnis wird sowohl bei Entlassung als auch Katamnese am meisten durch die allgemeine psychische Verfassung bei Aufnahme determiniert, d. h. die Patienten, die bereits zu Beginn eine hohe psychopathologische Ausprägung aufwiesen, gaben bei Therapieende auch eine höhere allgemeine psychische Belastung an.

Die als einflussreich angenommenen Faktoren wie Beziehungsqualitäten in Form von emotionaler und praktischer Unterstützung und Belastung sowie milieutherapeutische Faktoren wie Stationsatmosphäre und Klinikmilieu, spielen bei Einzelanalysen eine relevante Rolle bei varianzanalytischer Aufklärung des Behandlungsergebnisses. Aber unter Berücksichtigung bzw. Einschluss aller bedeutsamen Faktoren erwies sich lediglich die Selbstwirksamkeitserwartung als statistisch signifikanter Prädiktor für die Vorhersage des Therapieergebnisses bei Entlassung und kann als ein weiteres Hauptergebnis dieser Arbeit betrachtet werden. Bei psychosomatischen Rehabilitanden geht demnach eine hohe Selbstwirksamkeit einher mit einem besseren Therapieergebnis zum Zeitpunkt der Entlassung. Im Gegensatz dazu erwies sich die Selbstwirksamkeit in der Langzeitmessung der psychischen Verfassung nicht mehr als signifikanter Prädiktor. Stattdessen wirkten sich die Unterstützung durch Mitpatienten – auf Basis wahrgenommener sozialer Unterstützung – sowie die Belastung durch das häusliche Netzwerk während der Rehabilitation prädiktiv auf die Symptomschwere ca. 9 Monate nach der Behandlung aus. Patienten, die bereits bei Therapiebeginn eher weniger psychisch beeinträchtigt waren, fühlten sich im Behandlungsverlauf mehr durch Mitpatienten unterstützt und weniger durch Angehörige (aus dem häuslichem Netzwerk) belastet und waren in der Nachbefragung weniger auffällig hinsichtlich der psychischen Verfassung. Dieses Ergebnis unterstreicht nochmals die Bedeutung der Mitpatienten im therapeutischen Milieu und zeigt zudem, dass die vom häuslichen Netzwerk ausgehende Belastung eng mit der psychischen Verfassung assoziiert ist. Schlussfolgernd wäre dieses näher in die stationäre Behandlung miteinzubeziehen.

Wie schon von anderen Autoren resümiert, stellt die Selbstwirksamkeit einen bedeutsamen Prädiktor für Therapieerfolgskriterien dar (z. B. Fliege, Rose, Bronner & Klapp, 2002). Das Ergebnis der Dissertation bedeutet einerseits, dass Patienten unabhängig davon, ob sie sich durch Mitpatienten oder ihr häusliches Umfeld unterstützt oder belastet fühlten und

unabhängig davon wie sie die stationäre Atmosphäre und die äußeren Klinikbedingungen wahrnehmen, von der psychosomatischen Behandlung profitieren können. Das Ergebnis bedeutet andererseits auch, dass das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten zu stärken ist, um ein besseres Behandlungsergebnis zu erzielen (vgl. Bandura, 1977, 1997). Zukünftige Studien könnten mit spezifischen Verfahren (z. B. *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*, Schwarzer & Jerusalem, 1999) zur Erhebung von Selbstwirksamkeitserwartungen prüfen, inwieweit sich diese auf eine Symptomverbesserung auswirken.

Das im 3. Kapitel postulierte Modell ist in zukünftigen Studien zu modifizieren. Vor dem Hintergrund der Befunde dieser Studie kann das Modell um Faktoren wie Klinikmilieu und Aspekte der Stationsatmosphäre reduziert und durch Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung erweitert werden. Variablen wie wahrgenommene soziale Unterstützung durch Mitpatienten und Belastung durch das häusliche Netzwerk scheinen für das Behandlungsergebnis 9 Monate nach Entlassung von entscheidender Bedeutung zu sein, sodass diese in Folgestudien unbedingt erneut geprüft werden müssen. Darüber hinaus sind Moderator- und Mediatoreffekte (z. B. zwischen sozialer Unterstützung, Selbstwirksamkeitserwartung und Symptomatik) zu testen. Wichtig ist, dass Störungsspezifika wie die psychische Symptomatik bei Behandlungsbeginn berücksichtigt und anlehnend an die vorliegende Untersuchung Langschnittdesigns inklusive Kontrollgruppe vorgesehen werden, um kausale Zusammenhänge prüfen zu können.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Symptomschwere: Je geringer die psychische Symptomatik zu Beginn der Behandlung und je größer die generalisierte Kompetenzerwartung im Therapieverlauf war, desto besser war das Therapieergebnis bzw. desto geringer die Symptomschwere bei Entlassung. Hingegen gilt für die psychische Verfassung 9 Monate nach Entlassung, dass diese mit der Symptomschwere bei Therapiebeginn, Unterstützung durch Mitpatienten und Belastung des häuslichen Netzwerkes assoziiert ist. Für die klinische Praxis ergibt sich aus dem Befund zum Hauptmodell, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten während des Behandlungsprozess zu stärken sowie soziale Beziehungen zu Mitpatienten und Bezugspersonen aus dem sozialem Netzwerk zu thematisieren sind.

6.2 Limitationen

In dieser Arbeit gibt es erwartungsgemäß Limitationen, die bei der Interpretation der im Kapitel 6.1 diskutierten Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Design: Das Untersuchungsdesign bedingt eine eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Als erste Einschränkung ist die Interpretierbarkeit von Korrelationsergebnissen zu erörtern. Das alleinige Vorliegen von Korrelationen erlaubt noch keine Rückschlüsse auf Kausalität (vgl. Bortz & Döring, 2006). Beobachtungsdaten eignen sich nur bedingt für Wirksamkeitsvergleiche und Interpretationen. Die Aussagekraft ist weiterhin dadurch eingeschränkt, dass sich die Stichprobe aus psychosomatischen Rehabilitanden zusammensetzt, und keine Kontrollgruppe vorhanden ist. Quasiexperimentelle Untersuchungen weisen per se eine geringere interne Validität auf; eine Randomisierung und damit eine Kontrolle störender Einflussgrößen waren demnach nicht möglich. Hinsichtlich der externen Validität bzw. der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Stichproben und Settings ist anzumerken, dass die Forschungsergebnisse nicht ohne Weiteres auf andere Stichproben übertragen werden können. Patienten in Psychatrien oder Allgemeinkrankenhäusern (z. B. Orthopädie, Onkologie) werden beispielsweise die Beziehungen zu und Unterstützungen durch Mitpatienten anders erleben. Die Stichprobengröße ist jedoch geeignet für die Adaption zweier Erhebungsverfahren. Ebenso reichte sie für eine erste Überprüfung psychometrischer Gütekriterien der adaptierten Fragebögen aus. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Follow-up-Messung bzw. die Katamnese nach 7 bis 12 Monaten vorgenommen. Unter methodischen Aspekten wäre ein gleiches Katamneseintervall geeigneter, um vergleichende Aussagen mit anderen Studien treffen zu können. Kritisch ist weiterhin anzumerken, dass es sich bei Fragebögen wie z. B. dem *SEB* oder dem *KM* nur um eine einmalige Messung im Therapieverlauf handelt. Wenn mehrere Messzeitpunkte erhoben und so Durchschnittswerte gebildet worden wären, könnten situationsunabhängige Bewertungen der Patienten bzgl. der Behandlungsaspekte in der psychosomatischen Rehabilitation ermöglicht werden (vgl. Sammet & Schauenburg, 1999). Gemäß der Untersuchungsfrage war es jedoch nicht von hauptsächlicher Relevanz die Qualität der Behandlungseinrichtung zu evaluieren, sondern auf Basis einmaliger Erhebung der wahrgenommenen Stationsatmosphäre zu prüfen, inwieweit diese mit dem Behandlungsergebnis zusammenhängt.

Die zukünftige Durchführung von kontrollierten Vergleichsstudien ist zur Beantwortung der Forschungsfragen unbedingt wünschenswert. In Bezug auf das Konstrukt der sozialen Unterstützung hätten mehrere Messperspektiven erhoben werden können, um die Vielfalt der Unterstützungsdeterminanten zu verdeutlichen (z. B. Luszczynska et al., 2007, vgl. Knoll & Kienle, 2007).

Repräsentativität und Rücklaufquote: Unter Stichprobenauswahlaspekten muss erwähnt und bei Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sich um konsekutiv aufgenommene Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik handelt und die Teilnahme freiwillig erfolgte. Die in vorliegender Studie erreichte Ausschöpfungsquote (66.4%) und Rücklaufquote (71.2%) bei der Katamnese sind als zufriedenstellend zu bewerten und entsprechen denen anderer Untersuchungen (z. B. Schulz, Lotz-Rambaldi, Koch, Jürgensen & Rüdell, 1999, vgl. Steffanowski et al., 2007). Unter Berücksichtigung des Geschlechts der Patienten, deren Alter, Familienstand, Bildungsgrad und ICD-Diagnosen ergaben sich keine Selektionseffekte zwischen Teilnehmern und „Drop-Outs“. Alle vorliegenden Daten sind dennoch mit Zurückhaltung zu interpretieren, da es sich um eine selektierte Stichprobe handelt. In dieser Studie wurden die freiwillige Teilnahme betont und Gründe für die Ablehnung akzeptiert. Nur 8.5% der Ablehner gaben an, kein Interesse an der Studie zu haben; ein Drittel der Ablehner äußerte keinen Ablehnungsgrund. Möglicherweise wiesen diese Patienten eine negative Einstellung der Studie gegenüber auf. Denkbar ist auch, dass gerade die Patienten, die entweder keine Kontakte zu Mitpatienten aufwiesen oder diese als problematisch und konfliktreich erlebten oder aber auch intime Beziehungen inklusive sexueller Kontakte mit Mitpatienten eingingen, sich z. B. aus Scham oder Angst vor Konsequenzen gegen die Teilnahme entschieden. Zu vermuten ist zudem, dass unter den Verweigerern gerade Patienten sind, die sich wenig unterstützt und eher belastet durch Mitpatienten fühlen. Um systematische Unterschiede zwischen Teilnehmern und Ablehnern in soziodemografischen, krankheitsbezogenen und psychopathologischen Merkmalen zu untersuchen, erfolgte eine Dropout-Analyse, die kaum relevante Unterschiede ergab. Jedoch waren die teilnehmenden Patienten im Vergleich zu den ablehnenden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung weniger psychisch belastet (*GSI* der *SCL-90-R*). Das heißt für die Interpretation der Ergebnisse, dass diese eher für Patienten mit geringerer psychischer Belastung gelten. Für Patienten mit einer höheren psychischen Belastung ist zu vermuten, dass sie mehr Schwierigkeiten (z. B. keine oder konfliktreiche Beziehungen zu Mitpatienten)

in zwischenmenschlichen Beziehungen aufwiesen und sich deshalb gegen die Teilnahme entschieden. Diese Annahme widerspricht allerdings der Nonresponseanalyse für den Katamneserücklauf: Die Antwortenden unterschieden sich von den Nicht-Antwortenden lediglich in einer geringeren Krankschreibung vor Aufnahme und in einem höheren Alter, nicht hinsichtlich einer stärkeren Symptomschwere bei Aufnahme und Entlassung. Zu vermuten ist, dass die Katamnese-Verweigerer dennoch zum Zeitpunkt der Nachbefragung schwerer psychisch belastet waren oder schlichtweg das Interesse an der Studie verloren hatten.

Operationalisierung des Behandlungsergebnisses: Der *GSI* der *SCL-90-R* gilt als Indikator für das Ausmaß an allgemeiner psychischer Belastung und wurde in dieser sowie in bisherigen Studien (z. B. Baumeister, 2007, Sammet et al., 2004) als Outcome-Variable für den Therapieerfolg herangezogen. Jedoch sagt der *GSI* nur bedingt etwas über den Therapieerfolg aus. Wie bei Oster et al. (2009) hätte der Behandlungserfolg mehrdimensional (z. B. Befinden, sozialmedizinische Entwicklung, externe Kosten) operationalisiert werden können. Trotz dieser methodischen Einschränkung kam der *GSI* als Maß für das Behandlungsergebnis zum Einsatz, da die *SCL-90-R* als valides Instrument gilt, im Rahmen der Routinediagnostik der psychosomatischen Rehabilitation verwendet wird und eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien ermöglicht (vgl. Steffanowski et al., 2007). Zusätzlich erfolgten Einschätzungen des Ergebnisses durch Experten mittels *BSS*, wobei regressionsanalytische Vorhersagen keine bedeutsamen Ergebnisse lieferten. Allerdings wurden zum Katamnesezeitpunkt keine Fremdeinschätzungen erhoben, sodass dies bei Interpretation der Selbstauskünfte zu berücksichtigen ist.

Durch den Einsatz von **Fragebögen** auf Basis von Patienteneinschätzungen entsteht die Gefahr der sozialen Erwünschtheit (Bortz & Döring, 2006, Bühner, 2006, Fisseni, 2004, vgl. Gruyters & Priebe, 1994). Besonders für klinische Skalen wie die *SCL-90-R* würde die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten bestehen (vgl. Franke, 2002). Jedoch handelt es sich bei vorliegender Stichprobe um psychosomatische Rehabilitanden, bei denen nicht nur von einer Chronizität der Erkrankungen auszugehen ist, sondern darüber hinaus auch an sozialmedizinische Aspekte wie Erwerbsminderung und Rentenbegehren zu denken ist. Häufig arbeiten die Patienten gegen rehabilitative Maßnahmen, wenn die psychosomatische Behandlung nicht deren Zielen (z. B. bei Vorliegen eines Rentenbegehrens) entspricht (Lange

& Petermann, 2010). In Bezug auf die von der Autorin erhobenen Fragebögen (z. B. *F-SozU-P*, *FEPB*) ist dennoch von teilweise sozial erwünschten Aussagen sowie das Verschweigen von Merkmalen (z. B. intime Beziehungen) auszugehen. Obwohl sich die Autorin ausdrücklich als solche und nicht als Mitglied des Teams bei den Patienten vorstellte, also in keiner therapeutischen Beziehung zu den untersuchten Patienten stand, und in der Teilnehmerinformation explizit um ehrliche Antworten gebeten wurde, sind Einflüsse auf das Patientenantwortverhalten nicht auszuschließen. Effekte der sozialen Erwünschtheit oder mögliche Loyalitätskonflikte gegenüber den Therapeuten waren so versucht worden zu minimieren. Ferner zeigen die differenzierten Bewertungen der Patienten, dass diese nicht nur positiv ausfielen. Dennoch sind die üblichen Probleme gebundener Itemformate wie Antworttendenzen oder Motivationsänderungen denkbar (siehe Bühner, 2006). Zusätzlich oder alternativ zur Erhebung von Selbstauskünften via Fragebögen ist zu diskutieren, ob andere Methoden wie z. B. Personalbeobachtungen hinsichtlich z. B. sexueller Kontakte zwischen Patienten andere Ergebnisse hervorgebracht hätten. Im Hinblick auf die Erfassung sozialer Unterstützung etablierte sich, wie in Kapitel 2.3.1 diskutiert, die Erhebung aus der Empfängerperspektive statt z. B. die des Beobachters. Zwar ließe sich das Konstrukt der sozialen Unterstützung durch die Berücksichtigung mehrerer Perspektiven mehrdimensional abbilden, für die hiesige Studie war es aber von Interesse, die Einschätzung der Unterstützung und das Beziehungserleben durch Patienten selbst zu erfahren. Zu Zwecken der Ökonomisierung war auch an Kurzversionen von Fragebögen gedacht worden. Von dem *Milieu-Fragebogen* wurde z. B. nur die Skala *KM* verwendet. Gegen die Verwendung beider Kurzversionen (*K-22*, *K-14*) des *F-SozU* sprach, dass mit dem *K-22* (Fydrich et al., 1999) aufgrund der fehlenden Skala *Bel* keine differenzierte Erhebung möglich gewesen wäre und bei der Version *K-14* die Autoren (Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler, 2009) von einer getrennten Auswertung der Skalen abraten.

Statistische Analysen: Für die Vorhersage des Therapieerfolgs erfolgten regressionsanalytische Berechnungen. Kritisch zu erwähnen ist, dass die Analyse auf Subskalenebene erfolgte, was zu verzerrten Ergebnissen führen kann. Weiterhin war der Anteil inkrementeller Varianz in den Modellen nur sehr gering. Die meiste Varianz des Therapieergebnisses (Symptomschwere) bei Entlassung und bei Katamnese wurde durch das Ausmaß der psychischen Verfassung zu Beginn der Behandlung aufgeklärt. Die jeweils im Kapitel 6.1 diskutierten Prädiktoren erwiesen sich zwar als statistisch bedeutsam; allerdings

trugen sie unter Berücksichtigung der Kovariate (Symptomschwere bei Behandlungsbeginn) nur gering zu einer verbesserten Varianzaufklärung bei. Auch wenn die Prädiktoren nicht zeitgleich mit den Kriterien (*GSI* vs. *BSS*) erhoben worden sind, erlauben die Ergebnisse dennoch nur eingeschränkte Aussagen über die Kausalität der Zusammenhänge. Unberücksichtigt bleibt, wodurch die Veränderungen in der Symptomschwere außer in den geprüften Prädiktoren während des stationären Aufenthalts zustande gekommen sind. In zukünftigen Studien wäre zu untersuchen, inwiefern sich andere Prädiktoren zusätzlich oder moderierend mit den hier untersuchten Faktoren (Beziehungen, Unterstützung und Belastung, Stationsatmosphäre und Klinikmilieu) auf eine Symptomverbesserung bei Entlassung auswirken. Unter methodischen Aspekten ist auch das Phänomen der Regression zur Mitte zu berücksichtigen, sodass die berichteten Ergebnisse verzerrt sein können. Die Voraussetzungen für die angewendeten Auswertungsverfahren waren vereinzelt nicht erfüllt, was die Ergebnisinterpretation jedoch kaum erschwerte, da sich die entsprechenden Verfahren in der Praxis als robust erweisen.

Testgütekriterien: Zur Verbesserung der Reliabilität der adaptierten Fragebögen (*FEPB*, *F-SozU-P*) sind in einer Überarbeitung klarere Itemformulierungen (z. B. Beziehungskategorien im *FEPB*) und Instruktionen notwendig (vgl. Bühner, 2006). Hinsichtlich der Erhöhung der Validität sind Grenzen gemäß der Axiome der klassischen Testtheorie wie z. B. partielle Inkompatibilität von Reliabilität und Validität zu bedenken (Fisseni, 2004). Nach Revision sollten beide Verfahren einer erneuten psychometrischen Prüfung unterzogen werden und verschiedenen klinischen Stichproben (z. B. Akutpsychiatrie, Psychotherapiestationen, nicht-psychotherapeutische Kliniken) vorgelegt werden. Außerdem steht die Prüfung der Validität an weiteren etablierten Verfahren zur Erfassung der sozialen Unterstützung (z. B. *BSSS*, Schulz & Schwarzer, 2003) sowie die Berechnung der faktoriellen Validität aus. Zudem fehlen Normierungen der adaptierten und überarbeiteten Testverfahren.

Trotz der diskutierten Limitationen lassen sich aus den vorliegenden Befunden neue Erkenntnisse gewinnen. Die im Kapitel 3.1 formulierten Ziele zu Beziehungen und sozialer Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation wurden umfassend verfolgt und erörtert.

6.3 Ausblick und Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen Beziehungsformen sowie Unterstützungs- und Belastungsaspekte zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation, stationsatmosphärische Faktoren, Geschlechterunterschiede und Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis. Ausgehend von den im Theorieteil dargestellten Konzepten und Befunden sowie in der darauf basierenden empirischen Untersuchung lässt sich Folgendes resümieren: Psychosomatische Rehabilitanden gehen während der stationären Rehabilitation Beziehungen zu ihren Mitpatienten ein. Diese Beziehungen nehmen ein unterschiedliches Ausmaß an, weisen sowohl funktionale als auch dysfunktionale Aspekte auf und beeinflussen das Therapieergebnis (z. B. geht eine geringe wahrgenommene soziale Unterstützung durch Mitpatienten mit einem schlechteren Behandlungsergebnis einher).

Wie die Dissertation herausstellt, ist die Berücksichtigung von Patientenbeziehungen inklusive wahrgenommener sozialer Unterstützung und Belastung für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des therapeutischen Milieus unabdingbar. Die Patientenrückmeldungen – sowohl während als auch nach der Behandlung – geben Hinweise für den klinischen Alltag, wie wichtig es ist, diese Kontakte therapeutisch zu steuern und zu unterstützen.

Für die Forschung und Praxis ergeben sich aus den dargestellten Befunden folgende Implikationen: Die Beziehungen zwischen Patienten während des stationären Aufenthaltes sind bei der mehrdimensionalen Behandlungsplanung bzw. bei der milieuthérapeutischen Gestaltung zu berücksichtigen. Beispielsweise sind die Beziehungen zwischen den Patienten in psychotherapeutischen Einzelsitzungen zu thematisieren und zu bearbeiten, um z. B. sensibilisiert zu werden für Unterstützungsangebote durch Mitpatienten. Darüber hinaus ist das soziale bzw. häusliche Netzwerk in den Therapieprozess einzubinden, z. B. diagnostisch oder therapeutisch. Zudem sind Selbstwirksamkeitserwartungen zu stärken. Psychotherapie bedeutet im stationären Bereich die Einbettung eines Patienten in das therapeutische Milieu. Gerade die psychosomatische Rehabilitation mit ihren multimodalen Therapiemöglichkeiten (z. B. Gruppenpsycho-, Ergo- und Bewegungstherapien sowie Selbsthilfegruppen) fördert den Austausch zu Mitpatienten (vgl. Kapitel 2.1.1, 2.2.2). Die Klinikleitung nebst Team inklusive Psychotherapeuten hat die Aufgabe, milieuthérapeutische Prozesse so zu steuern, dass Rehabilitanden bestmöglich vom Aufenthalt profitieren können.

Beispielsweise ergibt sich die Frage, wie insbesondere Patienten mit erhöhter psychischer Belastung optimal in das therapeutische Milieu eingebunden werden können, da die Ergebnisse darauf hinweisen, dass diese sich durch Mitpatienten eher wenig unterstützt bzw. emotional mehr belastet sowie durch ihr häusliches Netzwerk zusätzlich belastet fühlen. Insbesondere schwerer kranke Patienten bedürfen hierbei einer therapeutischen Unterstützung, da das therapeutische Milieu gerade für sie Nebenwirkungen beinhalten kann.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Mitpatienten nicht nur im therapeutischen Milieu von zentraler Bedeutung sind, sondern auch noch Monate nach der Entlassung im Alltag der Patienten präsent sind. Die Beziehungen zwischen den Patienten im stationären Bereich sollten deshalb sowohl in der Forschung als auch im klinischen Alltag mehr Aufmerksamkeit erfahren. Die Ergebnisse dieser Doktorarbeit erlauben anhand adaptierter Fragebögen erstmals eine Operationalisierung und Quantifizierung von Beziehungen und Unterstützungsaspekten zwischen stationären Patienten sowie ermöglichen neue Forschungsfragen. Das Therapieergebnis steht im Zusammenhang mit Unterstützung und Belastung durch Mitpatienten sowie der Selbstwirksamkeitserwartung. In Folgestudien sind diese Zusammenhänge zu untermauern. Offen bleibt, durch welche Drittvariablen Zusammenhänge erklärt werden können, durch welche weiteren Facetten Patienten sich durch Mitpatienten unterstützt und belastet fühlen und wie Patienten anderer Settings ihre Beziehungen zu Mitpatienten wahrnehmen. Ergänzend zu Selbstauskünften der Patienten könnten Beurteilungen vom Team und von Bezugstherapeuten über Beziehungen und Unterstützung zwischen Patienten Aufschluss geben. Darüber hinaus wären Wirkfaktoren und Nebenwirkungen von Patientenbeziehungen zu quantifizieren und zu erheben. Zusätzlich zu den funktionalen Aspekten von sozialer Unterstützung wären quantitative (z. B. strukturelle und interaktionale Parameter) Merkmale sozialer Netzwerke von Patienten im therapeutischen Milieu wert zu untersuchen. Wie schon erwähnt, steht eine erneute psychometrische Überprüfung sowie ggf. eine Normierung der adaptierten Erhebungsinstrumente an weiteren Stichproben aus.

7 Zusammenfassung

Hintergrund/Ziele: Das therapeutische Milieu ist ein wichtiges Merkmal jeder stationären Behandlung. Es ist von Bedeutung für Entscheidungen über eine stationäre Einweisung, ermöglicht spezifische therapeutische Interventionen und kann Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben. Zu unterscheiden sind das ökologische Milieu (bauliche und organisatorische Rahmenbedingungen) und das psychologisch-soziale Milieu, d. h. die Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten, aber wesentlich auch zwischen den Patienten untereinander. Vor diesem Hintergrund war das Ziel der vorliegenden Dissertationsarbeit zu untersuchen, welche Beziehungen Patienten während einer psychosomatischen Rehabilitation zu Mitpatienten eingehen, ob diese nach der Entlassung weiter bestehen, in welchem Umfang Patienten soziale Unterstützung und Belastung durch Mitpatienten und durch das häusliche Netzwerk wahrnehmen, und wie diese unter Einbezug stationsatmosphärischer Faktoren mit dem Therapieergebnis zusammenhängen. Dabei waren Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen.

Methode: Es wurden 233 konsekutiv aufgenommene Patienten der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen des Rehabilitationszentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund während und nach dem stationären Aufenthalt befragt. Der Global Severity Index (GSI) der Symptom-Checkliste wurde als Maß der aktuellen Symptomschwere genommen und bei Beginn (t0), Entlassung (t2) und 7-12 Monate nach Entlassung (t3) eingesetzt. Drei Wochen nach Aufnahme (t1) wurden die Patienten mit dem Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen (FEPB), dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten (F-SozU-P), dem Stationserfahrungsbogen (SEB), dem Milieu-Fragebogen und dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU) untersucht.

Ergebnisse: Patienten pflegten durchschnittlich zu 6.5 Mitpatienten eine persönliche Beziehung; die soziale Patientennetzwerkgröße betrug 15.41 Mitpatienten. 89.3% der Patienten klassifizierten mindestens einen Mitpatienten als „Bekannt“, 68.4% sahen in mindestens einem Mitpatienten einen Freund. Patienten mit freundschaftlichen Kontakten zu Mitpatienten hatten ein besseres Therapieergebnis (GSI = 0.62) als Patienten ohne Freunde im therapeutischen Milieu (GSI = 0.82), $p = .025$. Intime Beziehungen in Form von Partnerschaften (2.2%) oder „Kurschatten“ (1.8%) kamen vereinzelt vor; sexuelle Kontakte

zu Mitpatienten wurden verneint. Die Kontakte zu Mitpatienten bestanden bei 75.3% auch noch nach durchschnittlich 9 Monaten nach Entlassung. 43.5% der Patienten fühlte sich emotional „teilweise“, 29.5% „ziemlich“ und 15.1% „sehr“ durch Mitpatienten unterstützt. Ein Drittel (30.2%) der Patienten gab an, sich „teilweise“, „ziemlich“ oder „sehr“ durch Mitpatienten emotional belastet zu fühlen. Frauen nahmen mehr emotionale Unterstützung wahr und fühlten sich stärker belastet als Männer. Eine hohe Symptomschwere bei Entlassung steht im Zusammenhang mit einer geringen wahrgenommenen sozialen Unterstützung (F-SozU-P: $r = -.30, p < .001$) und einer höheren emotionalen Belastung durch Mitpatienten (FEPB: $r = .32, p < .001$), einer geringen Selbstwirksamkeit (SEB: $r = -.53, p < .001$) und einer hohen Belastung durch das häusliche Netzwerk (F-SozU: $r = .46, p < .001$). Neben der Schwere der Symptomatik zu Behandlungsbeginn (t0) leistete die Selbstwirksamkeit (t1) den größten Vorhersagebeitrag für den Therapieerfolg zu t2 (66.4% Varianzaufklärung). Zum Zeitpunkt der Katamnese (t3) erwiesen sich eine geringe Symptomschwere bei Aufnahme, eine hohe wahrgenommene Unterstützung durch Mitpatienten und eine geringe Belastung aus dem häuslichen Netzwerk während der Behandlung als positiv für die Vorhersage der psychischen Verfassung (45% Varianzaufklärung). Die Gütekriterien der adaptierten Fragebögen sind zufriedenstellend.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten während der stationären Rehabilitation viele und intensive Beziehungen zu ihren Mitpatienten eingehen. Drei Viertel der Patienten pflegten diese Kontakte auch nach der Entlassung weiter, was als Hinweis dafür gewertet werden kann, dass sich tatsächlich engere Beziehungen entwickelten, die über unverbindliche „Rehakontakte“ hinausgehen. Auch wenn die Beziehungen überwiegend positiv erlebt wurden, so gibt es doch einen relevanten Teil an dadurch bedingten Belastungen. Psychisch stärker belastete Patienten nahmen weniger Unterstützung durch Mitpatienten wahr, fühlten sich eher durch diese und auch durch ihr häusliches Netzwerk belastet und wiesen eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung sowie ein schlechteres Therapieergebnis auf. Die Art und Weise, wie Patienten sich von ihren Mitpatienten unterstützt und belastet fühlen, hängt mit dem Behandlungsergebnis zusammen, wobei die Richtung des kausalen Zusammenhangs durch die Daten nicht entschieden werden kann. In jedem Fall sind die Beziehungen zwischen Patienten als Teil des therapeutischen Milieus von Seiten der Therapeuten zu berücksichtigen.

Abstract

Background/Objectives: The therapeutic milieu is an important feature of inpatient treatment. It facilitates specific therapeutic intervention. The ward atmosphere is associated with treatment outcome. It can be characterized by ecological conditions and by interactional qualities between patients and therapists. The therapeutic milieu stimulates relations between patients. The aim of this study was to investigate the relationships and social support between inpatients during and after treatment. Furthermore, the objective was to investigate the relationship between these relations, social support and burdens from the social network and the ward atmosphere. Gender differences were also considered.

Methods: A total of 233 consecutive patients of the department of psychosomatic at the Rehabilitation Centre Seehof of the Deutsche Rentenversicherung Bund were examined at several intervals. The outcome was measured by the global severity index (GSI) of the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) which gathers retrospective information in a broad spectrum of problem areas at the point of admittance and release (t0 and t2) as well as current assessments 7 till 12 months after treatment (t3). Three weeks after admission (t1) the sample was assessed with questionnaires measuring the quality of inpatients relationships (patients relations questionnaire, FEPB) and their social support (social support questionnaire between patients, F-SozU-P). Additionally, patients experience of social atmosphere and ecological conditions were assessed by means of the ward experiences questionnaire (Stationserfahrungsbogen, SEB) and the housing milieu questionnaire (Milieu-Fragebogen), and social support was measured with the social support questionnaire (F-SozU).

Results: Inpatients reported a total size of their social network of 15.41 patients and 6.5 meaningful fellows. 89.3% of patients made acquaintances, 68.4% classified the relation as a friendship. Patients with friends during rehabilitation had a better outcome (GSI = 0.82) than patients without friends in the therapeutic milieu (GSI = 0.62), $p = .025$. Intimate relations such as partnership (2.2%) or health spa (1.8%) between patients are rare; sexual contacts were denied. The contacts were stable over average 9 months; 75.3% of recipients had contacts to former patients nine months after discharge. 43.5% of patients felt "moderately", 29.5% "well" and 15.1% "very well" emotionally supported. One third (30.2%) of patients reported "moderate", "much" and "very much" burdens by other patients.

Women perceived more social support and more social strain than men. The measure of success (GSI) correlated highly significant with the perceived social support (F-SozU-P: $r = -.30, p < .001$), emotional strain (FEPB: $r = .32, p < .001$), expectation of self-efficacy (SEB: $r = -.53, p < .001$) and social strain (F-SozU: $r = .46, p < .001$). Beside the GSI at t0 the self-efficacy (SEB) at t1 was a significant predictor of GSI at t2. The model explained 66.4% of variance. The GSI, the subscales perceived support (F-SozU-P) and social strain (F-SozU) proved to be significant predictors of treatment success at t3. These scales explained 45% of variance. The two adapted questionnaires had acceptable quality criteria.

Conclusions: The report shows that patients have many and intensive contacts with other patients during inpatient treatment. Three-quarters of patients had cultivated contacts to patients after discharge. This is an evidence for patients establishing close ties. Most of relations were positive. But there are also experienced burden by other patients. More strained patients perceived less social support by patients, more stress by the social network and had less expectation of self-efficacy and a poor outcome of therapy. The manner of relations and social support between patients are associated with the treatment outcome; the causal relationship is unclear. The results support the notion that relations and social support between patients become important components of preventive interventions in inpatients treatment units.

8 Literaturverzeichnis

- Akhtar, S., Crocker, E., Dickey, N., Helfrich J. & Rheuban, N. (1977). Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Diseases of the Nervous System*, 38 (5), 359-361.
- Angermeyer, M. C. & Klusmann, D. (1987). Die Entwicklung des sozialen Netzwerks im Verlauf funktioneller Psychosen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16 (4), 400-406.
- Antonucci, T. C. (1985). Social support: Theoretical advances, recent findings, and pressing issues. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 21-37). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Auhagen, A. E. (1993). Freundschaft unter Erwachsenen In A. E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.). *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 215-233). Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 413-445.
- Baudisch, F. & Linden, M. (2007). Das therapeutische Milieu. *Gemeindenaher Psychiatrie, Ausgabe 1/2007*, 33-49.
- Baudisch, F. & Linden, M. (2011). Therapeutisches Milieu und Healing Environment. In M. Linden (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung* (S. 1-13). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Baumann, U., Amann, G., Rambichler, R. & Lexel-Gartner, S. (1987). Zur Frage der Spezifität von sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung bei Alkoholikern und Drogenkonsumenten: Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16 (4), 407-413.
- Baumann, U., Laireiter, A., Pflingstmann, G. & Schwarzenbacher, K. (1987). Fragebogen zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung (SONET). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16 (4), 429-431.
- Baumeister, V. (2007). *Wie erleben Patienten das Stationsklima? Ein Vergleich tagesklinischer und stationärer Psychotherapie*. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg im Breisgau.

- Bergener, M. & Braun, M. (1983). Mehrdimensionaler Evaluationsansatz klinischer Gerontopsychiatrie am Beispiel des therapiemodifizierenden Einflusses ökologischer Variablen. *Sozial- und Präventivmedizin*, 28, 302-306.
- Berghofer, G., Lang, A., Henkel, H., Schmidt, F., Rudas, S. & Schmitz, M. (2001). Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment, and other patients. *Psychiatric Services*, 52 (1), 104-106.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109 (2), 186-204.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.
- Bernhard, P. (1988). Stationäre Psychotherapie als Heilverfahren – Psychoanalyse und Rehabilitation. In H. Schepank & W. Tress (Hrsg.), *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen* (S. 71-84). Berlin: Springer.
- Bernhard, P. & Lamprecht, F. (1991). Die verheimlichte Beziehung – der „Kurschatten“. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 36, 104-112.
- Biancosino, B., Barbui, C., Pera, V., Osti, M., Rocchi, D., Marmai, L. & Grassi, L. (2004). Patients opinions on the benefits of treatment programs in residential psychiatric care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (9), 613-620.
- Binder, R. L. (1985). Sex between psychiatric inpatients. *Psychiatric Quarterly*, 57 (2), 121-126.
- Bleymehl-Eiler, M. (2007). *Der Kurschatten – ein Tabu bei Licht betrachtet*. Eine Ausstellung der Stiftung Kur, Stadt, Apothekenmuseum Bad Schwalbach: Schreckhase.
- Bock, T. (1985). *Möglichkeiten und Grenzen teilstationärer Psychiatrie: Einblick in eine Tagesklinik*. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Borbé, R., Klein, A., Onnen, M., Flammer, E., Bergk, J. & Steinert, T. (2010). Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 37, 20-26.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- Bormann, B. & Strauß, B. (2012). Therapeutische Beziehungen in Gruppen. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 69-84). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Brugha, T. S. (1995). Social support and psychiatric disorder: Overview of evidence. In T. S. Brugha (ed.), *Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 1-40). Cambridge: University Press.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Burkart, G. (2009). Paare in der Bestandsphase. In K. Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch Persönliche Beziehungen* (S. 221-239). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Burleson, B. R. (2003). The experience and effects of emotional support: What the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion, and interpersonal communication. *Personal Relationships*, 10, 1-23.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T. & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 34-42.
- Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59 (8), 676-684.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme. (eds.) *Social support and health* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.

- Cropp, C., Streeck-Fischer, A., Jaeger, U., Masuhr, O., Schröder, A. & Leichsenring, F. (2008). Der Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (3), 205-213.
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: Wiley.
- De Filippo, S. M. (2008). *Spezifische Wirkfaktoren stationärer psychosomatischer Behandlung – eine qualitative Inhaltsanalyse*. Dissertation, Universität Ulm.
- Dein, K. & Williams, P. S. (2008). Relationships between residents in secure psychiatric units: are safety and sensitivity really incompatible? *Psychiatric Bulletin*, 32, 284-287.
- Deister, A. (2003). Milieutherapie. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 798-805). Heidelberg: Springer.
- Duck, S. (1983). *Friends for life: The psychology of close relationships*. Brighton: Harvester Press.
- Dulz, B., Ramb, C. & Richter-Appelt, H. (2009). Sexualität und Beziehungen in der psychodynamischen Therapie. In B. Dulz, C. Benecke & Richter-Appelt, H. (Hrsg.), *Borderline-Störungen und Sexualität* (S. 284-292). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dulz, B. (2010). Sexualität in der Psychiatrie: gestern, heute und morgen. Ein Plädoyer. *Persönlichkeitsstörungen*, 14, 154-160.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: Wiley.
- Dunkel-Schetter, C., Blasband, D. E., Feinstein, L. G. & Bennett, T. L. (1992). Elements of supportive interactions: When are attempts to help effective? In S. Spacapan & S. Oskamp (eds.) *Helping and being helped: naturalistic studies* (pp. 83-114). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Eckert (2007). Gruppenpsychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 651-686). Berlin: Springer.
- Eichler, T., Schützwohl, M., Glöckner, M., Matthes, C. & Kallert, T. W. (2006). Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer

- Behandlung. Auswertung offener Fragen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 33, e21-e28.
- Eklund, M. & Hansson, L. (1997). Relationships between characteristics of the ward atmosphere and treatment outcome in a psychiatric day-care unit based on occupational therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 329-335.
- Eklund, M. & Hansson, L. (2001). Ward atmosphere, client satisfaction, and client motivation in a psychiatric work rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal*, 37 (2), 169-177.
- Engel, R. R., Knab, B. & von Doblhoff-Thun, C. (1983). *Stationsbeurteilungsbogen (SBB)*. Weinheim: Beltz.
- Faul, F., Erdfelder, E. Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39 (2), 175-191.
- Fietze, I., Wiesenäcker, D., Blau, A. & Penzel, T. (2008). Die Schlafqualität im Krankenhaus und der Einfluss von Lärm. *Somnologie*, 12, 167-175.
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fleischmann, H. (2003). Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus? *Psychiatrische Praxis*, 30, Supplement 2, S136-S139.
- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 47-55.
- Flügel, T. (2006). *Subjektives Wichtigkeitserleben des Behandlungsangebots und des stationären Settings auf einer Psychotherapiestation für Patienten mit Persönlichkeits- und Belastungsstörungen*. Dissertation, Universität Hamburg.
- Foisner, W. (2007). Kurarzt und Kurgast – Erwartungen und Realität. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 157/17-18, 445-448.
- Fokias, B. & Tyler, P. (1995). Social support and agoraphobia: A review. *Clinical Psychology Review*, 15, 347-366.
- Ford, E., Rosenberg, M., Holsten, M. & Boudreaux, T. (2003). Managing sexual behavior on adult acute care inpatient psychiatric units. *Psychiatric Services*, 54 (3), 346-350.

- Franke, G. H. (1994). Testtheoretische Überprüfungen des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 168-1877.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Friis, S. (1986a). Factors influencing the ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73 (5), 600-606.
- Friis, S. (1986b). Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74 (5), 469-473.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU). Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45 (4), 212-216.
- Fydrich, T. & Sommer, G. (2003). Diagnostik sozialer Unterstützung. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 79-104). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T. Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 18 (1), 43-48.
- Gebhardt, R.-P. & Radtke, M. (2003). Vergleich der Stationsatmosphäre zwischen drei Spezialstationen für alkoholranke, schizophrene und depressive Patienten und einer diagnostisch gemischten Station. *Psychiatrische Praxis*, 30, 192-198.
- Geiselman, B., Baudisch, F. & Linden, M. (2011). Die teilstationäre („ganztätig ambulante“) Rehabilitation im Vergleich zur ambulanten und vollstationären Versorgung als Paradigma für die Bedeutung des therapeutischen Milieus. In M. Linden (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung* (S. 93-102). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Geiselman, B. & Linden, M. (2001). Vollstationäre, tagesklinische und kombiniert stationär-teilstationäre psychosomatische Rehabilitation im Vergleich. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 22 (4), 432-450.

- Geiselman, B. & Linden, M. (2006). Teilstationäre Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zu vollstationären Patienten. *RVaktuell*, 53, 14 – 20.
- Glynn, L. M., Christenfeld, N. & Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.
- Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund – Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (3), 181-187.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten. Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88-95.
- Gutknecht, H. (2005). Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten – Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebte Veränderungen. *Psychiatrische Praxis*, 32, 342-348.
- Haaf, H.-G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 44, e1-e20.
- Haberfellner, E.-M. & Rittmannsberger, L. (1995). Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung psychisch Kranker – Eine Netzwerkuntersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 22, 145-149.
- Hales, H., Romilly, C., Davison, S. & Talor, P. J. (2006). Sexual attitudes, experience and relationship amongst patients in a high security hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 254-263.
- Hartocollis, P. (1964). Hospital romances: some vicissitudes of transference [Abstract]. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 28, 62-71.
- Hawthorne, W. B., Green, E. E., Folsom, D. & Lohr, J. B. (2009). A randomized study comparing the treatment environment in alternative and hospital-based acute psychiatric care. *Psychiatric Services*, 60 (9), 1239-1244.
- Heim, E. (1985). *Praxis der Milieuthérapie*. Berlin: Springer.
- Heller, K. & Rook, K. S. (2001). Distinguishing the theoretical functions of social ties: Implications for support interventions. In B. Sarason & S. Duck (eds.), *Personal relationships: implications for clinical and community psychology* (pp. 119-140). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

- Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective studies. *British Medical Journal*, *318*, 1460-1467.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, *95*, 2685-2688.
- Hobfoll, S. E. & Stokes, J. P. (1988). The process and mechanics of social support. In S. Duck (ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 497-517). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Hoffmann, C. & Ruf-Ballauf, W. (2007). Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie Patienten mit sozialmedizinisch relevanten Problemen: Ergebnisse einer Zweijahreskatamnese. *Rehabilitation*, *46* (5), 283-295.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). New York: Academic Press.
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationship and health. *Science*, *241* (4865), 540-545.
- Jansson, J.-Å. & Eklund, M. (2002). Stability of perceived ward atmosphere over time, diagnosis and gender for patients with psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *56*, 407-412.
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R. & Gleave, R. L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychotherapy*, *52* (3), 310-321.
- Jørgensen, K. N., Rømma, V. & Rundmo, T. (2009). Associations between ward atmosphere, patient satisfaction and outcome. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*, 113-120.
- Kaplan, M. S., Newsom, J. T., McFarland, B. H. & Lu, L. (2001). Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life. *American Journal of Preventive Medicine*, *21* (4), 306-312.
- Kastner, S. & Linden, M. (2011). Beziehungen im sozialen Netz und im therapeutischen Milieu. In M. Linden (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung* (S. 15-28). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Kastner, S. & Linden, M. (2013). *Intimate relations between patients in psychiatric and psychotherapeutic inpatient care: a review and therapeutic approaches*. Manuscript submitted for publication.
- Keitner, G. & Grof, P. (1981). Sexual and emotional intimacy between psychiatric inpatients: formulating a policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 32 (3), 188-193.
- Keitner, G., Baldwin, L. M. & McKendall, M. J. (1986). Copatient relationship on a short-term psychiatric unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (2), 166-170.
- Kendler, K. S., Myers, J. & Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 162, 250-256.
- Kessler R. C. & McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community sample. In S. Cohen & S. L. Syme (eds.), *Social support and health* (pp. 219–240). New York: Academic Press.
- Kessler, R. C., McLeod, J. D. & Wethington, E. (1985). The costs of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 491-506). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107-122). Heidelberg: Springer.
- Klauer, T. & Schwarzer, R. (2001). Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 22 (4), 333-351.
- Klauer, T. & Winkeler, M. (2002). Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In G. Weidner, M. S. Koop & M. Kristenson (eds.), *Heart disease: Environment, stress and gender [NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences – Vol. 327]* (pp. 223-236). Amsterdam: IOS Press.
- Klein, A. (2010). *Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik*. Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Ulm.
- Klose, C., Matteucci-Gothe, R. & Linden, M. (2006). Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 45, 359-368.
- Klosterhuis, A. (2008). *Tagesklinische Behandlung – Eine empirische Untersuchung zur Patientenzufriedenheit*. Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2002). Gender and age differences in social support: A study on east german refugees. In G. Weidner, M. S. Kopp & M. Kristenson (eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Science – Vol. 327* (pp. 198-210). Amsterdam: IOS Press.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie (Band 1)* (S. 333-349). Göttingen: Hogrefe.
- Kobolt, A., Winkler, M. & Petermann, F. (2011). Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt, 54*, 451-457.
- Konzag, T. A., Bandemer-Greulich, U., Bahrke, U. & Fikentscher, E. (2004). Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei der stationären Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 50*, 394-405.
- Kordy, H., Rad, M. von & Senf, W. (1990). Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht der Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 40*, 380-387.
- Krampen, G. & Delius, A. von (1981). *Die Klinik-Umwelt-Skalen (KUS). Fragebogen zur Stationswahrnehmung von Klinikpatienten*. Universität Trier: Trierer psychologische Berichte 8.
- Kulik, J. A. & Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology, 8*, 221-238.
- Laireiter, A. R. (1993). *Soziales Netz und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern: Huber.
- Laireiter, A.-R. (2002). Soziales Netzwerk. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 546-550). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Laireiter, A. R. (2009). Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. In K. Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch Persönliche Beziehungen* (S. 75-99). Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Laireiter, A.-R., Fuchs, M. & Pichler, M.-E. (2007). Negative Soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensbelastungen. Eine konzeptionelle und empirische Analyse. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15 (2), 43-56.
- Laireiter, A. R. & Lettner, K. (1993). Belastende Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung. Ein Überblick über den Phänomenbereich und die Methodik. *Soziales Netz und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 101-115). Bern: Huber.
- Lahey, B. & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343.
- Lange, M., Franke, W. & Petermann, F. (2012). Wer profitiert nicht von der psychosomatischen Rehabilitation? *Rehabilitation*, 51 (6), 392-397.
- Lange, M., Karpinski, N., Best, M. & Petermann, F. (2010). Beeinflusst die Beschäftigung mit der Erkrankung die Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Störungen? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 137-144.
- Lange, M. & Petermann, F. (2010). Psychosomatische Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (3), 207-217.
- Lenz, K. (2009). *Soziologie der Zweierbeziehung: Eine Einführung* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lenz, K. & Nestmann, F. (2009). Persönliche Beziehungen – eine Einleitung. In K. Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch Persönliche Beziehungen* (S. 9-25). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (2. Aufl.) (S. 349-373). Göttingen: Hogrefe.
- Levy, J., Trossman, B., Kravitz, H., Robertson, B. & Dow, T (1973). Inpatients in love: conjoint therapy of two adolescents [Abstract]. *The Canadian Psychiatric Association Journal* 18 (5), 435-438.
- Lieberz, K. & Ciemer, S. (2000). Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 45, 286-291.
- Linden, M. (2006). Die Rolle der stationären „psychosomatischen Rehabilitation“ in der Versorgung psychisch Kranker. In F. Schneider, *Entwicklungen der Psychiatrie* (S. 121-131). Berlin: Springer.

- Linden, M. (2009). Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 84*, 137-142.
- Linden, M. (2010). Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation. In V. Arolt & A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 519-529). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Linden, M., Baudisch, F., Popien, C. & Golombek, J. (2006). Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. Der Wohnmilieufragebogen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56*, 390-396.
- Linden, M. & Geiselman, B. (2005). *Die Bedeutung von Angehörigen und sozialem Netzwerk in der vollstationären und teilstationären Rehabilitation psychosomatischer Patienten. Abschlussbericht über das Forschungsprojekt.* Gefördert von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA).
- Linden, M., Lischka, A.-M., Popien, C. & Golombek, J. (2007). Der Multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 16*, 135-143.
- Linden, M. & Strauß, B. (2012). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lippke, S. (2004). The role of social support in adherence processes following a rehabilitation treatment. *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 615.
- Lischka, A.-M. (2011). *Soziale Partizipation und Kontextfaktoren bei Patienten mit psychischen Störungen.* Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Lischka, A.-M., Popien, C. & Linden, M. (2005). Messinstrumente zur Erfassung des sozialen Netzes. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 55*, 358-361.
- Lischka, A.-M., Lind, A. & Linden, M. (2009). The role of the social network in psychosomatic day care and inpatient care. *International Journal of Social Psychiatry, 55* (6), 548-556.
- Luszczynska, A., Boehmer, S., Knoll, N., Schulz, U. & Schwarzer, R. (2007). Emotional support for men and women with cancer: Do patients receive what their partners provide? *International Journal of Behavioral Medicine, 14* (3), 156-163.

- Lyketsos, G. C., Sakka, P. & Mailis, A. (1983). The sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study. *The British Journal of Psychiatry*, 143, 376-382.
- Melbeck, C. (1993). Nachbarschafts- und Bekanntschaftsbeziehungen. In A. E. Auhagen & M. von Salisch (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 235-256). Göttingen: Hogrefe.
- Mentzel, G. (1981). Der Kurschatten. In G. Mentzel (Hrsg.), *Die psychosomatische Kurklinik* (S. 157-164). Göttingen, Zürich: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Middelboe, T., Schjødt, T., Byrstring, K. & Gjerris, A. (2001). Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient-care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 212-219.
- Modestin, J. (1981). Patterns of overt sexual interaction among acute psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 64 (5), 446-459.
- Modestin, J. (1993). Zur Sexualität auf psychiatrischen Akutabteilungen. *Psychiatrische Praxis*, 20, 51-55.
- Moos, R. H. (1974). *Evaluating treatment environments. A social ecological approach*. New York: John Wiley.
- Moos, R. H. (1996). *Ward atmosphere scale. Manual*. Menlo Park, CA: Mind Garden.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U. & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 176-182.
- Neyer, F. J. (2001). Individuum und soziales Netz: Wie sich Persönlichkeit und Beziehungen wechselseitig beeinflussen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 22 (4), 319-331.
- Oster, J., Müller, G. & Wietersheim, J. von (2009). "Wer profitiert?"- Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48 (2), 95-102.
- Paar, G. H. & Kriebel, R. (1998). Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. *Psychotherapeut*, 43, 310-315.

- Paykel, E. S. (1985). Life events, social support and clinical psychiatric disorder. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 321-347). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Pedersen, G. & Karterud, S. (2007). Associations between patient characteristics and ratings of treatment milieu. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 271-278.
- Petermann, F. & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? *Rehabilitation*, 48 (5), 257-262.
- Pinquart, M. & Duberstein, P. R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 75, 122-137.
- Raguss-Klimitz, S. (2009). *Erwartungen psychiatrischer Patienten an die Klinik. Eine qualitative Untersuchung der Patientenzufriedenheit*. Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Röhrle, B. & Laireiter, A.-R. (2009). Soziale Unterstützung und Psychotherapie: Zwei eng vernetzte Forschungsfelder. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und Psychotherapie: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung* (S. 11-46). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Rook, K. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5), 1097-1108.
- Røssberg, J. I. & Friis, S. (2003). A suggested revision of the war atmosphere scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 374-380.
- Røssberg, J. I. & Friis, S. (2004). Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatric Services*, 55 (7), 798-803.
- Rüesch, P. & Neuenschwander, M. (2004). Soziale Netzwerke und sozialer Unterstützung. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 7-20). Berlin: Springer.
- Sammet, I. & Schauenburg, H. (1999). *Stationserfahrungsbogen (SEB)*. Göttingen: Beltz.
- Sammet, I., Staats, H. & Schauenburg, H. (2004). Beziehungserleben und Therapieergebnis in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 376–393.

- Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 9-25). New York: Wiley.
- Schauenburg, H., Dinger, U. & Strack, M. (2005). Zur Bedeutung der Einzeltherapeuten für das Therapieergebnis in der stationären Psychotherapie – eine Pilotstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 339-346.
- Schepank, H. (1995). *Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Schmeling-Kludas, C. & Wilke, E. (2007). Besonderheiten von Psychotherapie im Rahmen psychosomatischer Behandlung. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 687-711). Berlin: Springer.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Research*, 9 (2), 185-193.
- Schjødt, T., Middelboe, T., Mortensen, E. L. & Gjerris, A. (2003). Ward atmosphere in acute psychiatric inpatient care: differences and similarities between patient and staff perceptions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 215-220.
- Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüdell, H. (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 114-130.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73-82.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 716-732.
- Schuster, T. L., Kessler, R. C. & Aseltine, R. H. (1990). Supportive interactions, negative interactions, and depressed mood. *American Journal of Community Psychology*, 18 (3), 423-438.
- Schwantes, U. (2011). Indikation zur Einleitung einer stationären Rehabilitation in der hausärztlichen Versorgung: „Einfach aus allem rauskommen“. In M. Linden (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und*

- stationärer Behandlung* (S. 115-122). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schwarzer, R. & Gutiérrez-Doña (2005). More spousal support for men than women: A comparison of sources and types of support. *Sex Roles: A Journal of Research*, 52, 523-532.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4), 243-252.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Shye, D. Mullooly, J. P., Freeborn, D. K. & Pope, C. R. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: A longitudinal study of an elderly cohort. *Social Science and Medicine*, 41 (7), 935-947.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung. *Diagnostica*, 37 (2), 160-178.
- Sonnenberg, C. M., Deeg, D. H. J., van Tilburg, T. G., Vink, D., Stek, M. L. & Beekman, A. T. F. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, 25 (1), 61-70.
- Spießl, H., Kovatsits, U. von, Frick, U., Cording, C. & Vukovich, A. (2002). Privatsphäre auf psychiatrischen Stationen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 10-13.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie*. Bern: Huber.

- Steinberg, R., Rittner, C., Dormann, S. & Sprengler-Katerndahl, D. (2012). Verantwortlicher Umgang mit Sexualität – Empfehlungen in einer klinischen Einrichtung. *Der Nervenarzt*, 83, 377-383.
- Stiehler, S. (2009). Freundschaften im Erwachsenenalter. In K. Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch Persönliche Beziehungen* (S. 383-401). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Studt, H. H. (2001). Die Bedeutung der stationären Psychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 22 (4), 373-387.
- Studt, H. H. (2003). Ein stationär-ambulantes Netzwerk zur psychotherapeutischen Versorgung. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 23/34, 512-516.
- Taylor, S. E., Dickerson, S. S. & Klein, L. C. (2002). Toward a biology of social support. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 556-569). London: Oxford University Press.
- Tschuschke, V. (2001). *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Clark, K. M. & Friedman, H. S. (1999). Age-related changes in associations of social network ties with morality risk. *Psychology and Aging*, 14 (4), 564-571.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119 (3), 488-531.
- Uhlmann, C. & Steinert, T. (2008). Stationsatmosphäre und Behandlungserfolg nach Eröffnung einer Spezialstation für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und akuten Krisen. *Verhaltenstherapie*, 18, 230-263.
- Wan-Yuk Harley, E., Boardman, J. & Craig, T. (2012). Friendship in people with schizophrenia: a survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (8), 1291-1299.
- Warner, J., Pitts, N., Crawford, M. J., Serfaty, M., Prabhakaran, P. & Amin, R. (2004). Sexual activity among patients in psychiatric hospital wards. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 477-479.
- Wertz, J., Hohagen, F., Borbé, R., Steinert, T., Vieten, B., Diefenbacher, A., Kronmüller, K. T., Löhr, M., Richter, D., Urban, S. & Driessen, M. (2013). Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Teil I: Entwicklung eines Fragebogens (FEA-P). *Der Nervenarzt*, 84 (1), 38-44.

-
- Wietersheim, J. von, Oster, J., Munz, D., Epple, N., Rottler, E. & Mörtl, K. (2008). Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie. Versuch einer Standortbestimmung. *Psychotherapeut*, 53 (6), 424-431.
- Wright, P. H. (1982). Men's friendships, women's friendships and the alleged inferiority of the latter. *Sex Roles* 8 (1), 1-20.
- Wrobel, M. (2011). Der Einfluss der Architektur auf Patientenverhalten. In M. Linden (Hrsg.), *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung* (S. 29-36). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Velek, M. & Lane, T. A. (1981). Heterosexual relationships of psychiatric patients established during their treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 27, 111-118.
- Yalom, I. D. (1999). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch* (5. Aufl.). München: Pfeiffer.
- Zielke, M. (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

9 Anhang

A Anschreiben

A1 Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung

A2 Anschreiben Katamnese

B Fragebögen

B1 Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten

B2 Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen

B3 Klinikmilieu-Skala

B4 Nachbefragungsbogen

C Tabellen und Abbildungen

D Danksagung

E Eidesstattliche Erklärung

F Lebenslauf

A1 Teilnehmerinformation und Einverständnis



**Reha-Zentrum Seehof
AHB-Klinik, stationäre und
teilstationäre Rehabilitation**

Prof. Dr. M. Linden, Reha-Zentrum-Seehof, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow

Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt zum Thema:

„Beziehungen zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation“.

Wie Sie wissen, spielen Begegnungen mit Mitpatienten, sei es in den Therapiegruppen oder während Freizeitaktivitäten eine wichtige Rolle im Rehabilitationsprozess. Sie können zur eigenen Ermutigung führen, aber auch eine Belastung darstellen. In diesem Forschungsprojekt wollen wir dies einmal näher abklären und danken Ihnen für Ihre Bereitschaft, dabei mitzuwirken. Im Folgenden finden Sie einige Informationen zum Ablauf der Befragung.

Die Verantwortung für die Durchführung liegt bei Herrn Prof. Dr. Michael Linden, dem Leitenden Arzt der Klinik. Die Befragung erfolgt durch seine Mitarbeiterin Frau Dipl.-Psych. Sabrina Kastner. Sollten Sie während des Projekts aktuell Fragen haben, dann melden Sie sich bitte bei den Schwestern oder im Sekretariat von Prof. Linden.

Die Befragung steht nicht im Zusammenhang mit Ihrer sonstigen Behandlung und nimmt darauf auch keinen Einfluss. Sie dient ausschließlich Zwecken der Qualitätssicherung.

Wie läuft das Projekt ab? Was sollen Sie tun? Welche Daten werden erhoben?

Ergänzend zu den üblichen Untersuchungen und Behandlungen, die im Rahmen der Rehabilitation durchgeführt werden, bitten wir Sie, einige Fragebögen zu beantworten: Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Stationerfahrungsbogen, Milieufragebogen und Fragebogen zur Erfassung von Beziehungen zwischen Patienten. Es wird erhoben, welche Bedeutung Kontakte zu Mitpatienten für Sie hatten, mit wie vielen anderen Patienten Sie Kontakt hatten und wie eng der Kontakt war, von distanziert bis intim. Es liegt auf der Hand, dass Sie nicht nur über sich, sondern auch über weitere Personen Auskunft geben. Deshalb müssen Ihre Angaben über andere Personen vertraulich und anonym sein. Beachten Sie deshalb unbedingt die Ausfüllhinweise auf dem „Fragebogen zur Erfassung von Beziehungen zwischen Patienten“.

Wenn Sie es wünschen, können Sie die Fragebögen bereits vor Beginn der Befragung einsehen. Um zu sehen, ob die Kontakte auch über den Aufenthalt andauern, möchten wir Sie etwa ½ Jahr danach nochmals anschreiben. Die Befragung wird ca. 1 Stunde dauern.

Ergänzend zu den Ergebnissen der Befragung werden wir aus unserer Psychosomatischen Basisdokumentation (Psy-BaDo) allgemeine Daten (z. B. zum Alter oder der Krankheitsdiagnose) mit heranziehen, um die Befragungsergebnisse besser interpretieren zu können.

Anschrift:
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow
Telefon 03328-345-0
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
www.reha-klinik-seehof.de

**Leitender Arzt der Klinik und Leiter der
Abt. Psychosomatik und
Verhaltenstherapie:**
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden
Arzt f. Neurologie, Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie.
Sozialmedizin und Rehawesen
Psychologischer Psychotherapeut
Telefon 03328-345-679 (Sekretariat)
Telefax 03328-345-555
Email: Prof.Dr.Michael.Linden@drv-bund.de

Teltow, 25.01.2012

Wie wird mit den erhobenen Forschungsdaten umgegangen (Datenschutz)?

Ihrem Namen wird im Forschungsprojekt eine Kennnummer zugeordnet. Die Zuordnung wird in einer Liste vermerkt. Diese Zuordnungsliste wird nur in unserer Reha-Klinik geführt und ist nur der oben genannten Ansprechpartnerin in der Reha-Klinik zugänglich. Um Ihnen ½ Jahr nach Ihrer Rehabilitation noch einmal Fragebögen zusenden zu können, übernimmt die Reha-Einrichtung den Versand, da dort die Zuordnungsliste aufbewahrt wird. Nach Abschluss der Datenerhebung sind die Zuordnungsliste und Ihre Einwilligung zur Teilnahme an unserem Projekt nicht mehr erforderlich und werden vernichtet. Damit sind die Forschungsdaten vollständig anonymisiert. Die wissenschaftliche Weiterverarbeitung erfolgt ausschließlich mit den anonymisierten Daten bezogen auf Gruppen von Patienten. Es kann deshalb kein Bezug zu Ihrer Person hergestellt werden.

Die anonymisierten Forschungsdaten werden zum Nachweis einer ordnungsgemäßen Durchführung der Forschung bis 12 Monate nach Projektende aufbewahrt und danach gelöscht.

Freiwilligkeit:

Ihre Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Ihre Daten werden nur verwendet, wenn Sie die Einwilligung unterschrieben oder einen Fragebogen zurückgegeben bzw. geschickt haben. Sofern Sie eine Teilnahme nicht wünschen, brauchen Sie die Einwilligung nicht abzugeben oder den Fragebogen nicht zurückzuschicken. Sie müssen Ihre Entscheidung nicht begründen oder rechtfertigen.

Sie können jederzeit, also auch bei bereits erteilter Einwilligung und ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Teilen Sie Ihren Wunsch dann bitte der oben genannten Ansprechpartnerin mit. Wir werden dann Ihren Namen in der Zuordnungsliste unkenntlich machen und Sie nicht mehr anschreiben. Wenn Sie es ausdrücklich wünschen, werden wir auch Ihre für die Forschung bisher gesammelten Daten löschen.

Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie mit, das Reha-Angebot für künftige Rehabilitanden zu verbessern. Außer dem zeitlichen Aufwand entstehen Ihnen keine Unannehmlichkeiten. Sie selbst haben keinen unmittelbaren Nutzen, aber vielleicht werden Sie angeregt, nochmals intensiver über die Menschen nachzudenken, die Sie während des Rehaaufenthalts kennengelernt haben.

Was erfährt meine Krankenkasse, mein Rentenversicherungsträger oder sonstige Dritte?

Ihr Rentenversicherungsträger ist über die Durchführung des Projekts informiert. Es wird jedoch niemandem mitgeteilt, welche Patienten teilgenommen haben oder nicht. Es werden aus dem Projekt auch keine Daten an Dritte, inkl. Krankenkassen oder Rentenversicherung weitergegeben. Über die Befragungsergebnisse werden wir am Ende der Untersuchung einen Bericht erstellen. Auf Grundlage dieser Untersuchung wird Frau Dipl.-Psych. Kastner ihre Doktorarbeit verfassen, die nach den üblichen wissenschaftlichen Regeln publiziert werden wird.

Einverständniserklärung

Falls Sie noch Fragen haben, dann werden wir Ihnen diese gerne beantworten. Wenn Sie alle Informationen verstanden haben und an der Befragung teilnehmen möchten, dann bitten wir Sie, die beigefügte Einwilligungserklärung zu unterschreiben. Sie erhalten davon eine Durchschrift. Bewahren Sie dieses Informationsschreiben auf, um jederzeit nachlesen zu können, in was Sie eingewilligt haben.

Prof. Dr. Michael Linden



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

Einwilligung zur Teilnahme am Forschungsvorhaben

**Reha-Zentrum Seehof
AHB-Klinik, stationäre und
teilstationäre Rehabilitation**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift:

Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow
Telefon 03328-345-0
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de
www.reha-klinik-seehof.de

Ich bin über Inhalt und Zweck des Forschungsvorhabens „Beziehungen zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation“ informiert worden, das unter Verantwortung von Prof. Linden durchgeführt wird. Zum Forschungsprojekt wurde mir ein Informationsschreiben ausgehändigt.

**Leitender Arzt der Klinik und Leiter der
Abt. Psychosomatik und
Verhaltenstherapie:**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden
Arzt f. Neurologie, Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie.
Sozialmedizin und Rehawesen
Psychologischer Psychotherapeut
Telefon 03328-345-679 (Sekretariat)
Telefax 03328-345-555
Email: Prof.Dr.Michael.Linden@drv-bund.de

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Angaben (z. B. Name, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden. Alle Auswertungen und Veröffentlichungen von Ergebnissen erfolgen mit anonymen Daten. Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung Zusatzinformationen (z. B. Alter, Diagnosen) aus der Psychosomatischen Basisdokumentation der Klinik entnehmen, die dann anonymisiert im Rahmen des Forschungsprojekts mit verwendet werden. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Ich möchte das Forschungsvorhaben durch meine Beteiligung unterstützen. Ich willige daher ein, an dem Projekt teilzunehmen. Meine im Rahmen des Forschungsprojekts erhobenen Daten stelle ich zur anonymen Nutzung zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift RehabilitandIn

Erläuterung zur Nicht-Teilnahme

Falls Sie nicht an dem Projekt teilnehmen möchten, bitten wir Sie dennoch um anonyme Beantwortung der folgenden Punkte. Sie müssen diese Fragen nicht beantworten, aber Sie helfen uns dabei sehr, künftige Projekte besser vorzubereiten.

Die Beantwortung ist natürlich freiwillig und völlig anonym.

- Ich nehme nie an Befragungen teil.
- Ich will mich voll auf die Rehabilitation und meine Gesundheit konzentrieren. Der angegebene Zeitaufwand für das Projekt ist mir zu viel.
- Ich möchte keine Angabe machen.
- Kein Interesse.
- Sonstiger Grund, gegebenenfalls Erläuterung:

A2 Anschreiben Katamnese

Prof. Dr. M. Linden, Reha-Zentrum-Seehof, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow

Anschrift der Patientin/des Patienten



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund

**Reha-Zentrum Seehof
AHB-Klinik, stationäre und
teilstationäre Rehabilitation**

Anschrift:

Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow

Telefon 03328-345-0

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

www.reha-klinik-seehof.de

**Leitender Arzt der Klinik und Leiter der
Abt. Psychosomatik und
Verhaltenstherapie:**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden

Arzt f. Neurologie, Psychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie.

Sozialmedizin und Rehawesen

Psychologischer Psychotherapeut

Telefon 03328-345-679 (Sekretariat)

Telefax 03328-345-555

Email: Prof.Dr.Michael.Linden@drv-bund.de

**Nachbefragung zum Thema „Beziehungen zwischen Patienten in
psychosomatischer Rehabilitation“**

Teltow, 25.01.2013

Sehr geehrte (Name),

vor einigen Monaten waren Sie im Reha-Zentrum Seehof. Sicher erinnern Sie sich, dass Sie freundlicherweise an unserer Studie „Beziehungen zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation“ teilgenommen haben. Ziel war es, herauszufinden, wie wichtig Mitpatienten füreinander sind. Wie damals bereits besprochen, wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie jetzt auch an der Nachbefragung teilnehmen würden. Es geht darum, ob sie mit ehemaligen Patienten weiterhin in Kontakt geblieben sind.

Auf dem Fragebogen befindet sich eine Nummer, so dass eine anonymisierte Auswertung gewährleistet ist und kein Bezug zu Ihrer Person hergestellt werden kann. Aus diesem Projekt werden auch keine Daten an Dritte wie z.B. Krankenkasse oder Rentenversicherung weitergegeben. Frau Dipl.-Psych. Sabrina Kastner, an die Sie sich noch erinnern werden, wird auf Grundlage der Daten ihre Doktorarbeit verfassen. Wir würden uns freuen, wenn Sie die beiliegenden kurzen Fragebögen ausfüllen und im beigefügten und frankierten Briefumschlag **innerhalb von 14 Tagen** an das Reha-Zentrum Seehof zurücksenden könnten.

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mitarbeit und Unterstützung bei unserer Nachbefragung!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Michael Linden

Sabrina Kastner (Doktorandin)

B1 Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten

F-SozU-P

Code: _____

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu Mitpatienten während des aktuellen Klinikaufenthaltes. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen erhält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie ganz genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

		Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft genau zu
1.	Ich habe Mitpatienten, die sich um klinikbezogene Angelegenheiten (z. B. Entschuldigung bei Nichtteilnahme in Therapien) kümmern können, wenn ich mal verhindert bin.	<input type="radio"/>				
2.	Es gibt Mitpatienten, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="radio"/>				
3.	Meinen Mitpatienten ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	<input type="radio"/>				
4.	Manche meiner Mitpatienten nutzen meine Hilfsbereitschaft aus.	<input type="radio"/>				
5.	Ich fühle mich von wichtigen Mitpatienten abgelehnt.	<input type="radio"/>				
6.	Bei Bedarf kann ich mir Therapiematerialien oder Lebensmittel ausleihen.	<input type="radio"/>				
7.	Es gibt viele Situationen, in denen ich um praktische Hilfe gebeten werde (z. B. etwas erledigen, mit etwas aushelfen).	<input type="radio"/>				
8.	Die meisten Patienten, die ich kenne, haben eine bessere Beziehung zu ihren Mitpatienten als ich.	<input type="radio"/>				
9.	Viele meiner Mitpatienten haben eine ähnliche Einstellung zum Leben wie ich.	<input type="radio"/>				
10.	Wenn ich dringend und kurzfristig zu einem umliegenden Ort (ca. 20 km) muss, weiß ich, wen ich von meinen Mitpatienten ohne Zögern bitten kann, mich dorthin zu fahren oder mich zu begleiten.	<input type="radio"/>				
11.	Ich könnte viel freier leben, wenn ich nicht immer auf meine Mitpatienten Rücksicht nehmen müsste.	<input type="radio"/>				
12.	Ich habe Mitpatienten, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="radio"/>				
13.	Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gern ausgehe.	<input type="radio"/>				
14.	Nach manchen Gesprächen fühle ich mich wirklich besser.	<input type="radio"/>				
15.	Ich habe Mitpatienten, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="radio"/>				
16.	Wenn ich wirklich mal unter Stress stehe, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.	<input type="radio"/>				
17.	Ich brauche mehr Mitpatienten, mit denen ich etwas gemeinsam unternehmen kann.	<input type="radio"/>				
18.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass alle etwas an mir auszusetzen haben.	<input type="radio"/>				
19.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Mitpatienten bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="radio"/>				
20.	Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="radio"/>				
21.	Ich habe einen Mitpatienten, mit dem ich mich auch sexuell gut verstehe.	<input type="radio"/>				
22.	Oft treffe ich zufällig Mitpatienten, mit denen ich erst mal ein Schwätzchen halte.	<input type="radio"/>				

		Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu	Trifft genau zu
23.	Ich wünschte, man würde mir nicht überall reinreden.	<input type="radio"/>				
24.	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="radio"/>				
25.	Ich kann Mitpatienten bitten, mir bei klinikbezogenen Angelegenheiten zu helfen.	<input type="radio"/>				
26.	Es gibt Mitpatienten, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>				
27.	Bei manchen Mitpatienten kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="radio"/>				
28.	Ich fühle mich in meinem Leben von Mitpatienten bedrängt und eingeengt.	<input type="radio"/>				
29.	Ich habe einen mir vertrauten Mitpatienten, mit dem ich alle persönlichen Dinge besprechen kann.	<input type="radio"/>				
30.	Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	<input type="radio"/>				
31.	Ich habe genug Mitpatienten, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	<input type="radio"/>				
32.	Es gibt Mitpatienten, bei denen ich vorübergehend wohnen könnte.	<input type="radio"/>				
33.	Ich werde oft um Rat gefragt.	<input type="radio"/>				
34.	Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	<input type="radio"/>				
35.	Oft denke ich, dass meine Mitpatienten zu viel von mir verlangen und erwarten.	<input type="radio"/>				
36.	Es gibt Mitpatienten, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	<input type="radio"/>				
37.	Mit meinen Interessen und Hobbys stehe ich ganz alleine da.	<input type="radio"/>				
38.	Meine Mitpatienten nehmen meine Gefühle nicht ernst.	<input type="radio"/>				
39.	Es gibt Mitpatienten, die mir ständig ein schlechtes Gewissen machen.	<input type="radio"/>				
40.	Es gibt genug Mitpatienten, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="radio"/>				
41.	Über ganz intime Dinge kann ich eigentlich mit niemandem sprechen.	<input type="radio"/>				
42.	Ich habe einen sehr vertrauten Mitpatienten, der für mich gut erreichbar ist.	<input type="radio"/>				
43.	Es gibt eine Gemeinschaft von Patienten, zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="radio"/>				
44.	Ich habe einen sehr vertrauten Mitpatienten, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	<input type="radio"/>				
45.	Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung.	<input type="radio"/>				
46.	Meine Mitpatienten können nicht verstehen, dass ich auch mal etwas Zeit für mich allein brauche.	<input type="radio"/>				
47.	Es gibt Mitpatienten, die sich mit mir zusammen richtig wohlfühlen.	<input type="radio"/>				
48.	Durch meine Mitpatienten erhalte ich oft gute Tipps (z. B. guter Arzt, Veranstaltungen).	<input type="radio"/>				
49.	Es gibt Mitpatienten, die sich mit wichtigen persönlichen Problemen an mich wenden.	<input type="radio"/>				
50.	Ich kenne zu wenige Mitpatienten, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.	<input type="radio"/>				
51.	Es gibt Mitpatienten, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	<input type="radio"/>				
52.	Oft wünsche ich mir, in einer Klinik zu sein, wo mich keiner kennt.	<input type="radio"/>				
53.	Ich habe einen vertrauten Mitpatienten, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	<input type="radio"/>				
54.	Wichtige Mitpatienten versuchen mir vorzuschreiben, wie ich zu denken und zu handeln habe.	<input type="radio"/>				

B2 Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen



Fragebogen zur Erfassung von Beziehungen zwischen Patienten in Rehabilitation

Code: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Folgenden geht es um Mitpatienten, die während Ihrer Behandlung in der Klinik für Sie von Bedeutung waren oder mit denen Sie Kontakt hatten. Dies können Patienten sein, über die Sie sich gefreut oder geärgert haben. Mit diesen Patienten sollten Sie auch persönlich gesprochen haben (z. B. in Therapien oder bei Unternehmungen). Es sollte jedoch mehr gewesen sein, als sie bloß zu grüßen.

Wenn Sie jetzt an die letzten Wochen Ihres Klinikaufenthaltes denken, mit welchen Patienten hatten Sie Kontakt, sei es positiv oder negativ?

Damit Sie sich besser erinnern können, nennen wir Ihnen im 2. Abschnitt die wesentlichen Bereiche der Klinik, in denen Sie anderen Patienten begegnen und soziale Beziehungen pflegen können. Tragen Sie für alle Mitpatienten, mit denen sie gesprochen haben bzw. deren Namen Sie kennen oder mit denen Sie etwas gemeinsam unternommen haben, in die Spalten unter Abschnitt 1 ein Kürzel ein.

Achtung: Verwenden Sie bitte nicht den echten Namen der Mitpatienten! Verwenden Sie bitte auch nicht Namensteile oder Anfangsbuchstaben. Die Anonymität der Mitpatienten muss gewahrt bleiben. Verwenden Sie Bezeichnungen wie Patient-1, Patient-2 oder P-1, P-2. Damit Sie selbst die Übersicht behalten, können Sie auf einem beigefügten Blatt die Zuordnung notieren, zum Beispiel: Herr Schulz = P-1, Frau M. = Pat.-2.

Wir Forscher interessieren uns bei der Auswertung nicht für die Namen – weder für Ihren Namen noch für die Namen Ihrer Mitpatienten. Lassen Sie die Namen bitte weg.

Anschließend beantworten Sie bitte alle Fragen der Abschnitte 3 bis 10 getrennt für jeden Ihrer angegebenen Mitpatienten. Es sind Mehrfachantworten möglich. Danach beantworten Sie bitte noch den Abschnitt 11, der sich auf alle Mitpatienten bezieht.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte überprüfen Sie am Ende der Beantwortung Ihre Angaben. Bei Fragen steht Ihnen die Studienleiterin jederzeit zur Verfügung.

11. Alle Mitpatienten: Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Einschätzung zu allen Mitpatienten, nicht nur auf einzelne Mitpatienten. Es geht hierbei um Ihren Gesamteindruck bezüglich aller Ihrer Beziehungen zu Mitpatienten.

1. Mit wie vielen Mitpatienten haben Sie während Ihrer Reha insgesamt Kontakt (**Anzahl**)? Bitte tragen Sie *hier* _____ die Anzahl an Kontakten zu Mitpatienten ein (die Tabelle dient Ihnen zur Orientierung).
2. Welchen Einfluss, sei es positiven oder negativen, haben die Kontakte zu Mitpatienten auf das **Behandlungsergebnis** Ihrer Reha? Bitte nehmen Sie eine Einschätzung auf der folgenden Skala vor!
 0 = sehr verschlechtert
 1 = verschlechtert
 2 = keinen Einfluss
 3 = etwas verbessert
 4 = sehr verbessert
3. Wenn Sie an alle genannten Mitpatienten denken, konnten Sie positive und negative Gefühle mit Mitpatienten teilen, oder Trost und Zuspruch, wenn Sie dies wünschten (**Emotionale Unterstützung**)? Schätzen Sie bitte auf der Skala von 0-4 ein, wie sehr Sie sich emotional unterstützt fühlten!
 0 = überhaupt nicht
 1 = kaum
 2 = teilweise
 3 = ziemlich
 4 = sehr
4. Wenn Sie an alle genannten Mitpatienten denken, wie sehr fühlten Sie sich bei praktischen Dingen unterstützt (z. B. bei der Erledigung von Besorgungen oder Abnahme kleiner Aufgaben), wenn Sie dies benötigten (**Praktische Unterstützung**)? Bitte schätzen Sie dies auf der Skala von 0-4 ein!
 0 = überhaupt nicht
 1 = kaum
 2 = teilweise
 3 = ziemlich
 4 = sehr
5. Wenn Sie an alle angegebenen Mitpatienten denken, fühlten Sie sich durch diese Patienten gefühlsmäßig belastet, überfordert, eingeengt, abgelehnt oder kritisiert (**Emotionale Belastung**)? Schätzen Sie dies bitte ebenso mit folgender Skala von 0-4 ein!
 0 = überhaupt nicht
 1 = kaum
 2 = teilweise
 3 = ziemlich
 4 = sehr
6. Wenn Sie an alle genannten Mitpatienten denken, fühlten Sie sich durch zu übernehmende Pflichten und Aufgaben von Mitpatienten belastet (**Praktische Belastung**)? Schätzen Sie dies bitte von 0 bis 4 ein!
 0 = überhaupt nicht
 1 = kaum
 2 = teilweise
 3 = ziemlich
 4 = sehr
7. Werden Sie am **Patiententreffen** teilnehmen?
 ja nein vielleicht
8. Bitte geben Sie *hier* an, was Sie im Kontakt zu Mitpatienten besonders hilfreich und belastend empfunden haben!

B3 Klinikmilieu-Skala

Code: _____

Es folgen einige Aussagen, die sich auf Ihren Aufenthalt in der Klinik beziehen. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit diese Aussagen für Sie persönlich zutreffen!

Diese Aussage stimmt ...

	nicht	kaum	teils/ teils	eher	genau
1. Ich habe verhältnismäßig viel Platz.	<input type="checkbox"/>				
2. Die Klinik liegt verkehrsgünstig.	<input type="checkbox"/>				
3. Es ist sauber.	<input type="checkbox"/>				
4. Es ist ruhig.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich kann mich zurückziehen, wenn ich es möchte.	<input type="checkbox"/>				
6. Die Klinik ist in gutem Zustand.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich habe allen Komfort (Dusche, Bad, WC), den ich brauche.	<input type="checkbox"/>				
8. Wenn ich aus dem Fenster sehe, habe ich einen ansprechenden Ausblick.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich kann das Fenster offen stehen lassen. / Ich kann mich an die frische Luft setzen.	<input type="checkbox"/>				
10. In der Klinik kann ich meinen Interessen nachgehen.	<input type="checkbox"/>				
11. In der Klinik kann ich meine Freizeit so gestalten, wie ich möchte, ohne besondere Rücksichten (z. B. auf andere Personen, Verpflichtungen) nehmen zu müssen.	<input type="checkbox"/>				
12. In der Klinik kann ich mir Zeit für mich nehmen.	<input type="checkbox"/>				
13. Die Einrichtung entspricht meinen Bedürfnissen.	<input type="checkbox"/>				
14. Mir stehen alle Hilfsmittel zur Erledigung der alltäglichen Verpflichtungen zur Verfügung (z. B. Waschmaschine, Kochgelegenheit).	<input type="checkbox"/>				
15. Mit den Menschen, mit denen ich in der Klinik bin, komme ich gut zurecht.	<input type="checkbox"/>				
16. Wenn ich mich zur Ruhe begeben werde, werde ich nicht noch einmal gestört.	<input type="checkbox"/>				
17. Ich habe genug Privatsphäre.	<input type="checkbox"/>				

B4 Nachbefragungsbogen

Nachbefragung: Beziehungen zwischen Patienten in und nach psychosomatischer Rehabilitation



Nachbefragung zum Thema:

„Beziehungen zwischen Patienten in und nach psychosomatischer Rehabilitation“

Code: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen bzw. Fragen die Antwortmöglichkeit an, die am besten für Sie zutrifft. Lassen Sie bitte keine Frage aus! Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1.) Wie beurteilen Sie Ihren Aufenthalt in der Klinik Seehof im Nachhinein? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an!

1. Inwieweit haben Sie insgesamt das Behandlungsziel erreicht, mit dem Sie in die Rehabilitation gekommen sind?

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

2. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik Seehof insgesamt? Hat sich der Aufenthalt für Sie gelohnt?

gar nicht gelohnt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gelohnt

3. Wie hat Ihnen der Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik Seehof insgesamt gefallen?

gar nicht gefallen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gefallen

4. Wie geht es Ihnen derzeit seelisch?

sehr schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gut



Nachbefragung: Beziehungen zwischen Patienten in und nach psychosomatischer Rehabilitation

5. Wie geht es Ihnen im Vergleich zum Zustand bei Entlassung?

sehr viel schlechter 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr viel besser

2.) Wenn Sie jetzt nochmal an Ihre Beziehungen zu Ihren ehemaligen Mitpatienten während der Rehabilitation denken, wie beurteilen Sie diese im Nachhinein?

1. An wie viele Mitpatienten können Sie sich heute noch an den **Namen** (Vor- und/oder Nachnamen) erinnern?

_____ Mitpatienten

2. Wenn Sie zurückdenken: Konnten Sie positive und negative Gefühle mit Mitpatienten teilen, oder Trost und Zuspruch, wenn Sie dies wünschten (**Emotionale Unterstützung**)?

- überhaupt nicht
- kaum
- teilweise
- ziemlich
- sehr

3. Wenn Sie zurückdenken: Fühlten Sie sich bei praktischen Dingen unterstützt (z. B. bei der Erledigung von Besorgungen oder Abnahme kleiner Aufgaben), wenn Sie dies benötigten (**Praktische Unterstützung**)?

- überhaupt nicht
- kaum
- teilweise
- ziemlich
- sehr

4. Wenn Sie zurückdenken: Fühlten Sie sich durch diese Patienten gefühlsmäßig belastet, überfordert, eingeengt, abgelehnt oder kritisiert (**Emotionale Belastung**)?

- überhaupt nicht
- kaum
- teilweise
- ziemlich
- sehr

5. Wenn Sie zurückdenken: Fühlten Sie sich durch zu übernehmende Pflichten und Aufgaben von Mitpatienten belastet (**Praktische Belastung**)?

- überhaupt nicht
- kaum
- teilweise
- ziemlich
- sehr

Nachbefragung: Beziehungen zwischen Patienten in und nach psychosomatischer Rehabilitation

6. Wenn Sie zurückdenken: Welchen Einfluss, sei es positiven oder negativen, hatten die Kontakte zu Ihren ehemaligen Mitpatienten auf das **Behandlungsergebnis** Ihrer Reha? Bitte nehmen Sie eine Einschätzung auf der folgenden Skala vor!

- sehr verschlechtert
- verschlechtert
- keinen Einfluss
- etwas verbessert
- sehr verbessert

7. Wenn Sie zurückdenken: Hatten Sie vor, die Kontakte mit Mitpatienten auch **nach Ende der Reha** fortzuführen?

- ja
- nein

8. Hatten Sie seit der Entlassung wieder **Kontakte zu ehemaligen Mitpatienten**?

- ja
- nein

9. Wenn ja, in welcher Form geschah dies?

- telefonisch
- per Email oder Brief
- persönlich
- Zusammenleben

10. Planen Sie, am **Patiententreffen** (voraussichtlich am 29.9.13) teilzunehmen?

- ja
- nein
- vielleicht

3.) Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

C Tabellen und Abbildungen

Veränderung der Symptomatik im Behandlungsverlauf – Katamnese

Tabelle 21: Veränderungen der Symptomschwere zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung und Katamnese) ($N = 161$)

	Aufnahme		Entlassung		Katamnese		ANOVA		<i>eta</i>	
	(t0)	(t0)	(t2)	(t2)	(t3)	(t3)	<i>F</i> -Wert	<i>p</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
GSI	160	1.12	0.64	0.69	0.59	0.87	0.65	60.37	.000***	.275
PST	161	51.16	17.18	36.78	21.37	42.93	21.22	63.65	.000***	.284
PSDI	161	1.84	0.57	1.48	0.51	1.61	0.57	49.87	.000***	.238
Soma	157	1.06	0.72	0.78	0.65	0.93	0.73	20.91	.000***	.118
Zwang	157	1.50	0.83	0.91	0.79	1.16	0.88	63.92	.000***	.291
Unsich	160	1.08	0.84	0.64	0.72	0.89	0.79	34.08	.000***	.176
Depr	160	1.55	0.86	0.90	0.81	1.13	0.89	69.21	.000***	.303
Angst	160	1.17	0.79	0.74	0.73	0.86	0.78	36.85	.000***	.188
Aggr	160	0.89	0.75	0.42	0.56	0.68	0.66	43.83	.000***	.216
Phob	160	0.80	0.88	0.49	0.73	0.60	0.85	22.29	.000***	.123
Para	160	0.97	0.80	0.45	0.58	0.82	0.77	52.09	.000***	.247
Psycho	160	0.59	0.55	0.35	0.41	0.46	0.53	24.23	.000***	.132

Anmerkungen: GSI = Global Severity Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total, Soma = Somatisierung, Zwang = Zwanghaftigkeit, Unsich = Unsicherheit im Sozialkontakt, Depr = Depressivität, Angst = Ängstlichkeit, Aggr = Aggressivität/Feindseligkeit, Phob = Phobische Angst, Para = Paranoides Denken, Psycho = Psychotizismus, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *** $p < .001$

Abbildung 7 zeigt die *Globalurteile* die stationäre Behandlung betreffend zum Zeitpunkt der Katamnese. Der Modalwert liegt für alle patientenseitigen Einschätzungen bei 8.

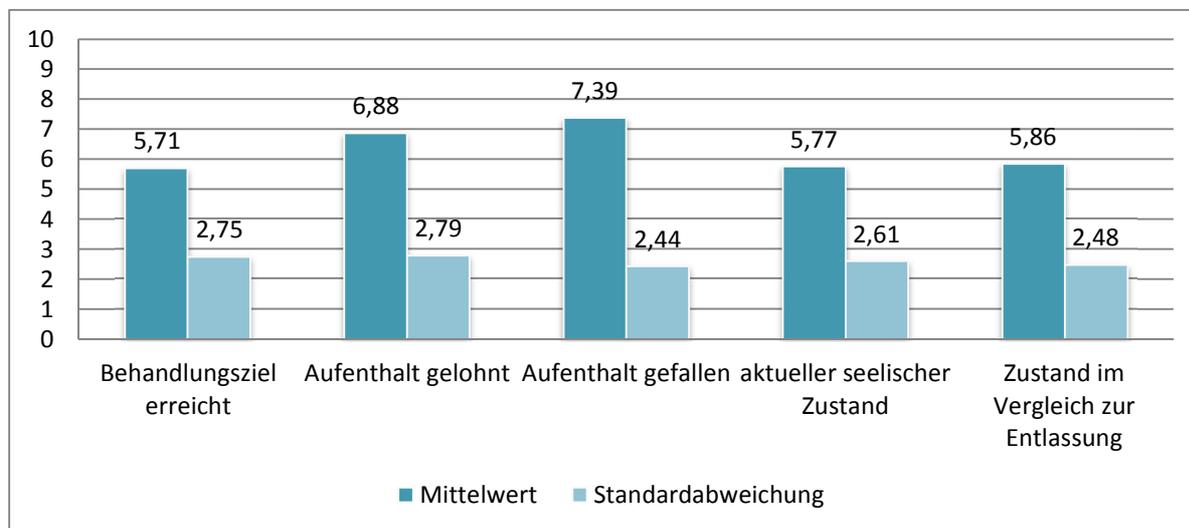


Abbildung 7: Globalurteile von Patienten zur Katamnese ($N = 166$)

Korrelationen

Tabelle 22: Korrelationen zwischen dem Therapieergebnis (Selbst- und Fremdrating) und assoziierten Faktoren ($N = 233$)

	BSS-Ges-Post $N = 233$	GSI-Post $N = 227$	GSI-Katamnese $N = 163$
FEPB			
EU-Ges	-.08	-.12°	-.22*
PU-Ges	-.17***	-.19*	-.25**
EB-Ges	.09	.32***	.24**
PB-Ges	.01	.23**	.10
F-SozU-P			
WasU-P	-.22***	-.30***	-.35***
Bel-P	.18**	.31***	.24**
F-SozU			
WasU	-.26***	-.43***	-.47***
Bel	.13	.46***	.50***
SEB			
BEZ	-.19** ^a	-.18** ^a	-.21* ^c
GKE	-.35*** ^a	-.53*** ^a	-.47*** ^c
INT	-.34***	-.48*	-.39***
KLI	-.13*	-.26***	-.23***
REG	-.10 ^a	-.13* ^a	-.05 ^c
TEAM	-.20** ^a	-.14* ^a	-.12 ^c
ZUW	-.26***	-.40***	-.40***
KM	-.15*	-.24***	-.23*

Anmerkungen: FEPB = Fragebogen zur Erfassung von Patienten-Beziehungen, EU-Ges = emotionale Unterstützung – Gesamtwert, PU-Ges = praktische Unterstützung – Gesamtwert, EB-Ges = emotionale Belastung – Gesamtwert, PB-Ges = praktische Belastung – Gesamtwert, F-SozU-P = Fragebogen zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, F-SozU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung, WasU = wahrgenommene soziale Unterstützung, Bel = soziale Belastung, SEB = Stationserfahrungsbogen, BEZ = Beziehung zum Einzeltherapeuten, GKE = Selbstwirksamkeit, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, KLI = Gruppenklima, REG = Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/ Stationsordnung, TEAM = Beziehung zum therapeutischen Team, ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, KM = Klinikmilieu, BSS-Ges-Post = Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Entlassung, GSI-Post/Katamnese = Global Severity Index bei Entlassung und bei Katamnese, ^a $N = 232$, ^b $N = 226$, ^c $N = 162$, ° $p < .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Multiple Regressionsanalysen

Tabelle 23: Vorhersage des Therapieergebnisses (Expertenurteil) bei Entlassung durch wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung ($N = 233$)

Modell	Prädiktoren	B	$SE B$	β	t	p
1	BSS-Ges-Prä	.65	.04	.69	14.66	.000***
2	BSS-Ges-Prä	.645	.05	.69	13.14	.000***
	WasU-P	-.09	.13	-.04	-0.65	.514
	Bel-P	.06	.18	.02	0.32	.749
	WasU	-.05	.17	-.02	-0.28	.780
	Bel	-.17	.15	-.08	-1.13	.261

Anmerkungen: BSS-Ges-Prä = Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Aufnahme, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, WasU = wahrgenommene soziale Unterstützung, Bel = soziale Belastung, $R^2 = .48$ für Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .005$ für Modell 2 ($p > .05$), $^{\circ}p < .1$, $^*p < .05$, $^{***}p < .001$

Tabelle 24: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Katamnese durch wahrgenommene soziale Unterstützung und Belastung ($N = 163$)

Modell	Prädiktoren	B	$SE B$	β	t	p
1	GSI-Prä	.61	.06	.61	9.67	.000***
2	GSI-Prä	.44	.07	.44	6.48	.000***
	WasU-P	-.14	.06	-.16	-2.30	.023*
	Bel-P	-.07	.08	-.06	-.89	.374
	WasU	-.09	.08	-.10	-1.20	.232
	Bel	.19	.07	.23	2.68	.008**

Anmerkungen: GSI-Prä = Global Severity Index bei Aufnahme, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, WasU = wahrgenommene soziale Unterstützung, Bel = soziale Belastung, $R^2 = .36$ für Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .10$ für Modell 2 ($p < .001$), $^{\circ}p < .1$, $^*p < .05$, $^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

Tabelle 25: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Katamnese durch Skalen des Stationserfahrungsbogens und der Klinikmilieu-Skala ($N = 162$)

Modell	Prädiktoren	B	$SE B$	β	t	p
1	GSI-Prä	.61	.06	.61	9.65	.000***
2	GSI-Prä	.46	.07	.45	6.19	.000***
	BEZ	-.04	.06	-.05	-0.60	.550
	GKE	-.10	.05	-.16	-1.96	.052°
	INT	-.06	.05	-.09	-1.16	.246
	KLI	.01	.07	.01	0.15	.883
	REG	.01	.06	.02	0.22	.826
	TEAM	.06	.07	.08	0.93	.352
	ZUW	-.10	.07	-.13	-1.44	.151
3	GSI-Prä	.46	.07	.46	6.30	.000***
	BEZ	-.02	.06	-.03	-0.36	.723
	GKE	-.10	.05	-.15	-1.82	.071°
	INT	-.06	.05	-.09	-1.19	.238
	KLI	.01	.07	.02	0.20	.845
	REG	.03	.06	.03	0.47	.641
	TEAM	.07	.07	.08	1.01	.314
	ZUW	-.08	.07	-.11	-1.18	.240
	Klinikmilieu	-.16	.11	-.10	-1.46	.147

Anmerkungen: GSI-Prä = Global Severity Index bei Aufnahme, BEZ = Beziehung zum Einzeltherapeuten, GKE = Selbstwirksamkeit, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, KLI = Gruppenklima, REG = Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/ Stationsordnung, TEAM = Beziehung zum therapeutischen Team, ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, $R^2 = .36$ für Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .065$ für Modell 2 ($p < .05$), $\Delta R^2 = .008$ für Modell 3 ($p > .05$), ° $p < .1$, *** $p < .001$

Tabelle 26: Vorhersage des Therapieergebnisses (Selbstbeurteilung) bei Katamnese durch alle Prädiktoren ($N = 161$)

Modell	Prädiktoren	B	$SE B$	β	t	p
1	GSI-Prä	.61	.06	.61	9.63	.000***
2	GSI-Prä	.59	.07	.58	9.02	.000***
	EB-Ges	.07	.05	.10	1.60	.111
3	GSI-Prä	.44	.07	.43	6.40	.000***
	EB-Ges	.00	.05	.00	0.04	.966
	WasU-P	-.17	.05	-.20	-3.18	.002**
	Bel	.22	.06	.26	3.17	.000***
4	GSI-Prä	.41	.07	.40	5.65	.000***
	EB-Ges	-.01	.05	-.01	-0.18	.858
	WasU-P	-.14	.08	-.17	-1.92	.056°
	Bel	.19	.06	.23	3.06	.003**
	GKE	-.04	.05	-.07	-0.79	.429
	INT	-.04	.05	-.06	-0.88	.378
	ZUW	.01	.07	.01	0.09	.931

Anmerkungen: GSI-Prä = Global Severity Index bei Aufnahme, EB-Ges = emotionale Belastung – Gesamtwert, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel = soziale Belastung, , GKE = Selbstwirksamkeit, INT = Angemessenheit der Behandlungsintensität, ZUW = Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion, $R^2 = .36$ für Modell 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .01$ für Modell 2 ($p > .05$), $\Delta R^2 = .085$ für Modell 3 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .006$ für Modell 4 ($p > .05$), ° $p < .1$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psychometrische Überprüfungen

Tabelle 27: Konstruktvalidität: Skalengkorrlationen des Fragebogens zur Erfassung von Patienten-Beziehungen und des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten ($N = 232$)

	EU-P	PU-P	SI-P	WasU-P	Bel-P	Rez-P	Zuf-P	Vert-P
EU	.48*** ($N=226$)	.42*** ($N=224$)	.33*** ($N=226$)	.46*** ($N=226$)	-.04 ($N=226$)	.39*** ($N=219$)	.21** ($N=220$)	.42*** ($N=223$)
PU	.44*** ($N=225$)	.51*** ($N=223$)	.42*** ($N=225$)	.51*** ($N=225$)	-.09 ($N=225$)	.44*** ($N=218$)	.29*** ($N=219$)	.43*** ($N=222$)
EB	-.16* ($N=225$)	-.10 ($N=223$)	-.24*** ($N=225$)	-.18** ($N=225$)	.33*** ($N=225$)	-.03 ($N=218$)	-.21** ($N=219$)	-.10 ($N=222$)
PB	-.18** ($N=225$)	-.12 ($N=223$)	-.24*** ($N=225$)	-.20** ($N=225$)	.24*** ($N=225$)	-.10 ($N=218$)	-.23** ($N=219$)	-.11 ($N=222$)
EU- Ges	.64*** ($N=232$)	.57*** ($N=230$)	.48*** ($N=232$)	.63*** ($N=232$)	-.15* ($N=232$)	.48*** ($N=225$)	.28*** ($N=226$)	.55*** ($N=229$)
PU- Ges	.61*** ($N=232$)	.70*** ($N=230$)	.51*** ($N=232$)	.66*** ($N=232$)	-.18** ($N=232$)	.52*** ($N=225$)	.32*** ($N=226$)	.53*** ($N=229$)
EB- Ges	-.15* ($N=232$)	-.16* ($N=230$)	-.30*** ($N=232$)	-.21** ($N=232$)	.44*** ($N=232$)	-.08 ($N=224$)	-.29*** ($N=226$)	-.13* ($N=229$)
PB- Ges	-.01 ($N=230$)	-.01 ($N=229$)	-.09 ($N=230$)	-.04 ($N=230$)	.26*** ($N=230$)	.09 ($N=223$)	-.14* ($N=224$)	-.01 ($N=228$)

Anmerkungen: FEPB: EU = emotionale Unterstützung, PU = praktische Unterstützung, EB = emotionale Belastung, PB = praktische Belastung, EU-Ges = emotionale Unterstützung – Gesamtwert, PU-Ges = praktische Unterstützung – Gesamtwert, EB-Ges = emotionale Belastung – Gesamtwert, PB-Ges = praktische Belastung – Gesamtwert, F-SozU-P: EU-P = Emotionale Unterstützung – Patienten, PU-P = Praktische Unterstützung – Patienten, SI-P = Soziale Integration – Patienten, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, Rez-P = Reziprozität sozialer Unterstützung – Patienten, Zuf-P = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung – Patienten, Vert-P = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson – Patienten, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabelle 28: Skaleninterkorrelationen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten ($N = 233$)

	PU-P	SI-P	WasU-P	Bel-P	Rez-P	Zuf-P	Vert-P
EU-P	.83*** ($N=231$)	.66***	.95***	-.10	.78*** ($N=226$)	.38*** ($N=227$)	.90*** ($N=230$)
PU-P		.65*** ($N=231$)	.92*** ($N=231$)	-.13* ($N=231$)	.73*** ($N=224$)	.38*** ($N=225$)	.73*** ($N=229$)
SI-P			.85***	-.45**	.57*** ($N=226$)	.80*** ($N=227$)	.56*** ($N=230$)
WasU-P				-.23**	.78*** ($N=226$)	.55*** ($N=227$)	.83*** ($N=230$)
Bel-P					.04 ($N=226$)	-.48*** ($N=227$)	-.04 ($N=230$)
Rez-P						.30*** ($N=222$)	.71*** ($N=223$)
Zuf-P							.28*** ($N=224$)

Anmerkungen: EU-P = Emotionale Unterstützung – Patienten, PU-P = Praktische Unterstützung – Patienten, SI-P = Soziale Integration – Patienten, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, Rez-P = Reziprozität sozialer Unterstützung – Patienten, Zuf-P = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung – Patienten, Vert-P = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson – Patienten, * $p < .05$, *** $p < .001$

Tabelle 29: Konstruktvalidität: Skalengkorrelationen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung und des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten ($N = 233$)

	EU-P	PU-P	SI-P	WasU-P	Bel-P	Rez-P	Zuf-P	Vert-P
EU	.46*** ($N=233$)	.40*** ($N=231$)	.45*** ($N=233$)	.49*** ($N=233$)	-.21** ($N=233$)	.38*** ($N=226$)	.33*** ($N=227$)	.43*** ($N=230$)
PU	.43*** ($N=233$)	.44*** ($N=231$)	.46*** ($N=233$)	.48*** ($N=233$)	-.28*** ($N=233$)	.34*** ($N=226$)	.36*** ($N=227$)	.41*** ($N=230$)
SI	.37*** ($N=233$)	.34*** ($N=231$)	.54*** ($N=233$)	.45*** ($N=233$)	-.29*** ($N=233$)	.28*** ($N=226$)	.52*** ($N=227$)	.31*** ($N=230$)
Was U	.45*** ($N=233$)	.45*** ($N=231$)	.52*** ($N=233$)	.50*** ($N=233$)	-.27*** ($N=233$)	.36*** ($N=226$)	.43*** ($N=227$)	.41*** ($N=230$)
Bel	-.13* ($N=233$)	-.12° ($N=231$)	-.33*** ($N=233$)	-.21** ($N=233$)	.45*** ($N=233$)	-.05 ($N=226$)	-.33*** ($N=227$)	-.09 ($N=230$)
Rez	.40*** ($N=232$)	.39*** ($N=230$)	.349*** ($N=232$)	.42*** ($N=232$)	-.02 ($N=232$)	.44*** ($N=225$)	.23** ($N=226$)	.36*** ($N=229$)
Zuf	.29*** ($N=228$)	.26*** ($N=226$)	.46*** ($N=228$)	.36*** ($N=228$)	-.27*** ($N=228$)	.18* ($N=222$)	.50*** ($N=222$)	.25*** ($N=226$)
Vert	.37*** ($N=232$)	.30*** ($N=230$)	.36*** ($N=232$)	.38*** ($N=232$)	-.14* ($N=232$)	.32*** ($N=225$)	.29*** ($N=226$)	.37*** ($N=229$)

Anmerkungen: F-SozU: EU = Emotionale Unterstützung, PU = Praktische Unterstützung, SI = Soziale Integration, WasU = wahrgenommene soziale Unterstützung, Bel = soziale Belastung, Rez = Reziprozität sozialer Unterstützung, Zuf = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung, Vert = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson, F-SozU-P: EU-P = Emotionale Unterstützung – Patienten, PU-P = Praktische Unterstützung – Patienten, SI-P = Soziale Integration – Patienten, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, Rez-P = Reziprozität sozialer Unterstützung – Patienten, Zuf-P = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung – Patienten, Vert-P = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson – Patienten, ° $p < .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabelle 30: Konstruktvalidität: Skalengkorrlationen des Fragebogens zur sozialen Unterstützung zwischen Patienten und der Symptom-Checkliste ($N = 227$)

	GSI	PST	PSDI	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit im Sozialkontakt	Depressivität	Ängstlichkeit	Aggressivität	Phobie Angst	Paranoides Denken	Psychotizismus
EU-P	- .25** *	- .21**	- .20**	-.17*	- .23** *	- .26** *	- .25** *	-.16*	- .20**	-.19*	- .34** *	- .25** *
PU-P ^a	- .24** *	- .22**	- .21**	-.19*	- .21**	- .29** *	- .33** *	-.15*	- .17**	- .17**	- .26** *	- .28** *
SI-P	- .34** *	- .28** *	- .31** *	- .23**	- .31** *	- .41** *	- .33** *	- .23** *	- .22**	- .27** *	- .33** *	- .31** *
Was U-P	- .30** *	- .25** *	- .26** *	-.1***	- .27** *	- .33** *	- .30** *	- .20**	- .21**	- .22**	- .34** *	- .30** *
Bel-P	.31** *	.30** *	.31** *	.21**	.27** *	.32** *	.30** *	.28** *	.28** *	.22**	.28** *	.23** *
Rez-P ^b	- .18**	-.15*	-.14*	-.11	- .19**	- .23** *	-.17*	-.10	-.14*	-.14*	- .22**	- .21**
Zuf-P ^c	- .30** *	- .30** *	- .22**	-.18**	- .25** *	- .36** *	- .31** *	- .21**	- .22**	- .24** *	- .33** *	- .26** *
Vert-P ^d	- .21**	-.16*	- .18**	-.15*	-.19*	- .21**	- .21**	-.14*	-.17*	-.16*	- .26** *	- .18**

Anmerkungen: F-SozU-P: EU-P = Emotionale Unterstützung – Patienten, PU-P = Praktische Unterstützung – Patienten, SI-P = Soziale Integration – Patienten, WasU-P = wahrgenommene soziale Unterstützung – Patienten, Bel-P = soziale Belastung – Patienten, Rez-P = Reziprozität sozialer Unterstützung – Patienten, Zuf-P = Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung – Patienten, Vert-P = Verfügbarkeit einer Vertrauensperson – Patienten; SCL-90-R: GSI = Global Severity Index, PST = Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, PSDI = Intensität der Antworten, ^a $N = 225$, ^b $N = 220$, ^c $N = 221$, ^d $N = 224$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

D Danksagung

Diese Dissertation ist am Reha-Zentrum Seehof in Teltow/Berlin der Deutschen Rentenversicherung Bund entstanden. Ich bedanke mich bei allen Personen, die zum Gelingen der Arbeit beitrugen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Michael Linden für die kontinuierliche und fachliche Betreuung während des gesamten Forschungsprozesses. In diesem Rahmen möchte ich auch dem Seehof-Team ganz herzlich danken.

Bei Frau Univ.-Prof. Dr. Renneberg bedanke ich mich für die Begutachtung meiner Arbeit und konstruktiven Fragestellungen. In betreuenden Gesprächen und ihren Kolloquien wurde die Arbeit unter forschungsrelevanten Aspekten diskutiert.

Den ehemaligen Patientinnen und Patienten des Reha-Zentrum Seehofs Teltow/Berlin danke ich für ihre Bereitschaft zur aktiven Mitgestaltung an der Studie durch ihre Teilnahme. Ohne sie wäre die Datenerhebung nicht zustande gekommen.

Zum Schluss möchte ich mich herzlich bei meiner Familie, meinem Partner und meinen Freunden für ein unterstützendes Umfeld, Ermutigung und ihr Interesse an dem Forschungsprojekt bedanken.

E Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation“ selbstständig verfasst habe.

Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet.

Diese Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

Berlin, 06.06.2013

Sabrina Kastner

F Lebenslauf

„Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.“

