

**Modellprojekt der AOK-Niedersachsen und der Fachklinik für  
Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Deister Weser Kliniken in  
Bad Münster – Teil 2  
Methoden**

Autoren: Dr. Barbara Pütz (Deister Weser Kliniken)  
Dr. Dieter Pütz (Deister Weser Kliniken)  
Prof. Dr. Mathias Bartram (Universität Osnabrück)  
Prof. Dr. Josef Rogner (Universität Osnabrück )

**Untersuchungszeiträume** (vergl. Untersuchungsplan Teil1)

t0: 2 Jahre vor Aufnahme in die Deister Weser Kliniken  
t1: Aufnahme in die DWK  
t2: Entlassung aus den DWK  
t3: 2 Jahre nach Entlassung aus den DWK

**t0 – t1 und t2 – t3**

Von der AOK Niedersachsen werden mit Einwilligung der Patienten folgende Daten jeweils für die Zeit 2 Jahre prästationär und 2 Jahre poststationär zur Verfügung gestellt:

- *Arbeitsunfähigkeitsfälle und -zeiten mit Diagnosen;*
- *Krankenhausfälle und –zeiten, Häufigkeit und Dauer von Heilverfahren mit Einweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen, Art des Aufenthaltes, Name des Krankenhauses, Kosten des Aufenthaltes;*
- *Renten mit Rentenart und Rentenbeginn, Rentenende;*
- *SAL mit Leistungsart, ICD-Nr., VO-Beginn und –Ende, Kosten.*

Da es bei den Krankenkassen keine personenbezogenen Daten zu ambulanten Leistungen gibt, wird der Patient über die folgenden Bereiche selbst befragt (3. Teil des Fragebogens – Aufnahme; 5. Teil des Fragebogens – Katamnese):

- *Praxiskontakte (Fachrichtung, Häufigkeit),*
- *Medikamentenkonsum (Medikamentenart, Häufigkeit und Dauer der Einnahme)*
- *medizinisch-technische Untersuchungen (Häufigkeit, stationär und ambulant).*

Praxiskontakte und medizinische Untersuchungen – 2 Jahre prä- und poststationär;  
Medikamentenkonsum – 1 Jahr prä- und 1 Jahr poststationär.

Bei Entlassung wird die Befragung in retrospektiven halbstrukturierten Interviews im Wechsel von drei erfahrenen Ärzten durchgeführt.

2 Jahre nach Entlassung wird jedem Patienten ein Fragebogen Teil 5 zugesandt. Gedächtnisstütze beim Ausfüllen soll ein Arztbuch sein, das jeder Patient am Ende des Klinikaufenthaltes erhält, und in das alle relevanten Gesundheitsdaten, u.a. auch Praxiskontakte, medizinische Untersuchungen, Medikamente, eingetragen werden sollten. Bei Unklarheiten konnte zudem telefonischer Kontakt aufgenommen werden. Die ehemaligen Patienten wurden außerdem gebeten, bei der Rücksendung der Fragebögen ihre Telefonnummer und einen Termin zu nennen, an dem sie erreichbar sein würden. Evtl. auftretende Fragen seitens der Auswerter sollten so geklärt werden können.

Verschiedene Fragebögen an **t1, t2 und t3** sollen das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell weitgehend abdecken.

### **Fragebögen (t1, t2, t3)**

#### **Untersuchungsinstrumente Teile 1-3 – Aufnahme**

Teil 1 (auszufüllen am 2.Tag nach Aufnahme in die Klinik)

- 1.1 Einführung
- 1.2-1.4 Subtests zum psychosozialen Status aus dem IRES (Gerdes & Jäckel, 1995; Skalen nach Bartram et al., 2000)
- 1.5 Angaben zum Beschwerdeverlauf
- 1.6-1.9 Symptomcheckliste (SCL-90-R, Derogatis; deutsche Fassung von Franke, 1995)
- 1.10 Marburger Fragebogen zur Therapiemotivation nach Schneider, Basler und Beisenherz (1989, FTM, Lutz, 1999)
- 1.11 Rentenbedürftigkeit
- 1.12 Giessener Beschwerdebogen (GBB, Brähler & Scheer, 1983)

Teil 2 (3.Tag)

- 2.1 Einführung
- 2.2 Fragebogen zum emotionalen Befinden (EMO, Bartram & Rogner, 1994)
- 2.3-2.5 Erfassung von Ressourcen im Lebensumfeld (DOM, Lutz, 1999)
- 2.6 Marburger Skala zum Selbstkonzept (MR-Selb, Lutz, 1999)
- 2.7 Stressbeschwerdenbogen (SBB, Bartram, 2006)
- 2.8 Fragen zur Beeinträchtigung in Familie, Freizeit und Beruf (BEEIN, Margraf & Schneider, 1990)

- 2.9 Fragebogen zum elterlichen Erziehungsverhalten (FEV, Lutz et al., 1995)
- 2.10 Fragen zum sozialen Umfeld (SOZ, Lutz, 1999)
- 2.11 Fragen zu traumatischen Lebensereignissen (SCHICKSAL, Lutz, 1999)
- 2.12 Marburger Version des Stressverarbeitungsfragebogens (Janke et al. 1985)
- 2.13 Fragebogen zur Fragebogenbeantwortung (SE-SIT, Lutz, 1999)

### Teil 3 (4.Tag)

- 3.1 Einführung
- 3.2 Praxiskontakte
- 3.3 Medizinische Untersuchungen
- 3.4 Medikamentenkonsum

### **Untersuchungsinstrumente Teil 4 – Entlassung**

- 4.1 Einführung
- 4.2 – 4.5 Symptomcheckliste (SCL-90-R, Franke, 1995)
- 4.6 Giessener Beschwerdebogen (Brähler & Scheer, 1983)
- 4.7 Fragebogen zum emotionalen Befinden (Bartram & Rogner, 1994)
- 4.8 Marburger Skala zum Selbstkonzept (Lutz, 1999)
- 4.9 Marburger Version des Stressverarbeitungsfragebogens (Janke et al., 1985)
- 4.10 Fragebogen zu erlebten Veränderungen (aus AT-EVA, Krampen, 1991)
- 4.11 Fragebögen zur Veränderung der individuellen Symptomatik
- 4.12 Bilanzierung nach Ende der Therapie (Lutz, 1999)
- 4.13 Fragen zur Erreichung, Veränderung und Neubewertung von Therapiezielen (Lutz, 1999)
- 4.14 Bedingungen des Therapieerfolges (Lutz, 1999)

### **Untersuchungsinstrumente Teil 5 – Katamnese (2 Jahre)**

- 5.1 Einführung
- 5.2 – 5.5 Symptomcheckliste (SCL-90-R, Derogatis, 1995)
- 5.6 Fragebogen zum emotionalen Befinden (Bartram & Rogner, 1994)
- 5.7 Giessener Beschwerdebogen (Brähler & Scheer, 1983)
- 5.8 Fragebögen zur Veränderung der individuellen Symptomatik
- 5.9 Praxiskontakte
- 5.10 Medizinisch-technische Untersuchungen
- 5.11 Medikamentenkonsum

Eine systematische Beschreibung des einzelnen Patienten erfolgt anhand der DKPM-Basisdokumentation Psychosomatik (Broda et al., 1993) (ausführliche Darstellung siehe Teil 1 der Veröffentlichung (Fragestellung und Studiengruppe).

## **Fragebogen Teil 1**

### **1.2-1.4 Psychosozialer Status aus den Indikatoren des Rehasstatus ( IRES; Gerdes & Jäckel, 1995)**

Bartram et al. (2000) entwickelten (bei Patienten einer Klinik für Stoffwechselstörungen und KHK) aus den Skalen vitale Erschöpfung, Depressivität und Ängstlichkeit des IRES mittels Faktorenanalyse die Subtests

- *Energieverlust und Erschöpfung* (Items 1, 2, 9, 11, 12, 17)
- *Selbstwertprobleme und Gefühl der Verlassenheit* (Items 10, 14, 18, 19, 20)
- *Ängstlich erregt vs. angstfrei entspannt* (Items 23, 24, 25, 26, 27, 28)
- *Depressive Verstimmung und vermindertes Interesse an Aktivitäten* (Items 3, 5, 8, 13, 15, 16, 22).

Die Items 4 und 7 gehören zu keiner Skala. (Sie werden aus inhaltlichen Gründen und wegen nicht signifikanter Unterschiede der diskriminanten und konvergenten Trennschärfen nicht in die endgültige Fragebogenform aufgenommen).

Die Interne Konsistenz liegt für die Studienpatienten (N=184) zwischen .78 und .83, für die Kurpatienten (N=59) zwischen .83 und .87.

Den vier Subtests wurden weitere vier Fragen zur Gesundheit und zu Risikofaktoren vorangestellt.

- *Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?*
- *Welche Meinung haben Sie darüber, wie sehr man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann?*
- *Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?*
- *Welche von 8 Risikofaktoren liegen bei Ihnen vor?*

### **Zur Entwicklung**

Der Patientenfragebogen IRES (Indikatoren des Rehasstatus) wurde ursprünglich zur Erfassung der Rehabilitationsbedürftigkeit entwickelt. Er basiert auf den Annahmen des „Krankheitsfolgenmodells“ der Weltgesundheitsorganisation. Er umfasst mit 160 Fragen die somatische, funktionale und psychosoziale Befindlichkeit des Rehabilitanden. Mit diesem Fragebogen zur Gesundheit im Alltagsleben haben Gerdes und Jäckel (1992; 1995) eine sehr differenzierte Operationalisierung der

Indikatoren des Rehastatus vorgelegt. Sie ist geeignet für die anwendungsorientierte, reha-spezifische Diagnostik, die Reha-Forschung und die Qualitätssicherung. Der IRES liegt mittlerweile in seiner dritten Version mit 144 Items vor (Bührlen, Gerdes & Jäckel (2002).

Bartram erprobte die Subskalen vitale Erschöpfung, Depressivität und Ängstlichkeit des IRES2 in einer Klinik für Stoffwechselstörungen und KHK (LVA). Alle drei gelten als Risikofaktoren für die Entstehung von KHK und andere Erkrankungen. Die theoretische und empirische Trennung dieser drei Risikofaktoren ist weitgehend ungeklärt (Appels 1990, Clark 1989 und Richter et.al. 1994). Das Ziel dieser Studie ist es, den gemeinsamen Gegenstandsbereich der vitalen Erschöpfung, Depressivität und Ängstlichkeit in den Operationalisierungen des IRES neu zu ordnen, um konvergent und diskriminant valide Komponenten des Gegenstandsbereichs empirisch zu sichern. Die Analysen bei 1.228 Personen des Konstruktionskollektivs führten zu drei Subtests:

- Erschöpfung und Energieverlust,
- Selbstwertprobleme und Gefühl der Verlassenheit,
- ängstliche Erregung vs. angstfreie Entspannung.

Die konvergenten und diskriminanten Trennschärfeanalysen zeigten eine befriedigende empirische Trennung dieser drei Komponenten. Des Weiteren wurde als vierter, übergeordneter Subtest

- Depressive Verstimmung und Verlust an Interesse

gefunden, bei dem sich die konvergenten und diskriminanten Trennschärfen zu den anderen Subtests nicht unterschieden. (Bartram et.al.,1998, Bartram & Rogner, 2000). Die psychometrische Qualität der Subskalen wurde bei 1.027 Personen des Replikationskollektivs ermittelt.

Reliabilitäten und Interkorrelationen der Subtests					
		S1	S2	S3	S4
S1:	Erschöpfung und Energieverlust	.852	.62	.67	.79
S2:	Selbstwertprobleme und Gefühl der Verlassenheit	.55	.802	.59	.77
S3:	ängstliche Erregung vs. angstfreie Entspannung	.63	.54	.881	.74
S4:	Depressive Verstimmung und Verlust an Interesse.	.74	.72	.71	.863
Oberhalb der Diagonale Korrelationen im Replikationskollektiv; unterhalb im Konstruktionskollektiv, in der Hauptdiagonalen Cronbach's alpha					
Konvergente (*) und diskriminante Trennschärfen der Subtest (Konstruktionskollektiv)					
Nr	Itemtext	S1	S2	S3	S4
i17	ohne Schwung gefühlt	0.632*	0.447	0.544	0.606
i11	wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist	0.627*	0.460	0.457	0.563
i12	zu antriebslos, um etwas anzufangen	0.626*	0.509	0.464	0.604?
i2	lustloser als früher	0.600*	0.372	0.465	0.570
i1	völlig erschöpft	0.580*	0.342	0.411	0.474
i9	dass Sie mehr schaffen könnten, wenn Sie gesünder oder weniger abgespannt wären	0.554*	0.294	0.446	0.468
i18	dass Sie anderen zur Last fallen	0.415	0.633*	0.389	0.533
i19	an sich gezweifelt	0.516	0.613*	0.491	0.635?
i14	allein und verlassen gefühlt	0.379	0.542*	0.426	0.540?
i10	wie ein Versager	0.430	0.519*	0.331	0.517?
i20	dass es besser für andere wäre, wenn Sie nicht mehr leben würden	0.212	0.508*	0.290	0.383
i27	haben Sie sich ruhig und ausgeglichen gefühlt	0.475	0.422	0.737*	0.544
i24	haben Sie sich über Ihre Nervosität oder ihre "schlechten Nerven" geärgert	0.524	0.445	0.724*	0.588
i23	haben Sie sich innerlich gespannt oder nervös gefühlt	0.584	0.414	0.717*	0.616
i25	dass es Ihnen schwer fällt, sich zu beruhigen	0.524	0.504	0.715*	0.646
i26	konnten Sie sich ohne Probleme entspannen	0.392	0.363	0.627*	0.470
i28	haben Sie sich so richtig wohl gefühlt	0.490	0.385	0.613*	0.507
i15	dass Ihnen nichts mehr Spaß macht	0.607	0.580	0.586	0.694*
i16	dass nichts so läuft, wie Sie eigentlich wollten	0.561	0.521	0.529	0.637*
i5	weniger zufrieden mit sich selbst	0.559	0.474	0.510	0.621*
i3	niedergeschlagen/traurig	0.545	0.545	0.535	0.615*
i13	dass Sie sich zu nichts entschließen können	0.595?	0.520	0.516	0.596*
i8	dass Sie sich in einer Sackgasse befinden	0.489	0.563?	0.446	0.581*
i22	besorgt, dass etwas schief gehen könnte	0.416	0.463	0.499	0.534*
(*): korrigierte Korrelation Item mit zugehörigem Subtest (konvergente, korrigierte Trennschärfe)					
( ): Korrelation Item mit fremden Subtest (diskriminante Trennschärfe)					
(?):kein signifikanter Unterschied der konvergenten und diskriminanten Trennschärfe (p-sig=.05)					

## 1.5 Angaben zum Beschwerdeverlauf

Folgende Punkte werden erfragt

- *Hauptbeschwerde*
- *Erstes Auftreten der Hauptbeschwerde*
- *Erste massive Beeinträchtigung*
- *Erste ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe*

Inhaltliche Auswertung.

## 1.6 – 1.9 SCL-90-R

Symptomcheckliste von Derogatis (1977) – Deutsche Version – Beltz Test GmbH, Göttingen (Franke, 1995)

Die SCL-90-R füllt die diagnostische Lücke zwischen zeitlich extrem variabler Befindlichkeit und zeitlich überdauernder Persönlichkeitsstruktur, denn sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome der Person in einem Zeitfenster von sieben Tagen.

Die SCL-90-R wird bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese ausgefüllt.

Skalen (Anzahl der Items):

- *Somatisierung (12)* *Einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen*
- *Zwanghaftigkeit (10)* *Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit*
- *Unsicherheit im sozialen Kontakt (9)* *Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit*
- *Depressivität (13)* *Traurigkeit bis hin zu schweren Depressionen*
- *Ängstlichkeit (10)* *Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst*
- *Aggressivität/ Feindseligkeit (6)* *Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität*
- *Phobische Angst (7)* *Leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst*
- *Paranoides Denken (6)* *Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken*
- *Psychotizismus (10)* *Das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden*
- *Zusatzitems (7)* *Keine Skalenzuordnung: schlechter Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an Tod und Sterben, Drang, sich zu überessen, frühes morgendliches Erwachen,*

*unruhiger und gestörter Schlaf, Schuldgefühle (separate Auswertung)*

Der Gesamtindex (GSI) ergibt sich aus der Summe der Skalen dividiert durch die Anzahl der Items.

#### Reliabilität

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skalen wird in allen Studien als gut bewertet.

Auch im Modellprojekt konnten gute bis sehr gute interne Konsistenzen nachgewiesen werden. Für Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit und Phobische Ängste liegt die interne Konsistenz in allen drei Stichproben zu den drei Zeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, Katamnese) zwischen .82 und .93. Die Skala mit der durchgängig höchsten internen Konsistenz ist mit Depressivität die Skala mit der höchsten Anzahl von Items (13). Für die Skalen Aggressivität, Paranoides Denken und Psychotizismus liegen die Werte für die internen Konsistenzen zwischen .60 (Ausreisser, Kurpatienten bei Entlassung, Aggressivität) bzw. .73 und .87, sind also auch als gut zu bewerten.

Wie in anderen Untersuchungen (Franke, 2002) sind auch im Modellprojekt die Parameter für die interne Konsistenz des Gesamtindex durchgehend sehr hoch. Sie liegen zwischen .97 und .99.

#### Test-Retest-Reliabilität

Franke (2002) berichtet über verschiedene Studien, in denen die Testretestreliabilitäten nach einer Woche zwischen .69 und .90 lagen. Das Instrument eignet sich also zur Messwiederholung.

In der Studiengruppe liegen die Retestreliabilitäten zwischen .45 und .62 (Aufnahme/Entlassung) und zwischen .38 (Aggressivität) und .57 (Entlassung/Katamnese). Die Testretestreliabilitäten der Gesamtindizes in der Studiengruppe betragen .52 (Aufnahme/Entlassung), .50 (Aufnahme/Katamnese) und .64 (Entlassung/Katamnese).

Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist nach vorliegenden Befunden gewährleistet.

Befunde zur konvergenten, diskriminanten und differentiellen Validität liegen vor (siehe Franke, 2002, Kapitel 8 und 10).



### 1.10 Fragebogen zur Therapiemotivation nach Schneider, Basler und Beisenherz (1989; Lutz, 1999)

2 Skalen mit jeweils 10 Items

- *Motivation zur Psychotherapie (psychosoziale Orientierung)*
- *Motivation zur medizinischen Behandlung (medizinische Orientierung)*

5-fache Abstufung: stimmt uneingeschränkt, stimmt eingeschränkt, unentschieden, stimmt eher nicht, stimmt überhaupt nicht.

Innere Konsistenz (Cronbachs Alpha):

	psychosoziale Orientierung	medizinische Orientierung
Studienpatienten (N=196)	0,78	0,78
Kurpatienten (N=75)	0,85	0,85
BfA-Patienten (N=169)	0,79	0,88

### 1.11 Fragebogen zur Rentenbedürftigkeit

3 Items

- *Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?*
- *Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Rentenantrag zu stellen?*
- *Einschätzung der eigenen Rentenbedürftigkeit (gleich null, gering, mittel, hoch, sehr hoch).*

### 1.12 Giessener Beschwerdebogen (GBB, Brähler & Scheer, 1983)

Der GBB erfasst das Vorhandensein und Ausmaß subjektiver körperlicher Beschwerden. Er ist keine Symptomliste, mit der man organische Krankheiten identifizieren kann. Sein Anwendungsgebiet betrifft die psychosomatische Bedingtheit oder Mitbedingtheit körperlicher Beschwerden.

Die Originalform umfasst 57 Items.

Die hier verwendete Kurzform beinhaltet 24 Einzelitems, von denen je 6 einen Beschwerdenkomplex bilden.

- *Erschöpfungsneigung*
- *Magenbeschwerden*
- *Gliederschmerzen*
- *Herzbeschwerden*

*Beschwerdedruck = Summe aller Items.*

Der GBB stellt sowohl hinsichtlich der Erfassung umschriebener Organstörungen als auch hinsichtlich der Empfindlichkeit in bezug auf die breitgefächerte Klagebereitschaft psychosomatisch-psychoneurotischer Patienten ein valides Instrument dar.

Die Ergebnisse verschiedener ausgewählter Stichproben zeigen, dass mit dem GBB einerseits die Körperbeschwerden reliabel erfasst werden, dass er andererseits aber auch sensitiv für Veränderung ist. Die Split-Half-Reliabilität liegt zwischen .64 und .85, die Interne Konsistenz zwischen .77 und .91. Die Test-Retest-Reliabilitäten sind überwiegend sehr hoch und liegen teilweise sogar über den Schätzungen für die Interne Konsistenz.

In einer früheren Untersuchung (Edertal-Klinik; N=124 vorher, N=111 nachher) (Pütz, 1997) lagen die berechneten Stabilitäten (t1/t2; t2/t3), ausser für Erschöpfung (.50 t1/t2) alle über .60. Für Gliederschmerzen konnten durchgehend die höchsten Testretestkorrelationen ermittelt werden (>.70).

Im Modellprojekt liegt die interne Konsistenz für die Skala Erschöpfung in allen drei Stichproben zu allen drei Messzeitpunkten zwischen .84 und .94, für Magenbeschwerden zwischen .74 und .84, für Gliederschmerzen werden Werte von .75 bis .89 erreicht, für Herzbeschwerden von .70 (Ausnahme, Kurpat. nachher) bis .89. Die interne Konsistenz für den Beschwerdedruck ist durchgehend sehr hoch (zwischen .89 und .95).

## **Fragebogen Teil 2**

### **2.1 Fragebogen zum emotionalen Befinden (EMO, Bartram & Rogner, 1991, 1994)**

Der EMO ist eine überarbeitete Form des „Emotionalitäteninventar-Befinden (Emi-B) von Ullrich & Ullrich de Muynck (1977), das Angaben über Art und Ausmaß aversiver emotionaler Reaktionen ermöglicht.

Bartram & Rogner (1991, 1994) änderten und erweiterten den Fragebogen im Rahmen ihrer Studien, weil sich die ursprüngliche Form aufgrund sehr hoher Interkorrelationen und zu geringer Itemhomogenität als ungünstig für die angestrebten Forschungszwecke erwiesen hatte.

Der EMO ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen in Form einer Eigenschaftswörterliste, er ermöglicht die subjektive Einschätzung der aktuellen emotionalen Situation. Er wurde für Herzinfarktpatienten entwickelt.

Die aktuelle Form umfasst eine Liste von 30 Eigenschaftswörtern, die 6 Merkmalsbereiche erfassen:

- *ängstlich - depressiv*
- *ängstlich - erregt*
- *erschöpft*
- *vital-aktiv*
- *angstfrei - entspannt*
- *gehobene Stimmung*

Die ersten drei Skalen werden zudem zu einer übergeordneten Skala „negative Emotionen“ und die letzten drei Skalen zur Skala „positive Emotionen“ zusammengefasst.

Die in Untersuchungen in nicht-klinischen und klinischen Stichproben ermittelten internen Konsistenzen (Cronbachs-Alpha) der sechs Einzelskalen liegen zwischen .80 und .87.

Im Modellprojekt ist die interne Konsistenz, bestimmt für Studienpatienten, Kurpatienten und BfA-Patienten bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese, durchgehend sehr hoch. Für die negativen Emotionen liegt sie zwischen .82 und .95, für die positiven Emotionen zwischen .86 und .94.

#### 2.2-2.4 Domänen Fragebogen (Lutz, 1999)

Es werden die Domänen bzw. Ressourcen von Patienten erfasst, wie sie sich in konkreten Lebensbereichen (z.B. Wohnverhältnissen, Freundeskreis, etc.) darstellen, und die in unterschiedlichem Ausmaß unterstützend oder belastend sind.

Drei Skalen je 11 Items

- *Zufriedenheit mit den Domänen insgesamt*
- *positive Aspekte*
- *negative Aspekte*

Skala 1: insgesamt sehr unzufrieden bis sehr zufrieden  
Skalen 2 und 3: keine, wenige, einige, viele, sehr viele

Die an verschiedenen Patientengruppen ermittelte Interne Konsistenz liegt zwischen .79 und .84.

## 2.6 Skala zum Selbstkonzept (Lutz, 1999)

Die Items entstammen dem STAI (Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981). Es wurden alle 20 Items der Traitskala und 3 positiv valente Items aus der State-Fassung übernommen. Die Instruktion entstammt der Trait-Variante.

23 Items, 2 Skalen

- *Tendenz zur positiven Selbstbeschreibung (10 Items)*
- *Tendenz zur negativen Selbstbeschreibung (13 Items)*

4-fache Abstufung: fast nie, manchmal, oft, fast immer.

Inhalt: Positive selbstsichere Einstellung vs. negative, unsichere Einstellung zu sich.

Item 18: Ich bin ausgeglichen.

Item 16: Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich.

Interne Konsistenz: zwischen .88 und .93

## 2.7 Stressbeschwerdebogen (Bartram, 2006)

Der Stressbeschwerdebogen wurde in Anlehnung an das Stressmodell von Henry & Stephens (1977) entwickelt und bei N=202 Personen einer Normstichprobe getestet. Der Fragebogen enthält ursprünglich 42 körperliche Stresssymptome. Sie werden der

- Sympathikus-Nebennierenmark-Achse (SNA) und der
- Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse (HNA)

zugeordnet.

Itemanalysen zeigten, dass eine durchgängige Zuordnung der Items zu den beiden Skalen nicht möglich war. Das führte zur Erstellung einer dritten Skala:

- Allgemeine Somatisierungstendenz (AS).

Im Modellprojekt wurde ein Fragebogen mit 23 Items verwendet. Die Skala SNA enthält 10 Items, die Skala HNA 5 Items, die Skala AS umfasst 8 Items. Die Reliabilitätsschätzungen und Interkorrelationen der Subtests sowie die konvergenten und diskriminanten Trennschärfen von N=202 Personen der Normierungsstichprobe finden sich in der folgenden Tabelle.

Reliabilitäten und Interkorrelationen des Stressbeschwerdebogens			
	HNA	SNA	AS
HNA	0.786	0.38	0.56
SNA		0.780	0.68
AS			0.699
Konvergente (*) und diskriminante Trennschärfen der Subtest			
Wenn ich im Stress bin, habe ich folgende Beschwerden:	HNA	SNA	AS
24 : Verlust der Tatkraft	0.648*	0.275	0.418
11 : Erschöpfbarkeit	0.555*	0.336	0.438
30 : niedergeschlagene Stimmung	0.548*	0.248	0.398
13 : Konzentrationsschwierigkeiten	0.539*	0.254	0.317
33 : Schwächegefühl	0.525*	0.278	0.465?
6 : Rückenschmerzen	0.220	0.528*	0.386
36 : Nacken oder Schulterschmerzen	0.254	0.503*	0.370
21 : Gliederschmerzen	0.342	0.487*	0.512?
16 : Blähungen	0.136	0.466*	0.414?
4 : Aufstoßen	0.077	0.460*	0.312
29 : Krämpfe in Armen oder Beinen	0.245	0.458*	0.418?
34 : Völlegefühl	0.260	0.449*	0.513?
15 : Kopfschmerzen	0.262	0.428*	0.365?
41 : Druckgefühl im Kopf	0.292?	0.402*	0.464?
28 : Sodbrennen	0.102	0.346*	0.239
5 : Schwindelgefühle	0.340	0.444?	0.449*
26 : Schweregefühl in den Beinen	0.401?	0.507?	0.445*
38 : Benommenheit	0.436?	0.366	0.443*
7 : Kurzatmigkeit, Atemnot	0.290	0.375?	0.428*
17 : Schmerzen in der Brust	0.325?	0.432?	0.379*
27 : Enge oder Würgen im Hals	0.236	0.273?	0.343*
9 : Bauchschmerzen	0.282?	0.374?	0.330*
22 : Verstopfung	0.225?	0.339?	0.315*
(*): korrigierte Korrelation Item mit zugehörigem Subtest (konvergente, korrigierte Trennschärfe) ( ): Korrelation Item mit fremden Subtest (diskriminante Trennschärfe) (?):kein signifikanter Unterschied der konvergenten und diskriminanten Trennschärfe (p-sig=.05) N=202 Personen Normstichprobe			

## 2.8 Beeinträchtigung in Familie, Freizeit und Beruf (Margraf & Schneider, 1990)

Erhoben wird das Ausmaß der Belastung bzw. die Einschränkung durch die vorliegenden Probleme des Patienten in verschiedenen Lebensbereichen. Der Fragebogen bzw. die Ratingskala ist eine Standardform für die Einschätzung der Beeinträchtigung in den Lebensbereichen

- *Arbeit oder Ausbildung,*
- *Freizeit bzw. Sozialleben*
- *Familienleben und häusliche Pflichten.*

3 Items, 5-fache Abstufung: gar nicht, ein wenig, mässig, schwer, massiv (kann nichts davon tun, kann nicht arbeiten).

## 2.9 Elterliches Erziehungsverhalten (Lutz, 1999)

Der Fragebogen ist eine Kurzform des Fragebogens zur elterlichen Bindung, einer Übersetzung des PBI (parental bonding instrument) von Parker, Tupling und Brown (1979), der auf der Bindungstheorie von Bowlby (1975) basiert. In jeweils getrennten Listen wird das Erziehungsverhalten des Vaters bzw. der Mutter mit identischen Items erfragt. Die Items erfragen eine fürsorgliche und unterstützende Erziehung vs. eine ablehnende und kontrollierende Erziehung.

12 Items, je 6 für Vater und Mutter.  
Mögliche Skalen:

- *Bindung zum Vater*
- *Bindung zur Mutter*
- *Positive Bindung zu den Eltern*
- *Negative Bindung zu den Eltern*

5-fache Abstufung: nie, ganz selten, ab und zu, häufig, ständig.

Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha)

Vater	Studienpatienten (N=181)	0,85
	Kurpatienten (N=71)	0,82
	BfA-Patienten (N=154)	0,85
Mutter	Studienpatienten (N=196)	0,85
	Kurpatienten (N=74)	0,81
	BfA-Patienten (N=162)	0,87

## 2.10 Soziales Umfeld (Lutz, 1999)

Ziel dieser Itemzusammenstellung ist es, nach Merkmalen des sozialen Netzes zu fragen, die einen möglichen Zusammenhang mit dem Auftreten psychosomatischer Erkrankungen aufweisen. In 4 Ratings wird erhoben, zu wie vielen Personen ein Vertrauensverhältnis bzw. ein angespanntes Verhältnis besteht. Weiterhin wird in 2 Ratings nach der Beurteilung von sozialen Beziehungen gefragt.

- *Vertrauensverhältnis*
- *gutes, freundschaftliches Verhältnis*
- *schwieriges, angespanntes Verhältnis*
- *mit wie vielen kommen sie gar nicht zurecht?*
- *Wie unterstützend sind insgesamt Ihre sozialen Beziehungen (nicht, wenig, teilweise, ziemlich, sehr)*
- *Wie belastend sind insgesamt Ihre sozialen Beziehungen (nicht bis sehr).*

## 2.11 Traumatische Lebensereignisse (Lutz, 1999)

Es sind insgesamt 14 schwerwiegende Lebensereignisse aufgeführt, wie z.B. schwere Erkrankungen, Verlust des Arbeitsplatzes oder körperliche Gewalterfahrungen. Es wird danach gefragt, ob es diese *Schicksalsschläge* gegeben hat und wenn ja, in welchem Jahr. Die Items werden einzeln ausgewertet.

## 2.12 Stressverarbeitung (Janke et al., 1985)

Der SVF ermöglicht die Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen, die bewusst oder unbewusst eingesetzt werden, um die Stressreaktion (z.B. Angst) zu reduzieren. Die ursprüngliche Version umfasst 19 Skalen, die Weiterentwicklung 20 und der SVF78 13 Skalen.

Im Modellprojekt werden nur die beiden Skalen

- *Selbstbeschuldigung (6 Items) und*
- *positive Selbstinstruktion (6 Items)*

verwendet.

Item 1: ...mache ich mir klar, dass ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen;

Item 2: ...habe ich ein schlechtes Gewissen.

Interne Konsistenz:

	positive Selbstinstruktion	Selbstbeschuldigung
Studienpatienten (N=198)	.89	.88
Kurpatienten (N=73)	.89	.89
BfA-Patienten (N=156)	.91	.91

### 2.13 Fragebogenbeantwortung (Lutz, 1999)

Fragebogen zur Kontrolle des Antwortverhaltens. Er korreliert in der Marburger Gesundheitsstudie mit einer Vielzahl von negativen Skalen.

6 Items, 4fache Abstufung (immer/fast immer, häufig, manchmal, selten/nie)

Item 4: Ich schildere nur ungern Nachteiliges von mir.

## **Fragebogen Teil 3**

### 3.2 Arztbesuche

Der Patient wird gefragt, ob er in den letzten 2 Jahren vor dem Aufenthalt in den DWK in ambulanter ärztlicher Behandlung war. Wenn ja, wird nach der Häufigkeit in den letzten 2 Wochen und in den letzten 2 Jahren vor Therapiebeginn gefragt. Als Orientierungshilfe dient die Nennung von 11 verschiedenen Facharztrichtungen plus Heilpraktiker und Psychologen.

### 3.3 Medizinische Untersuchungen

Die Frage nach den medizinischen Untersuchungen bezieht sich ebenfalls auf die 2 Jahre vor Klinikaufenthalt. 32 medizinische Untersuchungen werden vorgegeben. Es soll die Zahl der ambulanten und stationären Untersuchungen genannt werden.

### 3.4 Medikamentenkonsum

Der Patient soll beantworten, welche und wie viele Medikamente er im vergangenen Jahr regelmäßig eingenommen hat. Zur Unterstützung dient eine Liste mit den wichtigsten Medikamentenarten.



## **Fragebogen Teil 4**

### 4.2-4.5 SCL-90-R

siehe 1.6-1.9

### 4.6 Giessener Beschwerdebogen

siehe 1.12

### 4.7 Fragebogen zum emotionalen Befinden

siehe 2.2

### 4.8 Skala zum Selbstkonzept

siehe 2.6

### 4.9 Stressverarbeitungsfragebogen

siehe 2.12

### 4.10 Fragebogen zu erlebten Veränderungen (aus AT-EVA, Krampen, 1991)

AT-EVA ist ein diagnostisches und evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training, das aus 6 Teilen besteht, die aber auch separat sowie in anderen Forschungs- und Anwendungskontexten eingesetzt werden können. Der im Projekt verwendete Fragebogen zu erlebten Veränderungen (direkte Veränderungsmessung) hat 12 Items.

Zuverlässigkeit: Interne Konsistenz aller Skalen zw. .71 und .95, Testhalbierung zw. .68 und .91, Testretest zw. .68 und .91.

Interne Konsistenz bei N=185 Studienpatienten:  $r=.92$ , bei N=68 Kurpatienten:  $r=.96$ .

Gültigkeit: Befunde zur inhaltlichen Validität, Konstruktvalidität, konvergenten, diskriminanten und differentiellen Validität belegen die Gültigkeit.

Die Antwortstufen gehen von +3 starke positive Änderung, +2 mittlere positive Änderung, +1 schwache positive Änderung über 0 keine Änderung bis -1 schwache negative Änderung, -2 mittlere negative Änderung, -3 starke negative Änderung.

Beispiel Item 8: Ich habe mehr Ausdauer und gebe nicht so schnell auf.

#### 4.11 Fragebögen zu Veränderungen der individuellen Symptomatik

Sämtliche von den Patienten in der Anamneseerhebung bei Aufnahme in die Klinik erwähnten Beschwerden werden ihnen am Ende des Klinikaufenthaltes, dem damaligen Wortlaut entsprechend, erneut vorgelegt. Es erfolgt eine Einschätzung der Symptomänderung (nicht mehr vorhanden, weniger stark, genauso stark, stärker) – direkte Veränderungsmessung.

Jeder Patient erhält also seinen individuellen Fragebogen.

Es werden hier nicht nur Symptome im engeren Sinne, sondern auch als problematisch erlebte Verhaltensweisen und Charakterzüge sowie Konflikte in verschiedenen Lebensbereichen berücksichtigt. Besser wäre es, nicht mehr von Symptomen zu sprechen, sondern verallgemeinernd von „Problemen“.

Die große Vielfalt individueller Probleme wird mit Hilfe übergeordneter Problembereiche reduziert. Das erfolgt in Anlehnung an Rogner (1994) und das AMDP-System (1995). Wo es notwendig erscheint, werden nach sinnvollen Kriterien Bereiche zusammengefasst bzw. weitere Untergliederungen vorgenommen.

Die Zuordnung der individuellen Probleme zu den einzelnen Bereichen entspricht nicht der Diagnosestellung, sondern bezieht sich direkt auf betroffene Organe (z.B. Herz), Körperzonen (z.B. untere Extremitäten), Gefühle und Stimmungen (z.B. Angst oder Depression) oder auf bestimmte Lebensbereiche wie Beruf oder Familie. So werden z.B. einige der häufigsten Merkmale der Panikattacke (Herzrasen, -stolpern, Beklemmungsgefühle etc.) nicht „Angst“ sondern „Kardiorespiratorischen Störungen“ subsumiert. Diese direkte Zuordnung ist notwendig, weil die gleichen Symptome, abhängig von der Konstellation, in der sie auftreten, zu sehr unterschiedlichen Diagnosen führen können bzw. unterschiedliche Symptome die gleiche Diagnose zur Folge haben können. Letzteres kommt dadurch zustande, dass so gut wie nie von einem Patienten die gesamte Palette der zur Erstellung einer bestimmten Diagnose notwendigen Symptome abgedeckt wird. Nur bei einem derartigen Vorgehen ist es möglich, eine relativ eindeutige Zuordnung der Symptome zu den Problembereichen vorzunehmen.

Problembereiche (absteigend nach Häufigkeit des Auftretens) (Pütz, 1997):

- *Probleme mit dem Bewegungsapparat*  
davon: *Nacken-Schulter*  
*Wirbelsäule*  
*Untere Extremitäten*  
*Probleme mit dem Bewegungsapparat bzw. der Muskulatur allgemein*  
*Obere Extremitäten*
- *Depressionen, depressive Verstimmungen*
- *Arbeit, Beruf, Leistung*
- *Erschöpfung, Antriebs- und psychomotorische Störungen*
- *Kardiorespiratorische Störungen*
- *Gastrointestinale Störungen*
- *Schlaf- und Vigilanzstörungen*
- *Affektivität, Impulssteuerung*

- *Neurologische Störungen*
- *Kopfschmerzen*
- *Andere vegetative Störungen*
- *Selbstwert*
- *Allgemeine und phobische Ängste*
- *Partnerschaft und Familie*
- *Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen*
- *Appetenzstörungen*
- *Hypochondrische Befürchtungen*
- *Sozialer Rückzug*
- *Störungen sozialer Interaktion, Kontaktstörungen*
- *Soziophobie*
- *Zwänge*
- *Weitere Störungen*
- *Suizidalität*
- *Agoraphobie*
- *Drogen- und Medikamentenprobleme*
- *Formale Denkstörungen*
- *Ich-Störungen/Entfremdungserleben*
- *Orientierungsstörungen*

Von insgesamt 918 Symptomen in dieser Studie waren 397 (43,2%) unterschiedlich.

#### 4.12 Bilanzierung nach Ende der Therapie (Lutz, 1999)

Es wird nach der Veränderung im Verlauf der Therapie gefragt. Die Bilanz bezieht sich auf *körperliches und psychisches Befinden, Beschwerden, Arbeitsfähigkeit und darauf, ob sich die Behandlung gelohnt hat.*

Item 1,2: Wie hat sich Ihr körperliches/ psychisches Befinden geändert?

5fach-Abstufung/ teilweise 7fach: deutlich gebessert, etwas gebessert, nicht verändert, etwas verschlechtert, deutlich verschlechtert.

#### 4.13 Fragen zur Erreichung, Veränderung und Neubewertung von Therapiezielen (ZIELE, Lutz, 1999)

Es wird nach *Veränderungen von Zielen während der Therapie* gefragt.

Sechs Items, 4fach gestuft – stimmt, stimmt etwas, stimmt eher nicht, stimmt nicht.

Weiterhin wird gefragt, ob *insgesamt die Ziele erreicht wurden und wie zufrieden der Patient mit dem Erreichten ist.*

2 Ratings von sehr gut bis sehr schlecht bzw. sehr zufrieden bis sehr unzufrieden jeweils 7fach abgestuft (3 bis –3). Auswertung auf Itemebene.

#### 4.14 Bedingungen des Therapieerfolges (BEDING, Lutz, 1999)

Es werden mögliche Bedingungen oder Umstände aufgeführt, die während des Klinikaufenthaltes hilfreich waren oder gut getan haben.

Inhaltliche Auswertung

5fache Abstufung: sehr wichtig, wichtig, etwas wichtig, unwichtig, beeinträchtigend.

Item 1: Gespräche mit meinem Bezugstherapeuten

Item 11: Meine Situation aus der Distanz sehen.

### ***Fragebogen Teil 5***

#### 5.1 Einführung

5.2-5.5 SCL-90-R (siehe 1.6-1.9 und 4.2-4.5)

5.6 EMO (siehe 2.2 und 4.7)

5.7 GBB (siehe 1.12 und 4.6)

5.8 Individuelle Symptome (siehe 4.11)

5.9 Arztbesuche (siehe 3.2)

5.10 Medizinische Untersuchungen (siehe 3.3)

5.11 Medikamenteneinnahme (siehe 3.4)

## Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg.) (1995). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.

Appels, A. (1990). Mental precursors of myocardial infarction. *British Journal of Psychiatry* 156, 465-471.

Bartram, M. (2006). *Der Stressbeschwerdenbogen (SBB)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück.

Bartram, M. & Rogner, J. (1991, 1994). *Fragebogen zum emotionalen Befinden*. In Vorbereitung.

Bartram, M. & Rogner, J. (2000). *Vitale Erschöpfung, Depressivität und Ängstlichkeit: Analysen zur konvergenten und diskriminanten Validität der Subtests des psychosozialen Status im IRES-Fragebogen von Gerdes und Jäckel*. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück.

Bartram, M., Lehr, D., Rogner, J. & Wirth, A. (1998). Vitale Erschöpfung, Depressivität und Ängstlichkeit: Analysen zur konvergenten und diskriminanten Validität der Komponenten des psychosozialen Status im IRES. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Interdisziplinarität und Vernetzung* (S.204-206). DRV-Schriften, Bd.11. Frankfurt:DRV.

Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.

Brähler, E. & Scheer, J. (1983). *Der Gießener Beschwerdebogen (GGB)*. Handbuch. Bern: Huber.

Broda, M., Dahlbender, R.W., Schmidt, J., von Rad, M. & Schors, R. (1993). DKPM-Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 43, 214-223.

Bührten, B., Gerdes, N. & Jäckel, W.H. (2002). Der Ires-Fragebogen Version 3: Aufbau und psychometrische Testung. In Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Teilhabe durch Rehabilitation vom 4.-6. März 2002 in München. *DRV-Schriften* 2002, 33, 73-75.

Clark, L.A. (1989). The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. In Kendall, P.C., Watson, D. (eds.) *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (83-129). San Diego: Academic Press.

Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.

Franke, G.H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.

Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R Symptomcheckliste von L.R.Derogatis –Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Gerdes, N. & Jäckel, W.H. (1995). Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Die Rehabilitation*, 34, XIII-XXIV.

Gerdes, N. & Jäckel, H.W. (1992). „Indikatoren des Reha-Status (IRES)“ – Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und –erfolg. *Die Rehabilitation*, 31, 73-79.

Henry, J.P. & Stephens, P.M. (1977). *Stress, health, and the social environment: a sociobiologic approach to medicine*. New York: Springer.

Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1985). *Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (1991). *Diagnostisches und evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA)*. Göttingen: Hogrefe.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.

Lutz, R. (1999). Bilanzfragebogen am Ende der Therapie (MR BIL). In R.Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*.unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R. (1999). Fragen zur Erreichung, Veränderung und Neubewertung von Therapiezielen (ZIELE). In R.Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*.unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R. (1999). Bedingungen des Therapieerfolges (BEDING). In R. Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*.unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R. (1999). Domänen Fragebogen. In R.Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*. unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R. (1999). FTM – Fragebogen zur Therapiemotivation. In R. Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*. unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R. (1999). Fragebogen zur Selbstbeschreibung (Mr-Selb). In R.Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*. unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R., Heyn, C. & Kommer, D. (1995). Der Fragebogen zur elterlichen Bindung. In R.Lutz, & N. Mark (Hg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S.183-199). Göttingen: Hogrefe.

Lutz, R. (1999). Fragen zum sozialen Umfeld (MR SOZ). In R. Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*. unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R. (1999). Fragen zu traumatischen Lebensereignissen (MR TRAUMA). In: R. Lutz, *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*. unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Lutz, R. (1999). Fragebogen zur Fragebogenbeantwortung (MR OFFEN). In R. Lutz *Marburger Untersuchungsinstrumentarium (MUM)*. unveröffentlicht, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik-Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.

Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

Pütz, B. (1997). *Psychosomatik und Verhaltensmedizin. Psychosomatische Zusammenhänge und die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie*. Münster: LIT-Verlag.

Richter, P., Werner, J. & Bastine, R. (1994) Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventar (BDI). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 3-19.

Rogner, J. (1994). Ein Jahr nach Abschluss einer analytischen Adlerianischen Psychotherapie II: Veränderungen der Symptomatik. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 19, 318-326.

Schneider, W., Basler, H.D. & Beisenherz, D. (1989). *Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation*. Weinheim: Beltz.

Ullrich, M. & Ullrich de Muynck, M. (1977). *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß. Testmanual Emi-B*. München: Pfeiffer.