

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar

Wirksamkeit und Nachhaltigkeit stationärer Psychotherapie bei depressiv erkrankten Patienten

Ein Katamneseprojekt der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie des Klinikum Harlaching

Angelika Hautum

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Dr. D. R. Huber
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 24.09.2008 bei der Technischen Universität München eingereicht
und durch die Fakultät für Medizin am 24.06.2009 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung in die Fragestellung	3
1.1	Stationäre Psychotherapie.....	4
1.1.1	Strukturmerkmale stationärer Psychotherapie	4
1.1.2	Evaluation, Psychotherapieforschung	6
1.1.3	Stationäre Psychotherapie, Klinikum Harlaching.....	8
1.2	Depression	10
1.2.1	Epidemiologie, Pathogenese	11
1.2.2	Therapie	12
2	Katamnesestudie Harlaching, experimentelle Fragestellung	16
3	Methode	17
3.1	Studiendesign	17
3.2	Datenquellen	18
3.2.1	Basisdokumentation	18
3.2.2	Katamneseunterlagen.....	20
3.3	Messinstrumente	21
3.3.1	Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis, SCL-90-R	22
3.3.2	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP-D	23
3.3.3	Therapieziele	25
3.3.4	Helping Alliance Questionnaire, HAQ	26
3.3.5	Global Assessment of Functioning Scale, GAF.....	26
3.3.6	Beeinträchtigungs-Schwere-Score, BSS.....	27
3.3.7	Clinical Global Impression, CGI	27
3.3.8	Individuelle Fragebögen.....	27
3.4	Stichprobe	28
3.4.1	Soziodemographische Zusammensetzung	29
3.4.2	Diagnosen, Symptombelastung	30
3.4.3	Motivation	34
3.4.4	Krankheitsverlauf, Vorbehandlung	34
3.5	Therapie	36
3.5.1	Art und Umfang der psychotherapeutischen Maßnahmen	36
3.5.2	Therapieabschluss.....	39
3.6	Bewertung des Therapieergebnisses.....	40
3.6.1	Therapiebeurteilung.....	40
3.6.2	Effektstärken.....	42
3.6.3	Klinische Signifikanz.....	43
3.6.4	Statistisches Vorgehen	45
4	Ergebnisse	47
4.1	Belastungen und ihre Veränderung	47
4.1.1	Veränderung der multiplen Symptomatik SCL-90-R.....	47
4.1.2	Veränderung der interpersonalen Probleme IIP-D	52
4.1.3	Veränderung der Belastungsschwere (GAF, BSS).....	55
4.2	Bewertung der stationären Behandlung	57
4.2.1	Fremdbeurteilung durch die Therapeuten	57
4.2.2	Selbstbeurteilung durch die Patienten.....	58

4.2.3	Beurteilung der therapeutischen Beziehung, HAQ.....	58
4.2.4	Beurteilung der individuellen Therapieziele.....	59
4.2.5	Beurteilung der Therapien	59
4.3	Katamnesezeitraum.....	60
4.3.1	Unterstützung	60
4.3.2	Veränderung der Lebenssituation	61
4.3.3	Weitere Behandlungen	62
4.3.4	Befinden der Patienten	63
4.3.5	Therapieziele	63
4.4	Ergebnisvergleich, Änderungsmaße im Vergleich.....	64
4.4.1	Abbildungseigenschaften verschiedener Bewertungen im Vergleich.....	64
4.4.2	Korrelation der Bewertungen und Symptomveränderungen.....	66
4.4.3	Vergleich der Effektstärken.....	67
4.5	Stabilität der Ergebnisse	68
4.6	Einflussfaktoren auf Behandlungserfolg und –stabilität.....	71
4.6.1	Unterschiede bei den Untergruppen der Depression	72
4.6.2	Einfluss von Therapiedauer und Krankheitsverlauf	74
4.6.3	Einfluss der Motivation.....	74
4.6.4	Einfluss soziodemographischer Daten.....	76
4.6.4.1	Geschlecht.....	76
4.6.4.2	Schulabschluss.....	84
4.6.4.3	Alter	85
4.6.4.4	Änderung der Partnersituation	86
4.6.5	Einfluss der Belastungsschwere auf Ergebnisse.....	87
4.6.6	Einfluss der Unterstützung.....	87
4.7	Zusammenfassung der Ergebnisse	90
5	Diskussion der Ergebnisse	93
5.1	Wertung des methodischen Vorgehens	93
5.2	Stationäre Psychotherapie, eine wirksame Therapieform bei Depressionen.....	94
5.3	Wertung im Vergleich mit anderen Studien.....	96
5.4	Stabilität der Ergebnisse	98
5.5	Prädiktoren des Therapieerfolges.....	98
5.5.1	Unterschiedliche Effekte bei Männern und Frauen.....	99
5.5.2	Einfluss der Faktoren Krankheitsdauer, Aufenthaltsdauer.....	99
5.5.3	Unterstützung durch Angehörige	100
5.6	Persönliche Mitteilungen der Patienten.....	100
5.7	Resümee, Ausblick.....	101
6	Zusammenfassung	102
7	Abbildungs-, Tabellenverzeichnis	103
8	Literaturverzeichnis.....	108
9	Anhang	115

1 Einführung in die Fragestellung

Die Diagnose „Depression“ nimmt in ihrer Häufigkeit in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich und deutlich zu. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Prozess auch in Zukunft fortsetzen wird (Leuzinger-Bohleber, 2005). In Forschungsergebnissen wird von einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 20% weltweit ausgegangen (Laux, 2005; Hartkamp & Franz, 2007). Zurzeit leiden weltweit über 300 Millionen Menschen an klinisch relevanten Depressionen (Böker, 2005), in Deutschland allein 8 Millionen. Nach Schätzungen der WHO werden Depressionen 2020 weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit nach ischämischen Herzerkrankungen sein (Bundesministerium für Gesundheit, 2006; Böker, 2005).

In Deutschland suchen ca. 50% der Depressiven einen Arzt auf, 2,2 % der Patienten begeben sich vorübergehend in stationäre Behandlung. Anhand der großen Patientenzahlen lässt sich abschätzen, dass Depressionen enorme Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes fielen 2002 ca. 4 Milliarden Euro direkter Kosten an, wobei der Anteil an indirekten Kosten für die Gesellschaft in amerikanischen Untersuchungen zwischen 69% und 95% der direkten Kosten angegeben wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2006).

Aufgrund der oben dargelegten alarmierenden Zahlen (sowohl Anzahl der Patienten als auch volkswirtschaftliche Kosten) ergibt sich die Dringlichkeit, sich mit den Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen, sowie deren Effektivität und Effizienz auseinanderzusetzen.

Zur Therapie von Depressionen stehen eine ganze Reihe von Behandlungsmöglichkeiten, wie Pharmakotherapie, kurzpsychotherapeutische kognitiv-behaviorale und psychodynamische Therapien, Psychoanalysen und stationäre Psychotherapien, zur Verfügung. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Therapieergebnisse in vielen Fällen nicht dauerhaft stabil sind, d.h. dass keine komplette Remission eintritt, sondern etwa die Hälfte aller Patienten im Laufe eines Jahres einen Rückfall erleidet, langfristig liegt das Rückfallrisiko bei 80 – 90% (Böker, 2005). Trotz der vielen Behandlungsmöglichkeiten nehmen 20 - 30% der depressiven Störungen einen chronischen Verlauf an (Leuzinger-Bohleber, 2005).

Mit der vorliegenden Katamnesestudie soll die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit stationärer Psychotherapie bei Depressionen am Beispiel von Behandlungsergebnissen des Klinikum Harlaching in München, einer psychosomatischen Akutklinik, empirisch untersucht werden.

1.1 Stationäre Psychotherapie

1.1.1 Strukturmerkmale stationärer Psychotherapie

Psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche deren körperliche, seelische und soziale Probleme gleich ernst nimmt (Uexküll, 1994).

Die stationäre psychotherapeutische Versorgung von Patienten hat in Deutschland eine lange Tradition. Bereits in den 20er Jahren wurde die erste psychoanalytische Klinik in Berlin gegründet (Wolfersdorf et al., 2004).

In den letzten 50 Jahren wurden die psychosomatischen, psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen sukzessive ausgebaut, so dass im Jahr 2005 im Krankenhausbereich 75 Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit ca. 4000 Betten, sowie 158 Kliniken für psychosomatische Rehabilitation mit ca. 14.000 Betten zur Verfügung standen (Hildenbrand & Janssen, 2005). Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bestehen derzeit als psychosomatische Universitätskliniken, an einzelnen nicht universitären Allgemeinkrankenhäusern und als Fachkliniken im Status von Rehabilitationskliniken (Janssen et al., 1998). Eine flächendeckende Regelversorgung gibt es für das Fachgebiet in Deutschland bisher nicht (Cruppe de, 2005).

Vom Gesetzgeber werden eben diese beiden unterschiedlichen Versorgungsstrukturen differenziert, zum einen die stationäre Akutversorgung nach § 107 SGB V, zum anderen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V (Wolfersdorf et al., 2004). Entsprechend der Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) ist die Krankenhausbehandlung (Akutbehandlung) kausal orientiert und strebt somit eine Heilung, bzw. Linderung an. Rehabilitationsbehandlungen sind im Gegensatz hierzu darauf ausgerichtet Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zu verringern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Hildenbrand, 2003). Die Akutbehandlung beträgt derzeit knapp $\frac{1}{4}$ der zur Verfügung stehenden stationären Psychotherapieplätze.

Die stationäre Psychotherapie in Deutschland hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse. Sie verstand sich lange Zeit als medizinische Form angewandter Psychoanalyse (Rad von et al., 1994). Hieraus entwickelten sich insbesondere in den letzten Jahrzehnten psychodynamische, modifiziert psychoanalytische Konzepte, sowie seit jüngerer Zeit auch ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen. Die heutigen Konzepte der stationären Psychotherapie werden als multimedial (neben Einzel – und Gruppentherapien kommen auch Gestaltungs- Bewegungs-,

Körper-, Musiktherapie etc. zur Anwendung) und multimethodal (unterschiedliche, schulendifferente Therapieansätze, sowohl kombiniert als auch integriert) beschrieben. Im Mittelpunkt dieser Konzepte steht die ganzheitliche Betrachtungsweise des Patienten (Zaudig, 2004). Stationäre psychosomatische Behandlung bedeutet demnach nicht die Durchführung ambulanter Maßnahmen im stationären Rahmen, sondern hat ihr eigenständiges Konzept, zu dessen wesentlichen Merkmalen neben den oben erwähnten multimodalen und multimethodalen Ansätzen die Einbeziehung des Patienten in die therapeutische Gemeinschaft der Mitpatienten gehört. Auf einer Station besteht zudem ein struktur- und schutzbietender Rahmen, der auch durch seine Distanz zum Alltag und zur Familie und durch die kontinuierliche Ansprechbarkeit einer professionellen Hilfe einen wichtigen Beitrag zum Heilungsprozess darstellen kann (Zeek, 2003; Junge & Ahrens, 1996).

Die psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat traditionell ihren Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung, und es gilt auch ambulant vor stationär. Trotzdem gibt es immer wieder Fälle, in denen die ambulante Versorgung an ihre Grenzen stößt. Indikationen für einen stationären Aufenthalt sind im Wesentlichen (Hildenbrand & Janssen, 2005; Zaudig, 2004):

- die Therapie soll hinsichtlich Struktur, Frequenz und Dichte der Behandlung in einem geschützten Rahmen unter ständiger ärztlicher Überwachung stattfinden
- psychosoziale Dekompensation des Patienten mit erheblichen Krisen und Selbstgefährdungen
- Komplexität der Probleme und Störungen
- erhebliche somatische und psychische Komorbidität
- Art (Diagnose) und Schweregrad der Störungen
- Abklärung bzw. Stellung von Diagnosen
- Versagen ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlungen oder auch Fehlen ambulante Therapiealternativen
- Spezialisierung der Abteilungen und besondere Störungen
- Besondere Intensität und Komplexität der Behandlung somato-psychischer Erkrankungen
- Herausnahme aus einem pathogenen Milieu
- Erfordernis eines multimodalen und interdisziplinären stationären Therapieangebotes

Ausschlusskriterien für eine psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung sind im allgemeinen (Hildenbrand, 2003):

- akute psychotische Dekompensation
- akute Suizidalität
- nicht kontrollierbares süchtiges Verhalten
- akute hirnorganische Psychosen oder chronifizierte hirnorganische Abbauprozesse

Das Diagnosespektrum der psychosomatischen Kliniken setzt sich vorherrschend aus den ICD-10 Kategorien F3 (affektive Störungen), F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F5 (Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren) und F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zusammen, wobei die affektiven Störungen die häufigste Erstdiagnose (33-50%) darstellt. Ein Viertel der Patienten weisen F4 Diagnosen, jeweils 10-20 % F5 und F6 Diagnosen auf. Nebendiagnosen, und Komorbidität sind häufig anzutreffen (Zaudig, 2004).

Die Indikation zur stationären Psychotherapie wird besonders nach Krisen, bzw. Dekompensation, und gescheiterten ambulanten Behandlungsversuchen als ultimo ratio, bzw. Therapieversuch im Intensivsetting gestellt (Rudolf, 2004). Hierbei ist das Behandlungsziel oft nicht die definitive „Heilung“ des Patienten, sondern eine Symptomreduzierung. Zudem soll der Patient durch die Erschließung der eignen Problematik, dem Erlernen von Bewältigungsstrategien sowie der Übernahme der Verantwortung für sich selbst, „ambulant therapiefähig“ gemacht werden (Rudolf, 1994).

1.1.2 Evaluation, Psychotherapieforschung

Die Sicherstellung, Überprüfung und Gewährleistung der Leistungsqualität in der Psychotherapie und Psychosomatik, in Forschung und Praxis, ist ein vieldiskutiertes Thema und im Rahmen der immer wichtiger, und in der Öffentlichkeit immer präsenter werdenden Kostendiskussion im Gesundheitswesen, wesentlicher Bestandteil eines Qualitätssicherungs- und -managementsystems.

Qualitätssicherung ist seit 1989 für das bundesdeutsche Gesundheitswesen gesetzlich vorgeschrieben (§137f SGB V, Senst et al., 2000). In diesem Zusammenhang wurde 1993 von Broda et al. (Broda et al., 1993) eine Basisdokumentation für die stationäre Psychotherapie vorgeschlagen, die sich vor allem bei der Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität bewährt hat. Diese Dokumentation bietet auch die Möglichkeit zur Praxisforschung. Qualitätssicherung und Evaluationsforschung sind eng miteinander verknüpfte Ge-

biote, die die Wirksamkeit und Effizienz von therapeutischen Maßnahmen nachweisen und gewährleisten sollen (Zielke et al., 2004).

Die Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapien der unterschiedlichen Schulen steht immer wieder im Mittelpunkt der Forschung. Kontrollierte Studien haben zwar die Wirksamkeit von Psychotherapien im Allgemeinen nachweisen können, ein substantieller Unterschied zwischen den einzelnen Therapieformen konnte jedoch nicht herausgefunden werden. In der aktuellen Psychotherapieforschung spielt zudem die Frage, welche Art von Studien (kontrollierte randomisierte versus naturalistischen, bzw. Labor versus Feld) zur Beurteilung erforderlich sind, eine große Rolle (Leichsenring, 2004). Kontrollierte, prospektive Studien sichern eine hohe interne Validität, stehen jedoch oft im Widerspruch mit der therapeutischen Praxis in der Klinik. Naturalistische, meist retrospektive Studiendesigns weisen hingegen eine höhere externe Validität auf, sind jedoch weniger geeignet die Effizienz einer therapeutischen Behandlung nachzuweisen (Huber et al., 2003). In der bisherigen Forschung werden meist künstliche Studiendesigns eingesetzt, obwohl naturalistische Studien den realistischen Bedingungen in der psychotherapeutischen Praxis eher Rechnung tragen können (Schauenburg et al., 2001).

Stationäre Psychotherapie spielt in Deutschland bei der Versorgung von Patienten eine große Rolle, sie wird als eigenständiges, integratives Therapieverfahren mit jeweils psychodynamischem oder verhaltenstherapeutischem Akzent beschrieben (Rudolf et al., 1988). Nach der Erfahrung aller, die in der stationären Psychotherapie gearbeitet haben, sowie nach dem Stand der Literatur, ist sie ein effektives Therapieverfahren (Rudolf et al., 2004). Eine Evaluation der stationären Psychotherapie erweist sich jedoch insbesondere wegen des multimodalen, multimethodalen Vorgehens, der inhomogenen Patientenpopulation und der häufig anzutreffenden Multimorbidität als schwierig. Der wissenschaftliche Nachweis der klinischen Effektivität (Therapieergebnis, bzw. Wirksamkeit in der stationären Routine) und der Effizienz (Ergebnisse die in Forschungssitzungen erreicht werden) von Therapien ist jedoch in der heutigen Zeit, die geprägt ist von Kosten-Nutzen Analysen, unverzichtbar (Roth & Fonagy, 2005).

Insgesamt stehen für den Bereich der stationären psychosomatischen Psychotherapie eine Reihe von Outcome-Studien (siehe Tabelle 1) zur Verfügung, die durchweg hohe Effektstärken für die Behandlungen aufweisen, und so die Effektivität stationärer Psychotherapie belegen.

Autor, Studie	Patientenzahl	Art der Therapie, Einrichtung	Ergebnis
Heidelberger Katamneseprojekt (Rad von et al., 1998)	208	Psychosomatische Klinik, 1 Jahreskatamnese,	Stabile Ergebnisse, ca. 50% Erfolg
Berliner Psychotherapie- studie (Rudolf et al., 1988)	151	Praxen und Kliniken psychoanaly- tisch Katamnese ¾ Jahr	¾ gebessert
Zauberberg Studie (Lamprecht & Schmidt, 1990)	205	Rehabilitationsklinik psychodyna- misch Katamnese	67% gebessert
Sandweg et al., (1991)	1088	Rehabilitationsklinik psychodyna- misch, 3 Jahres Katamnese,	67% gebessert, Katamnese stabil
Paar & Kriebel, (1998)		Rehabilitationskliniken, Verhalten - Psychoanalytisch	Effektstärken zwischen 0,36 und 0,93
Nosper, (1999)	266	Rehabilitationsklinik 6 Wochen Katamnese	54% gebessert
Franz et al., (2000)	495	3 Stat. Akutkliniken, tiefenpsycho- logisch, keine Katamnese	Effektstärken um 0,84 55 % gebessert
Rudolf et al., (2004)	312	Stationär, psychodynamisch, 6-9 Monatskatamnese	80% zufrieden
Junge & Ahrens, (1996)	164	Stationär psychodynamisch, 1 Jahres Katamnese	85% gebessert
Bauer et al. (2005)	59	Stationär, psychodynamische, 2-5 Jahres Katamnese	stabile Ergebnisse
Franke et al. (2005)	64	Stationär, psychodynamisch, 1 Jahres Katamnese	77% gebessert,
Mestel (1999)	800	Rehabilitationsklinik psychodyna- misch, 3 Jahres Katamnese,	63% gebessert
Bassler et al., (1995)	295	Stationär psychodynamisch	56% gebessert

Tabelle 1: Zusammenstellung von Studien zur stationären Psychotherapie

Die Wirksamkeit von stationären Psychotherapien für gemischte Störungen ist somit in zahlreichen Studien dokumentiert. Für die Wirksamkeit im Bereich einzelner Störungsbilder stehen allerdings kaum Studien zur Verfügung.

1.1.3 Stationäre Psychotherapie, Klinikum Harlaching

In der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Harlaching werden Erwachsene, Kinder und Jugendliche behandelt.

Zur Abteilung gehören drei Stationen für Erwachsene, die Behandlungseinheit Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters mit einer Tagesklinik, sowie eine Tagesklinik für Erwachsene mit intensivem Tagesprogramm von Montag bis Freitag.

Behandelt werden Menschen in akuten seelischen Krisen, mit Ängsten, Depressionen, bestimmten Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, funktionellen psychosomatischen Beschwerden von Krankheitswert (somatoforme Störungen), psychosomatischen Erkrankungen mit Organbefund sowie mit behandlungsbedürftigen seelischen Folgen aufgrund körperlicher Erkrankung oder nach Trauma (Tabelle 2).

Einige Krankheitsbilder werden in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht behandelt. Dazu zählen z.B. schwerwiegende Suchterkrankungen und psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, körperlich begründbare psychiatrische Störungen und hirnorganische Erkrankungen, wie z.B. Demenzen.

Akute seelische Krisen
Seelische Störungen wie Angst- und Panikzustände, Soziale Phobien oder Depressionen
Persönlichkeitsstörungen wie z.B. die Borderline-Persönlichkeitsstörung
Posttraumatische Belastungsstörungen
Essstörungen
Psychosomatische Störungen (körperliche Störungen ohne krankhaften oder ausreichend erklärenden Organbefund)
Psychosomatische Erkrankungen mit Organbefund, bei denen nach derzeitigem Kenntnisstand eine seelische Mitverursachung in der Entstehung oder Aufrechterhaltung der Erkrankung besteht
Psychische Folgeprobleme bestimmter körperlicher Erkrankungen
Interaktions- und Beziehungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Tabelle 2: Behandlungsspektrum der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching

Ein Team aus ärztlichen Fachpsychotherapeuten, psychologischen Fachpsychotherapeuten, Therapeuten für Kunst- und Konzentrierte Bewegungstherapie, Krankenschwestern und -pflegern sowie Sozialpädagoginnen stehen zur Behandlung zur Verfügung.

Die hauptsächlich eingesetzten Psychotherapieverfahren orientieren sich an der Psychoanalyse. Elemente anderer Therapieverfahren fließen im Einzelfall in die Behandlung mit ein. Das Ziel ist es, Einsicht und einen gefühlsmäßigen Zugang zu den manchmal verborgenen Ursachen und Bedingungen eines Leidens zu gewinnen, und so innerseelische Konflikte und Probleme im privaten oder beruflichen Umfeld einer Lösung zuzuführen. Andere Therapieelemente haben mehr übenden Charakter oder sprechen das Körpererleben oder kreative

Ausdrucksmöglichkeiten an (Tabelle 3). Mitentscheidend ist dabei immer auch die aktive Mitarbeit des Patienten.

Einzel- und Gruppentherapie
Paar- und Familientherapie
Konzentrierte Bewegungstherapie
Kunsttherapie
Kreativwerkstatt
Training der Sozialen Kompetenz
Bezugspflegegespräche
Sport- und Kreativangebote
verhaltenstherapeutische und übende Techniken , z.B. Angstexpositionstraining, Essbegleitung
Fertigkeitstraining (skills training)
Psychoedukation
Imaginative traumaspezifische Stabilisierungstechniken
EMDR bei posttraumatischen Belastungsstörungen
Entspannungsverfahren, vor allem Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
Beratung bei sozialen und beruflichen Problemen durch Sozialpädagoginnen
Musiktherapie für Kinder und Jugendliche

Tabelle 3: Therapiespektrum der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching

Zur Behandlung gehört auch eine allgemeinmedizinische Betreuung mit körperlicher Untersuchung und Laboruntersuchungen. Bei medizinischer Notwendigkeit werden auch andere im Klinikumsverbund vorgehaltenen Fachabteilungen wie Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie etc. hinzugezogen.

1.2 Depression

Depressive Erkrankungen werden zu den affektiven Störungen, krankhaften Veränderungen der Stimmung (Affekt), der Interessen und des Antriebs, gerechnet. Ihnen kommt im Rahmen dieser Störungen die größte Bedeutung bei.

Bei Depressionen handelt es sich um ein vielgesichtiges Krankheitsbild, im Wesentlichen gekennzeichnet durch Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionaler Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und zahlreicher körperlicher Beschwerden. Sie können als einmalige Episode, rezidivierend oder anhaltende depressive Verstimmung in Erscheinung treten (Laux, 2005).

Viele der oben genannten Beschwerden kennen die meisten Menschen im Rahmen von normalen Reaktionen auf Erfahrungen, wie Verlust, Zeiten der Ziellosigkeit usw.. Wann und wodurch diese Symptome jedoch die Grenze von Normalität zu Krankheit überschreiten ist

im Einzelfall zu klären. Die Diagnose einer depressiven Störung ist daher, auch aufgrund der Vielseitigkeit der Symptome oft schwierig zu stellen.

Um vergleichende Untersuchungen und Forschung, sowie störungsspezifische Interventionen zu ermöglichen wird eine operationalisierte und objektivierte Diagnostik angestrebt (Lairer, 1998). Diese erfolgt derzeit in Deutschland anhand der durch die Weltgesundheitsorganisation vorgelegten „International Classification of Diseases“ (ICD-10) (WHO, 1992). Die affektiven Störungen werden hierin als F3 verschlüsselte Störungsgruppe zusammengefasst. Parallel hierzu ist gegenwärtig weltweit das amerikanische „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) (Saß, 1998) verbreitet.

Bei den neuen Klassifikationen wurde die alte Einteilung der affektiven Störungen nach deren Ursachen (psychogen, endogen, somatogen) verlassen. Die Einteilung erfolgt heute nach klinischen und psychosozialen Kriterien (Schweregrad, Verlauf etc.) (Laux, 2005).

Von den depressiven F3 Störungen sind Anpassungsstörungen (F43) in Form von Trauerreaktionen etc., Postpartum Depression (F53.0) und organische affektive Störungen (F06.3) abzugrenzen.

Depressive Störungen weisen in vielen Fällen eine oder mehrere Komorbiditäten auf (Battman & Fonagy, 1999; Leuzinger-Bohleber, 2005). Häufig sind das gleichzeitige Vorkommen von Depressionen mit Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Zwängen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzmißbrauch, sowie somatischen Störungen um nur einige zu nennen. Besondere Bedeutung kommt dem gleichzeitigen Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei.

Wie in vielen Studien unterstrichen wird, ist es daher wichtig auf die Komplexität und Variabilität von depressiven Störungen einzugehen, und diese sowohl bei der Diagnostik, als auch der Behandlung zu berücksichtigen (Leuzinger-Bohleber, 2005).

1.2.1 Epidemiologie, Pathogenese

Nur ein Teil der an Depressionen leidenden Bevölkerung sucht auch einen Arzt auf (ca. 50%), und ca. 50% der Depressionen werden vom Allgemeinarzt nicht als solche erkannt (Fonagy et al., 2005; Laux, 2005; Böker & Gramigna, 2002). Es ist daher schwierig Punkt- bzw. Lebenszeitprävalenzen für diese Krankheit anzugeben. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken wird im Bereich von 4,4% bis 20% (Fonagy et al., 2005; Laux, 2005) angegeben. Die meisten Arbeiten gehen jedoch eher von hohen Zahlen im Bereich von 17-20% aus. Sie ist für Frauen ca. doppelt so groß wie für Männer.

Einigkeit herrscht auch in der Annahme, dass die Prävalenz, speziell in jüngerem Alter zunimmt (Fonagy et al., 2005).

Angesichts dieser Tatsache werden die Ursachen, gegebenenfalls auch gesellschaftliche Ursachen kontrovers diskutiert. So wird die Zunahme von Depressionen von einigen Autoren als Kehrseite der kapitalistischen Gesellschaft, eine Reaktion auf das Zusammenbrechen von Familienstrukturen, traditioneller Sinn- und Wertesysteme gesehen (Hau, 2005; Leuzinger-Bohleber, 2005).

Die Entstehung depressiver Erkrankungen ist auf Grund ihrer Heterogenität und Variabilität im Sinne eines Vulnerabilitätskonzeptes als multifaktorielles Geschehen anzusehen.

In empirischen Studien wurden genetische, neurobiologische sowie psychologische Faktoren nachgewiesen. Kritische „Life events“ finden sich häufig im Vorfeld von Depressionen (Laux, 2005). Darüber hinaus heben sich je nach theoretischer Grundannahme und klinischer Zugangswise verschiedene Erklärungsmodelle voneinander ab. Kognitiv- behavioristische Modellvorstellungen sehen eine negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft, sowie das Konzept der gelernten Hilflosigkeit im Zentrum der Depressionsentstehung.

Psychodynamisch-psychoanalytische Modellvorstellungen, sehen die Entstehung von depressiven Erkrankungen hingegen in Zusammenhang mit Entwicklungsprozessen, vor allem mit Fehlentwicklungen im Bereich des Selbst- und Identifikationsgefühls, sowie der Fähigkeit befriedigende interpersonale Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten (Leuzinger-Bohleber, 2005). Diese interpersonalen Schwierigkeiten depressiver Patienten entstehen oft im Zusammenhang mit konflikthaften Beziehungen, die dann wieder von der depressiven Symptomatik beeinflusst werden (Hildenbrand, 2003).

Depression wird als multifaktorielles Geschehen verstanden, an dem konstitutionelle Faktoren, biologische Vulnerabilität, ungünstige Früherfahrungen und aktuelle gesellschaftliche Umstände beteiligt sind.

1.2.2 Therapie

Für die Therapie von depressiven Störungen stehen verschiedene Psycho- wie auch Pharmakotherapien, sowie Kombinationen aus beiden zur Verfügung. Trotzdem wird etwa die Hälfte der Patienten im Lauf eines Jahres nach Remission rückfällig. Langfristig liegt das Rückfallrisiko bei 80 -90 % (Böker & Gramigna, 2002). 20% der Patienten entwickeln eine chronische Depression, die eine besondere Herausforderung an die Therapie stellt.

Zur pharmakologischen Behandlung stehen derzeit in Deutschland verschiedene Antidepressiva, sowie verschiedene therapeutische Behandlungsstrategien zur Verfügung. Bis zu

30% der depressiven Patienten sprechen jedoch nicht auf Psychopharmaka an, über 2 Jahre hinweg haben die Patienten eine Rückfallwahrscheinlichkeit von 80% (Leuzinger-Bohleber, 2005; Wolfersdorf & Heindl, 2004). Von verschiedenen Autoren werden daher Psychotherapien als Alternative zur psychiatrischen Pharmakotherapie bei der Behandlung der Depressionen empfohlen.

Im Bereich der Depressionsbehandlung werden folgende Psychotherapieverfahren, sowohl ambulant als auch stationär, unterschieden und eingesetzt:

- kognitive Verhaltenstherapien (CBT)
- interpersonale Psychotherapie (IPT)
- psychodynamische Kurztherapie (STPP)
- psychodynamische Langzeittherapien
- Gruppentherapien.

In vergleichenden Studien konnte sowohl die Wirksamkeit von Pharmakotherapien als auch Psychotherapien nachgewiesen werden. Eine Überlegenheit einer Therapieform konnte jedoch nicht aufgezeigt werden, zudem fehlen Untersuchungen, die eine längerfristige (über 18 Monate hinausgehende) Remission nachweisen (Böker, 2005; Fonagy et al., 2005; Leichsenring, 2002). Bedauerlicherweise stehen im Bereich der psychodynamischen, psychoanalytischen Therapien im Verhältnis zu der großen Verbreitung dieser Therapieform bei der Behandlung von depressiven Erkrankungen, wenig Studien zu Verfügung (Fonagy et al., 2005; Böker & Gramigna, 2002).

Der überwiegende Teil der Psychotherapiestudien im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen zum Nachweis der Wirksamkeit einer bestimmten Therapieform steht im Bereich von ambulanten Therapien zur Verfügung, hier wiederum im Bereich von kurzzeitigen Therapien.

Studie	Therapieform	Ergebnis
NIMH, Elkin et al. (1989); Elkin (1994)*	Vergleichende Forschung, CBT, IPT, Pharmakotherapie	Keine Unterschiede zwischen den Psychotherapieformen, bei schweren Depressionen Pharmakotherapie überlegen
NIMH 18 Monats Katamnese Shea et al. (1992)*	Vergleichende Forschung, CBT, IPT, Pharmakotherapie	Psychotherapie wirksamer als Pharmakotherapie
Thase et al. (1997), Metaanalyse*	Psychotherapie, Pharmakotherapie	Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie für schwere Depressionen
Gloaguen et al. (1998), Metaanalyse*	CBT, Pharmakotherapie	CBT wirksam bei leichten und mittleren Depressionen
Hautzinger et al. (1996), Klinik und ambulant	CBT / Pharmakotherapie	CBT und Pharmakotherapie gleich wirksam, CBT und Kombinationstherapie nachhaltiger
Grawe (1994)*	CBT / STPP	CBT wirksamer als STPP
Crits Christoph (1992), Gerson et al. (1999), Metaanalysen*	CBT / STPP	CBT und STPP gleich wirksam
Leichsenring (2001), Metaanalyse	CBT / STPP	CBT und STPP gleich wirksam
Keller et al. (2000)*	CBT / Pharmakotherapie	Kombination aus CBT und Pharmakotherapie für schwere Depressionen
de Jonghe et al. (1999), Burnand et al (2002)*	Psychoanalytische Therapie / Pharmakotherapie	Kombinationstherapie wirksamer als Pharmakotherapie
Barkham et al. (1996), Shapiro et al. (1994)**	STPP	Wirksame Therapieform
TADS, The Treatment of Adolescents with Depression Study, March et al. (2007)	CBT / Pharmakotherapie	Kombinationstherapie wirksam
Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie, Praxisstudie, Depressionen und Angststörungen Brockmann et al (2001)	Psychoanalytische Langzeittherapien/ CBT	Psychoanalytische Langzeittherapien und CBT wirksam
Mestel et al. (2004), (retrospektiv naturalistische Studie)	Stationäre Psychotherapie	Wirksame und nachhaltige Therapieform
Rudolf et al. (2004), gemischte Störungen, störungsspezifische Auswertung (retrospektiv naturalistische Studie)	Stationäre Psychotherapie	Wirksame und nachhaltige Therapieform
Wolfersdorf et al. (2004) (retrospektiv naturalistische Studie)	Stationäre Psychotherapie	Wirksame Therapieform

Laufende Studien		
Stockholmer Psychotherapiestudie, Sandell et al. (2001), gemischte Störungen	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
DPV-Studie, Leuzinger-Bohleber et al. (2001) (27% depressive Patienten)	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
Münchener Psychotherapie Studie, Huber et al., (1997)	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
Heidelberger Praxisstudie, Rudolf et al. (2004)***	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
Tavistock Adult Depression Study, Taylor et al.*	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
Züricher Depressionsstudie, Böker et al.*	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
New York Depression Study, Roose et al.***	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
Frankfurter Depressionsstudie, Leuzinger-Bohleber et al. (2006)***	Psychoanalyt. Langzeittherapien	
STOP-D, Hartkamp et al. (2007)	Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie	

Tabelle 4: Studien zur Depressionsbehandlung, *zit. nach Böker (2005); ** zit. nach Leichsenring & Leibling (2007); *** zit. nach Leuzinger-Bohleber (2006), Abk. siehe Text

Gemäß Böker (2005) lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen: Die meisten empirischen Wirksamkeitsstudien bei depressiv Erkrankten zeigten keine Unterschiede zwischen Kurzzeitpsychotherapie (CBT, IPT, PPT) und Psychopharmakotherapie bei leichten bis mittelgradigen Störungen. Bei höherem Schweregrad der Depression erwiesen sich Kombinationsbehandlungen tendenziell als überlegen. Keine der untersuchten Kurzzeittherapie war in der Lage die Remission länger als 18 Monate aufrechtzuerhalten. Im Bereich der psychoanalytischen Langzeitbehandlungen laufen derzeit eine Reihe von Studien, wobei nach ersten Erkenntnissen vieles dafür spricht, dass diese Therapien erst im Laufe einer längeren Zeit ihre gute und nachhaltige Wirkung entfalten (Rad von et al., 2001).

Hieraus ergibt sich der Bedarf an der Untersuchung von Behandlungsmöglichkeiten schwer behandelbarer, therapieresistenter und chronisch depressiver Patienten, insbesondere eine Überprüfung der Nachhaltigkeit von Therapieerfolgen. Um die Stabilität von Therapieeffekten zu überprüfen sollte die katamnestiche Untersuchung ein Intervall von mindestens 2 Jahre aufweisen (Roth & Fonagy, 2006).

Nachdem die stationäre psychoanalytisch orientierte Behandlung eine alternative, eigenständige Therapieform darstellt, versteht sich die folgende Katamnese auch als Beitrag zur gegenwärtigen Depressionsforschung.

2 Katamnesestudie Harlaching, experimentelle Fragestellung

Die Katamnesestudie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching zum Thema depressiver Erkrankungen wurde durchgeführt, um an einer großen Stichprobe von nicht vorselektierten und unter Routinebedingungen behandelten Patienten Fragen zur stationären Psychotherapie zu untersuchen. Im Besonderen sollte die Nachhaltigkeit über einen Zeitraum von 36 bis 60 Monaten beurteilt werden. Im Rahmen der Studie wurden die im Folgenden zusammengestellten Punkte untersucht, bzw. bearbeitet.

- Beschreibung des Patientenkollektivs, welche soziodemographischen, sowie klinischen Merkmale weisen die Patienten auf.
- Überprüfung und Beurteilung der Wirksamkeit des stationären Aufenthaltes auf verschiedene Variablen
- Beurteilung der eingetretenen Veränderungen
- Überprüfung und Beurteilung der Stabilität der erreichten Ergebnisse
- Ermittlung von Faktoren, die für den Therapieerfolg, sowie dessen Nachhaltigkeit prognostisch günstig waren
- Auswirkung der Unterstützung durch Angehörige auf den Therapieerfolg, sowie dessen Stabilität
- Unterschiede zwischen den Geschlechtern
- Einfluss von Krankheitsdauer, Therapiedauer und Schwere der Erkrankung auf den Therapieerfolg sowie dessen Stabilität
- Vergleich der Resultate mit den Ergebnissen anderer Studien
- Diskussion der angewandten Methode zur Evaluierung therapeutischer Prozesse und Veränderungen

Ein weiteres Anliegen der Studie besteht in der Wirksamkeitsprüfung der Behandlungen zur klinikinternen Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle um eine effektive und effiziente Behandlung für den einzelnen Patienten zu gewährleisten.

3 Methode

3.1 Studiendesign

Zur Untersuchung stationärer Psychotherapie in Bezug auf die vorbeschriebenen Fragestellungen wurde bei der vorliegenden Katamnesestudie ein retrospektives, naturalistisches Design ohne Kontrollgruppe gewählt.

Diese Studienform hat den Vorteil, dass sie keinen Einfluss auf die Therapie nimmt, relativ große Patientengruppen einschließen kann und Ergebnisse in einem überschaubaren Zeitrahmen liefert. Naturalistische Studien haben immer das Problem der Erhöhung der externen Validität auf Kosten der internen (Fonagy et al., 2005), sie eignen sich jedoch um die Wirksamkeit in der Praxis zu überprüfen.

So kann die Effektivität der stationären Psychotherapie, die als komplexes Behandlungsarrangement gesehen werden kann, in ihrer alltäglichen Routine untersucht und evaluiert werden. Für die Studie wird daher der Verlust der internen Validität, mit dem Wissen dieses Verlustes in Kauf genommen.

Katamnesestudien haben zudem den Vorteil, dass neben der reinen Effektivität auch die Nachhaltigkeit von Therapien überprüft werden kann.

Psychotherapien erheben den Anspruch einer langfristig stabilen Veränderung und Meistern zentraler innerer Konflikte, nicht das Erzielen behandlungsnaher Wirkungen.

Viele Psychotherapiestudien können zwar die Wirksamkeit von Therapien nachweisen, ihre Stabilität über 18 Monate hinaus wird jedoch selten untersucht. Besonders im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen, die wie bereits erwähnt ein Rückfallrisiko von ca. 80% aufweisen, ist die Stabilität der Behandlung von herausragender Bedeutung.

Die vorliegende Katamnesestudie ist Teil einer gesamt Katamnesestudie des Klinikum Harlaching. Diese wurde in den Jahren 2005 und 2006 für die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt. In die Studie wurden alle Patienten eingeschlossen, die in den Jahren 2000, 2001 und 2002 in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching eine Behandlung begonnen haben und von denen vollständige Basisdokumentationen vorlagen. Zudem sollte die Behandlung mindestens 8 Tage gedauert haben. Es wurden sowohl stationäre, als auch Patienten der Tagesklinik berücksichtigt.

Für die Studie wurden Messungen, bzw. Befragungen zu 3 Zeitpunkten durchgeführt: zu Beginn und Ende der Therapie, sowie im Sommer 2005, d.h. 3 bis 5 Jahre nach Beendigung der Therapie.

Als Datengrundlage für die ersten beiden Zeitpunkte konnte auf ein ausführliches Dokumentationssystem der Klinik zurückgegriffen werden, zum Katamnesezeitpunkt wurden Fragebögen an die Patienten verschickt.

Die Patienten erhielten die Unterlagen im Sommer 2005. Patienten, die auf die Schreiben nicht reagierten, wurden bis zu 3 mal erinnert. Als sehr aufwendig erwies sich auch die Auffindung der Adressen, da ca. 1/3 der Patienten verzogen waren. Im Dezember 2005 konnte die Befragung abgeschlossen werden.

Nachdem zu störungsspezifischen Therapieeffekten im Bereich der stationären Psychotherapie noch wenig Aussagen vorliegen (Hartkamp & Franz, 2007) und depressive Erkrankungen zu den weltweit häufigsten Volkskrankheiten zu rechnen sind, wurden im Rahmen der vorliegenden Studie, als ausgegliederter Teil der Gesamtkatamnese, speziell die Ergebnisse stationärer Psychotherapie bei der Depressionsbehandlung genauer untersucht. Hierfür wurden alle Patienten deren Hauptdiagnose den folgenden Diagnosegruppen nach ICD-10 zugeordnet werden konnten, berücksichtigt:

- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Episode
- F34.2 Dysthymia, anhaltende depressive Verstimmung

3.2 Datenquellen

3.2.1 Basisdokumentation

Seit 1993 wird in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching routinemäßig eine standardisierte Basisdokumentation (BaDo) eingesetzt, die sowohl der Transparenz und Qualitätssicherung der Einrichtung selbst, als auch über den klinikeigenen Nutzen hinaus für wissenschaftliche Zwecke, und somit der gesamten stationären Psychotherapie und letztendlich dem Patienten, dient (Broda et al., 1993).

Diese Dokumentation gliedert sich in einen zu Beginn der Behandlung erhobenen Teil, der unter anderem soziodemographische Daten (Patientenangaben), Therapeutenangaben zu Diagnosen, Festlegung persönlicher Therapieziele und den Verlauf der Behandlung dokumentiert, sowie Angaben zum Entlassungsstatus, mit der Einschätzung des Therapieerfolges. Die für diesen Zweck konzipierte BaDo entspricht dem Konzept einer multimedialen Datenerhebung unter Berücksichtigung mehrerer Perspektiven, wie Therapeut, Patient, Pfleger, Sozialarbeiter, sowie unterschiedlicher Veränderungsebenen (psychisch, physisch, sozial) (Kordy & Hannover, 1998). Durch diese Dokumentation können Behandlungsverläufe auf verschiedenen Ebenen analysiert und in ihrer Ergebnisqualität beurteilt werden. Die BaDo

enthält im Einzelnen die in Tabelle 5 zusammengestellten Fragebögen, bzw. Informationen, die Identität des Patienten ist hierbei verschlüsselt:

Nr	Bezeichnung des Fragebogens	Inhalt des Fragebogens
1	Patientenangaben	Soziodemographische Daten, Selbstauskunft
2	Fragebogen zum Therapieverlauf	HAQ-S
3	Patientenfragebogen zur Beurteilung der einzelnen therapeutischen Einheiten	Zusammenstellung der therapeutischen Einheiten
4a	Therapieziele, Qualitative Erfolgsmessung	Patientenangaben, Therapiebeginn, Formulierung der Therapieziele
4b	Therapieziele, Qualitative Erfolgsmessung	Patientenangaben, Beurteilung der Therapiezielerreichung zu Therapieende
5	Therapeutenangaben, Diagnostik	Diagnostik, BSS, GAF, Vorbehandlungen, Therapiebeginn
6a	Therapieziele, Qualitative Erfolgsmessung	Therapeutenangaben, Therapiebeginn
6b	Therapieziele, Qualitative Erfolgsmessung	Therapeutenangaben, Beurteilung der Therapiezielerreichung zu Therapieende
7	Therapeutenangaben, Behandlungsende	Diagnosen, BSS, GAF, etc., Therapiebewertung
8a	Medikation	Therapiebeginn
8b	Medikation	Therapieende
9	Arbeitsfähigkeit bei Therapieende	Abschließende Beurteilung durch den Therapeuten
10	Münchener Psychosomatische Symptomliste,	Körperarzt, Therapiebeginn, -ende
11	Münchener Psychosomatische Symptomliste,	Psychotherapeut, Therapiebeginn, -ende
12	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP-D	Patient, Beginn und Ende
13	Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis, SCL-90-R	Patient Beginn und Ende
14	Stationsmonatsblätter	Station
15	Stationsmonatsblätter	Therapien
16	Bezugspfleger /-in	
17	Sozialarbeiter	

Tabelle 5: Unterlagen der Basisdokumentation (BaDo) des Klinikum Harlaching, Abk. siehe Text

Davon werden vom Patienten bearbeitet:

bei Beginn der Therapie: 1, 4a, 12 und 13

am Ende der Therapie: 2, 3, 4b, 12, 13

Vom Psychotherapeuten werden ausgefüllt:

bei Beginn der Therapie: 5, 6a, 8a, 11

am Ende der Therapie: 6b, 7, 8b, 9, 11

Die Blätter 14 und 15 dokumentieren die in Anspruch genommenen therapeutischen Leistungen.

Für die Katamnese studie wurde auf die Informationen aus der BaDo zurückgegriffen um das Patientenkollektiv zu beschreiben, die Erkrankung einschl. Komorbidität zu klassifizieren, Vorbehandlungen und Dauer der Erkrankung zu erfassen und die eingesetzten Therapien sowie den Therapieverlauf zu analysieren.

Zur Erfolgsbeurteilung der stationären Psychotherapie wurden die Symptom-Checklist von L-R. Derogatis (SCL-90-R), das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D), sowie die subjektiven Patienten- und Therapeutenangaben herangezogen. Das Erreichen der persönlichen Therapieziele bildet einen weiteren Mosaikstein in der Beurteilung des Therapieerfolges. Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) wurde ebenfalls zur Beurteilung des Erfolges verwendet.

Vergleichbare Basisdokumentationen werden in der Mehrzahl der psychosomatischen Kliniken eingesetzt, viele der neueren wissenschaftlichen Arbeiten greifen auf diese Informationen zurück. Viele der eingesetzten Messinstrumente werden auch international im Bereich der Outcome- und Evaluationsforschung von Psychotherapien eingesetzt.

3.2.2 Katamneseunterlagen

Im Sommer 2005 wurden den Patienten, die in den Jahren 2000 bis Ende 2002 in der Abteilung für psychosomatische Medizin des Krankenhauses Harlaching behandelt wurden Unterlagen zur Katamnesebefragung zugeschickt.

Diese enthielten folgende Fragebögen:

- Angaben zur Person, soziodemographischer Fragebogen
- die Symptom-Checkliste SCL-90-R
- das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D
- die bei Therapiebeginn formulierten persönlichen Therapieziele
- einen eigens für die Katamnese zusammengestellten Fragebogen

Dieser Fragebogen enthielt die folgenden Fragen:

1. Hat Ihnen die Therapie rückblickend geholfen?
2. Fühlten Sie sich von Ihren Angehörigen bei Ihrer Entscheidung für eine Behandlung unterstützt?
3. Fühlten Sie sich von Ihren Angehörigen nach der Entlassung unterstützt?
4. Haben Sie nach der Entlassung eine ambulante Psychotherapie gemacht?

5. Wenn ja, war Ihnen diese während des stationären Aufenthaltes empfohlen worden
6. Wie oft waren Sie seit Ihrer Entlassung erneut in stationärer psychotherapeutischer Behandlung?
7. Als Sie zu uns kamen klagten Sie über eine Reihe von Beschwerden und Problemen, Wie geht es Ihnen heute damit?

Zudem wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben eine persönliche Mitteilung zu formulieren.

3.3 Messinstrumente

Bei der Auswahl der Messinstrument, bzw. Untersuchungsmethoden für die Dokumentation und Evaluierung psychotherapeutischer Therapien ist entscheidend, dass die Art und Schwere der Beeinträchtigung sowie deren Veränderung dargestellt wird. Es sollen das Spektrum der klinischen Symptomatiken, der momentane Befindlichkeit, änderungssensitive Merkmale, relativ stabile personale Merkmale und interpersonale Parameter erfasst werden. Für die Vergleichbarkeit mit anderen Studien ist zudem eine hohe Reliabilität und Validität der angewandten Messinstrumente anzustreben. Ferner sind auch der ökonomische Aspekt der Datenerhebung, sowie die praxisnahe Umsetzung zu berücksichtigen.

Im Sinne einer multimethodalen Beurteilung wurde sowohl auf die Beurteilung des Therapeuten, als auch des Patienten zurückgegriffen. Für den Katamnesezeitraum wurde auf eine Fremdbeurteilung verzichtet (Tabelle 6).

Messinstrument	Therapiebeginn	Therapieende	Katamnese
Selbstbeurteilung			
SCL-90-R	X	X	X
IIP-D	X	X	X
HAQ		X	
Individuelle Therapieziele		X	X
Therapiebewertung (durch den Patienten)		X	X
Beurteilung des momentanen Befindens			X
Fremdbeurteilung			
GAF	X	X	
BSS	X	X	
CGI		X	
Therapiebewertung (durch den Therapeuten)		X	

Tabelle 6: Messinstrumente, Zeitpunkte des Einsatzes, Abk. siehe Text

Die Veränderungsmessung wurde auf symptomatischer (SCL-90-R) und interpersonaler (IIP-D) Ebene erfasst. Zudem wurden individuelle, nicht standardisierte Beurteilungen, bzw. Ein-

schätzungen des Patienten mitberücksichtigt. Es wurde so versucht die Ergebnisse der stationären Behandlungen auf verschiedenen Ebenen abzubilden.

3.3.1 Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis, SCL-90-R

Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R) erfragt Art und Schwere der Symptomatik der letzten Woche und enthält Fragen zu den Leitsymptomen der häufigsten psychiatrischen / psychosomatischen Erkrankungen. Die Skalen messen änderungssensitiv körperliche und psychische Probleme, nicht jedoch Persönlichkeitsmerkmale und interpersonale Probleme.

1995 erschien das erste deutsche Handbuch zur Symptom Checkliste von Derogatis, welches jetzt in der 2. vollständig überarbeiteten und neu normierten deutschen Auflage von Franke (2002) vorliegt. Die SCL-90-R ist ein Instrument zur Selbstbeurteilung von Patienten hinsichtlich verschiedener körperlicher und psychischer Probleme innerhalb der letzten 7 Tage. Die individuelle Belastung, die in jeder Frage angesprochen wird, kann auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Abstufungen 0=nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich, 3=stark, 4=sehr stark angegeben werden.

Der Fragebogen umfasst 90 Items, die zu 9 Skalen und 3 globalen Kennwerten zusammengefasst werden (siehe Tabelle 7). Ausgewertet bietet die SCL-90-R Informationen über die psychische Belastung in Bezug auf die aufgeführten Kennwerte. Die drei globalen Kennwerte bieten eine Übersicht über die psychische Belastung auf einem generellen Niveau.

Skala 1	Somatisierung
Skala 2	Zwanghaftigkeit
Skala 3	Unsicherheit im Sozialkontakt
Skala 4	Depressivität
Skala 5	Ängstlichkeit
Skala 6	Aggressivität/Feindseligkeit
Skala 7	Phobische Angst
Skala 8	Paranoides Denken
Skala 9	Psychotizismus
GSI	Durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf 90 Items (Global Severity Index)
PSDI	Durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf die Items. Bei denen eine psychische Belastung vorliegt (Positive Symptom Distress Index)
PST	Anzahl aller Items, bei denen eine psychische Belastung vorliegt (Positive Symptom Total)

Tabelle 7: SCL-90-R, Einzelskalen,

Um die Symptome der Patienten einzuordnen ist der Vergleich mit einer normierten Referenzstichprobe erforderlich. Hierfür stehen im Handbuch der SCL-90-R repräsentative Eich-

stichproben zur Verfügung. Für diese Studie wurde die Normgruppe N1, die aus 141 Erwachsenen Personen zusammengesetzt ist, gewählt.

Um eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten, fanden für die Auswertung die Skalenrohwerte, nicht die standardisierten T-Werte, Verwendung.

Die SCL-90-R ist immer einsetzbar, wenn eine deutliche psychische Belastung des Untersuchten zu erwarten ist. Sie bietet einen Überblick über die momentane Belastung von Patienten. Das Instrument eignet sich für Verlaufsbeschreibungen, wie Prä-Post Messungen, oder die Begleitung von Behandlungen, und wird daher in vielen Kliniken und Studien eingesetzt. Die Test-Retest-Reliabilitäten der einzelnen Skalen und der globalen Kennwerte sind hoch. Die SCL-90-R hat sich als Instrument in der Therapieerfolgsvorschung bewährt und wird daher auch für Langzeitkatamnesen verwendet (Geiser et al., 2001).

3.3.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP-D

Das IIP-D bildet soziale Einstellungs- und Verhaltensmuster ab und erfasst interpersonal, weniger intrapersonal bedeutsame Persönlichkeitsdimensionen und Problemstrukturen.

Zwischenmenschliche Beziehungen gehören zu den häufigsten Klagen von Patienten in klinischen Interviews (Horowitz et al., 1993), sie werden als ein wesentlicher Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen angesehen (Hildenbrand, 2003). Ausgehend von diesen Beobachtungen entwickelte Horowitz das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Eine Deutsche Version (IIP-D) von Horowitz et al. liegt derzeit in ihrer 2., neu normierten Version vor (Horowitz et al., 2000, erste Auflage 1994). Die theoretische Grundlage für das IIP-D schließt an das von Leary entwickelte Circumplex Modell interpersonalen Verhaltens an.

Interpersonale Verhaltensweisen werden entlang der beiden Achsen eines zweidimensionalen Raumes beschrieben und angeordnet. Die eine Dimension, Zuneigung oder Fürsorge, reicht von feindseligem bis zu freundlichem oder liebevollem Verhalten („Liebe – Hass“), die zweite, Macht, Kontrolle oder Dominanz, reicht von unterwürfigem bis zu dominantem Verhalten („Kontrolle – Unterwerfung“). Ähnliche Verhaltensweisen liegen auf einem Kreis nah beieinander, entgegengesetzte einander gegenüber. Der Kreis wird wiederum in acht verschiedene Oktanten aufgeteilt.

Eine weitere Grundannahme des Kreismodells ist die Komplementarität menschlichen Verhaltens. Dies besagt, dass zwei miteinander interagierende Personen ihr Verhalten gegenseitig beeinflussen, das Ausgangsverhalten und die Reaktion darauf werden als komplementär betrachtet (Hildenbrand, 2003; Horowitz et al., 1993).

Das Komplementaritätsprinzip wurde auch benutzt um das Dilemma einer depressiven Person zu erklären. Depressive Menschen stellen sich gedanklich oft selbst in Frage, erwarten künftiges Scheitern und erleben sich ineffektiv. Bei der Mitteilung der Belastung an die Umwelt zeigen sich depressive Patienten oft unterwürfig und hilflos, was wiederum ein dominantes Antwortverhalten hervorruft, welches weitere Unterwürfigkeit und Hilflosigkeit erzeugt. Hierdurch erhält sich die Depression aufrecht (Horowitz et al., 1993).

Vor dem Hintergrund der interpersonalen Theorie wurden die 8 Subskalen des IIP-D entwickelt, die jeweils einem Oktanten des Kreismodells entsprechen.

So entstand ein Fragebogen mit 64 Items (127 für die lange Version), die zu den 8 Circumplex-Skalen zusammengefasst werden. Die Skalenbezeichnungen und ihre Charakterisierung orientieren sich stark an den ihnen zugrunde liegenden Iteminhalten. Nach Übereinkunft werden die Achsen mit den Buchstaben A bis P bezeichnet, beginnend oben mit PA, BC usw. (Tabelle 8). Beantwortet werden die Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Abstufungen 0=nicht, 1=wenig, 2=mittelmäßig, 3=ziemlich, 4=sehr.

PA	zu autokratisch/dominant
BC	zu streitsüchtig/konkurrierend
DE	zu abweisend/kalt
FG	zu introvertiert/sozial vermeidend
HI	zu selbstunsicher/unterwürfig
JK	zu ausnutzbar/nachgiebig
LM	zu fürsorglich/freundlich
NO	zu expressiv/aufdringlich

Tabelle 8: IIP-D, Einzelskalen

Zur Auswertung des IIP-D werden die Items zu Skalenrohwerten zusammengefasst, das Fehlen von bis zu 5% der Items kann toleriert werden. Zusätzlich wird der IIP_{ges} als gemittelte Summe der Skalenrohwerte bestimmt. Im Weiteren können im Rahmen der interpersonalen Theorie so genannte ipsative Skalenwerte benutzt werden. Für eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien wurde in der vorliegenden Arbeit jedoch mit den Skalenrohwerten gearbeitet.

Um interpersonale Probleme zu messen, ist es erforderlich die relative Position eines Patienten zu einer Referenzpopulation, die durch eine repräsentative Stichprobe aus 3047 Frauen und Männern aus Ost- und Westdeutschland im Alter von 14 – 92 Jahren gegeben wird, zu bestimmen.

Die Vektorlänge, bzw. der Abstand vom Zentrum des Modells gibt dabei für jeden Oktanten des Raumes das Ausmaß der Belastung an.

Das IIP-D ist ursprünglich entwickelt worden, um spezifische Probleme im zwischenmenschlichen Bereich zu identifizieren, einzugrenzen und darüber hinaus zu prüfen, ob sich diese Probleme im Behandlungsverlauf verändern. Der Anwendungsschwerpunkt des IIP-D liegt daher in der Status- und Prozessdiagnostik für Psychotherapien in Klinik und Forschung. Entsprechend der nicht schulengebundenen interpersonalen Theorie ist auch der Anwendungsbereich nicht auf eine bestimmte Richtung der Psychotherapie beschränkt (Horowitz et al., 2000).

Es konnte gezeigt werden, dass sich die Gemeinsamkeiten zwischen dem IIP-D und der SCL-90-R weitgehend auf einen Faktor der unspezifischen Klagsamkeit zurückführen lassen, d.h. es bildet sich bei Patienten, die unspezifisch als „leidend“ bezeichnet werden können, eine generelle Antworttendenz hin zu extremen Werten aus. Der interpersonale Gehalt der SCL-90-R kann somit als gering bezeichnet werden (Davis-Osterkamp & Kriebel, 1993).

3.3.3 Therapieziele

Ziele, die ein Patient anstrebt, können als wichtiger motivierender Faktor für seine Mitarbeit bei der Therapie angesehen werden (Faller, 2000; Sack et al., 1999). Diese wiederum gilt als ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Therapie.

Die Formulierung individueller Therapieziele ist ein weiteres Element der Basisdokumentation des Klinikum Harlaching. Hierbei werden vom Patienten bis zu 5 persönliche Therapieziele in freier Form im Beisein des Therapeuten formuliert. Die Inhalte der formulierten Ziele sind sehr vielschichtig und betreffen unterschiedliche Bereiche:

- körperliche
- seelische (Ängste etc.)
- soziale (Partnerbeziehung, Familie)
- berufliche (berufliche Ziele und Probleme)
- persönliche, die eigene Person betreffend (Wertgefühl, etc.)

Die Patienten werden aufgefordert die Ziele explizit für diese Therapie zu formulieren. Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein und voraussichtlich auch in der bevorstehenden Psychotherapie erreichbar sein. Anhand eines Beispiels soll erläutert werden, woran am Behandlungsende festgestellt werden kann, dass das jeweilige Ziel erreicht wurde.

Bei Beendigung der Therapie wird der Bogen mit den Therapiezielen dem Patienten nochmals vorgelegt und von diesem beurteilt, in welchem Ausmaß das Therapieziel tatsächlich

erreicht werden konnte. Hierfür steht eine Skala von 1 (nicht erreicht) bis 4 (mehr erreicht als Therapieziel), sowie 0 (Therapieziel entfällt) zur Verfügung.

3.3.4 Helping Alliance Questionnaire, HAQ

Die deutsche Version des Helping Alliance Questionnaire von Luborsky (Bassler et al., 1995) wird zur Evaluation des therapeutischen Prozesses aus Patientensicht eingesetzt. Er beurteilt die Beziehung, bzw. die Zufriedenheit des Patienten mit der Beziehung zum Therapeuten.

Der Fragebogen besteht aus 11 Items (Likert-Skalierung von 1=sehr unzutreffend bis 6=sehr zutreffend), die zu 2 Kategorien zusammengefasst werden können: Zufriedenheit mit der Beziehung zum Therapeuten, HAQ 1, und Zufriedenheit mit der Behandlung, HAQ 2. Diese Beurteilungsskala dient vor allem der Einschätzung des Therapieverlaufes, und gibt dem Therapeuten eine Rückmeldung für seine Arbeit, sie kann jedoch auch als zusätzliche Information zur Beurteilung des Therapieerfolges herangezogen werden. Im Krankenhaus Harlaching erfolgt die Bearbeitung des HAQ am Ende der Therapie durch die Patienten. Der HAQ wird daher in dieser Untersuchung nicht zur Prognostik des Behandlungsergebnisses eingesetzt, wie dies in einigen Arbeiten diskutiert wird (Rudolf & Manz, 1993; Bassler et al., 1995), sondern zu dessen abschließender Beurteilung.

Laut Bassler (Bassler et al., 1995) erweist sich der HAQ als ausreichend reliabel und valide und erlaubt zwischen erfolgreichen versus weniger erfolgreichen Patienten zu unterscheiden.

3.3.5 Global Assessment of Functioning Scale, GAF

Die Global Assessment of Functioning Scale, GAF (APA, 1994) ist eine globale Ratingskala zum psychosozialen Funktionsniveau, wobei vom Therapeuten ein Gesamturteil über die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten mit einem Zahlenwert zwischen 1 und 100 getroffen wird (10er Schritte mit 10 klar definierten Ankerpunkten). Die Beurteilung erfolgt für die Zeitpunkte, 1 Jahr vor Therapiebeginn, 7 Tage vor Therapiebeginn und 7 Tage vor Therapieende. Ein GAF Wert von ≤ 70 wird als Grenzwert angesehen, um zwischen normalem und pathologischem Funktionsniveau zu differenzieren, ein GAF ≤ 50 weist auf die Notwendigkeit professioneller Hilfe hin (Lange & Heuft, 2002).

Die GAF wird gemeinsam mit dem BSS neben der Diagnose nach ICD-10 zur Schweregrad-einschätzung der Belastung eingesetzt.

3.3.6 Beeinträchtigungs-Schwere-Score, BSS

Mit dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) (Schepank, 1995) soll aus Therapeuten-sicht eingeschätzt werden, wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist und in welchem Bereich diese Beeinträchtigung bevorzugt liegt.

Die Beeinträchtigung wird auf drei Dimensionen beurteilt:

- körperliche Beeinträchtigung (kö)
- Beeinträchtigung im psychischen Bereich, im Erleben (psy)
- sozialkommunikative Beeinträchtigung (soko)

Jede Dimension umfasst 5 Stufen, die Schweregrade 0 bis 4 (gar nicht bis extrem). Für den BSS wird ein Summenwert aus körperlichen, psychischen und sozial kommunikativen Beschwerden gebildet. Der BSS wird für die Basisdokumentation auf 3 Zeitpunkte bezogen, auf die letzten sieben Tage und die letzten zwölf Monate vor der Behandlung, sowie 7 Tage vor Behandlungsende. Als Cut-off-Wert, der zwischen gesunden und psychogen erkrankten Menschen unterscheiden soll, wird eine BSS Summe von ≥ 5 festgelegt (Lange & Heuft, 2002; Schepank, 1995)

Lange und Heuft (Lange & Heuft, 2002) weisen darauf hin, dass eine Kombination beider Skalen (BSS und GAF) notwendig ist, um das gesamte Spektrum an psychischen Störungen (ICD-10) hinsichtlich der Beeinträchtigungsschwere und der Einschränkung in der Funktionsfähigkeit abbilden zu können. Beide Skalen stehen in hohem linearem Zusammenhang.

3.3.7 Clinical Global Impression, CGI

Das Clinical Global Impressions, CGI (National Institute of Mental Health, 1976) kann als Beurteilungsskala des Behandlungsergebnisses verwendet werden. Für die Basisdokumentation erfolgt eine Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung für jede Diagnose (Haupt- und Nebendiagnosen) seit Behandlungsbeginn (CGI Teil 2) an Hand einer 8 stufigen Skala (2=sehr viel besser bis 8=sehr viel schlechter). Diese Skalierung wurde für die Auswertung zu 3 Stufen zusammengefasst. Die Beurteilung erfolgte bei Therapieende.

3.3.8 Individuelle Fragebögen

Neben soziodemographischen Fragen und Fragen zu Vorbehandlungen wurden den Patienten sowohl bei Behandlungsende, als auch zum Katamnesezeitpunkt nicht standardisierte Fragebögen zur Beurteilung gegeben. Hierbei handelt es sich um Fragen zur Therapiebeurteilung, zum momentanen Befinden, zu Anschlusstherapien sowie zur Unterstützung durch Drittpersonen.

Die globalen Erfolgsbeurteilungen zu Therapieende und Katamnesezeitpunkt, sowie die Fragen nach dem derzeitigen Befinden erfolgten mittels fünfstufiger Items.

Durch den Therapeuten erfolgte bei Behandlungsbeginn eine individuelle Einschätzung der Motivation des Patienten und des Therapieerfolges mittels zweier fünfstufiger Items.

3.4 Stichprobe

In den Jahren 2000 bis Ende 2002 wurden in der psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses Harlaching insgesamt 309 Patienten mit depressiven Störungen (ICD-10 Klassifikation F32, F33 und F34.1) länger als mindestens 8 Tage behandelt. Obwohl 1/3 der Patienten während des Katamnesezeitraumes verzogen waren, konnten mit großem Aufwand viele Adressen ausfindig gemacht werden, so dass zum Schluss lediglich von 17 Patienten die Adressen fehlten (5,5%). An 292 Patienten mit depressiven Störungen konnten Unterlagen verschickt werden.

Von 214 depressiven Patienten lagen vollständige Dokumentationen über den Aufenthalt vor. Ein zentrales Problem bei der Katamneseforschung stellen *missing data* dar, da unvermeidlich immer wieder Daten fehlen. Dieses Problem ist insbesondere dann relevant, wenn Prä-Post-Katamnese Veränderungen betrachtet und beurteilt werden sollen. Es wurde daher untersucht, ob sich die variante Gesamtstichprobe (alle 292 Datensätze) von der invarianten Stichprobe (nur komplette Datensätze, 214, ohne *missing data*) unterscheidet. Mittels Chi² Test konnte nachgewiesen werden, dass die beide Patientengruppen keine signifikanten Unterschiede in ihrer soziodemographischen Zusammensetzung sowie den Krankheitsverläufen und Katamnesen aufwiesen, so dass in die weitere Studie repräsentativ **214 Patienten** als Grundgesamtheit eingeschlossen werden konnten (siehe Anhang).

147 Patienten der Grundgesamtheit antworteten schließlich auf die Katamneseschreiben, was einer Rücklaufquote von **68,7%** entspricht. 12 dieser Patienten haben aus unterschiedlichen Gründen die Fragebögen nicht oder nur teilweise beantwortet, so dass von **135 (63,1%) Patienten** vollständige Katamneseunterlagen zur Auswertung vorlagen.

Um zu überprüfen, ob es sich bei diesen 135 Patienten um eine repräsentative Stichprobe der Grundgesamtheit handelt, wurden mittels Chi² Tests Unterschiede, zwischen den Patienten, von denen Katamneseunterlagen vorlagen und den Patienten, die die Unterlagen nicht zurückschickten, getestet (siehe Anhang). Beide Patientengruppen unterschieden sich weder in ihrer soziodemographischen Zusammensetzung, noch den Krankengeschichten signifikant. Durch diese weitgehende Übereinstimmung der Daten erscheint es zulässig, die Ergebnisse der Studie auf die Gesamtheit der in diesem Zeitraum behandelten Patienten mit depressiven Störungen zu übertragen.

3.4.1 Soziodemographische Zusammensetzung

Für die Studie konnten somit von **135 Patienten** komplette Therapie- und Katamneseunterlagen ausgewertet werden. Die soziodemographischen Daten sind in Tabelle 9 zusammengestellt.

	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht		
männlich	38	28,1%
weiblich	97	71,9%
Nation		
deutsch	127	94,1%
nicht deutsch	8	5,9%
Familienstand		
ledig	71	53,0%
verheiratet	38	28,4%
getrennt lebend	7	5,2%
geschieden	12	9,0%
verwitwet	2	1,5%
wieder verheiratet	4	3,0%
Partnersituation		
kein fester Partner	66	49,3%
fester Partner	68	50,7%
Kinder		
ja	48	36,1%
nein	85	63,9%
Haushalt		
im Haushalt der Eltern	10	7,5%
eigener Haushalt	112	83,6%
sonstiges	12	9,0%
Schulabschluß		
noch in der Schule	4	3,0%
Hauptschule	25	18,5%
Realschule	47	34,8%
Abitur	57	42,2%
sonstiges	2	1,5%
Berufsabschluss		
in Ausbildung	12	9,2%
Lehre	61	46,6%
Meister	4	3,1%
Universität	24	18,3%
ohne Berufsabschluss	19	14,5%
sonstiges	11	8,4%
Beruf, jetzige Situation		
berufstätig	74	55,2%
Hausfrau/mann	9	6,7%
Ausbildung	15	11,2%
ohne Beschäftigung	24	17,9%
Rente	4	3,0%
unklar	8	6,0%

Tabelle 9: soziodemographische Daten der untersuchten Stichprobe, 135 Patienten mit depressiven Störungen

Die Patienten waren bei Therapiebeginn zwischen 19 und 62 Jahre alt, der Mittelwert lag bei 37,6. Der Anteil der Frauen war mit 97 (71,9%) mehr als doppelt so hoch wie der der Männer (38, 28,1%). Diese Geschlechterverteilung entspricht auch in etwa dem Geschlechterverhältnis depressiver Erkrankung in der Bevölkerung. 94,1% der Patienten waren deutsche Staatsbürger.

Über die Hälfte der Patienten war zu Therapiebeginn ledig (53,0 %), 28,4 % waren verheiratet. 68 Patienten, also ca. die Hälfte, lebten in einer festen Partnerschaft. Ein Drittel der Patienten hatte Kinder. Die Patienten lebten zum überwiegenden Teil (83,6%) im eigenen Haushalt. Der häufigste Schulabschluss war das Abitur (42,2%), gefolgt von Realschule (34,8%) und Hauptschule (18,5%). Ca. die Hälfte der Patienten war zum Zeitpunkt der Therapie berufstätig.

3.4.2 Diagnosen, Symptombelastung

Die diagnostische Einordnung erfolgte durch den untersuchenden Therapeuten zu Beginn der stationären Behandlung nach dem ICD-10, wobei Patienten mit den folgenden Hauptdiagnosen in die Studie aufgenommen wurden:

F32	depressive Episode	72 Patienten
F33	rezidivierende depressive Episode	31 Patienten
F34.1	Dysthymia, anhaltende depressive Verstimmung	32 Patienten

Die Diagnosegruppen F32 und F33 wurden weiter bzgl. ihrer Schwere unterteilt. Zudem wurden bis zu 2 Nebendiagnosen, sowie bis zu 3 somatische Diagnosen dokumentiert.

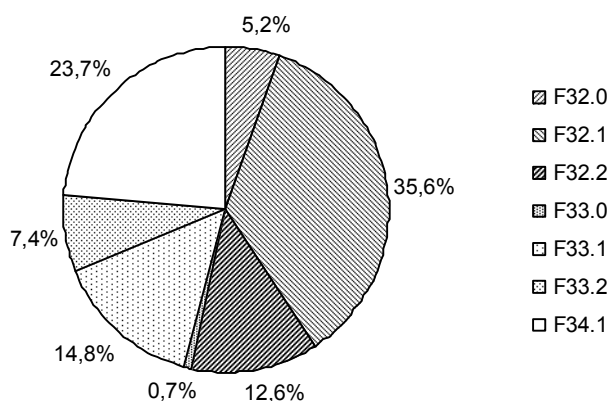


Abbildung 1: Diagnosegruppen

Neben der Diagnoseeinteilung nach ICD-10 wurden die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) sowie der Beeinträchtigungs- Schwere Score (BSS) als zentrale Instrumente

zur Schweregradeinschätzung der Symptombelastung verwendet. Hierbei wurden die in der Literatur beschriebenen Cut-off Werte von $BSS \geq 5$ und $GAF \leq 70$ (Lange & Heuft, 2002) herangezogen, um zwischen einem normalen und pathologischen Funktionsniveau zu unterscheiden. Die Werte wurden bei Behandlungsbeginn für die Zeiträume 7 Tage, bzw. 1 Jahr vor Therapiebeginn und am Ende der Behandlung erhoben. In Abbildung 2 und Abbildung 3 sind für die einzelnen Belastungswerte die prozentualen Häufigkeiten der Patienten bei Behandlungsbeginn zusammengestellt.

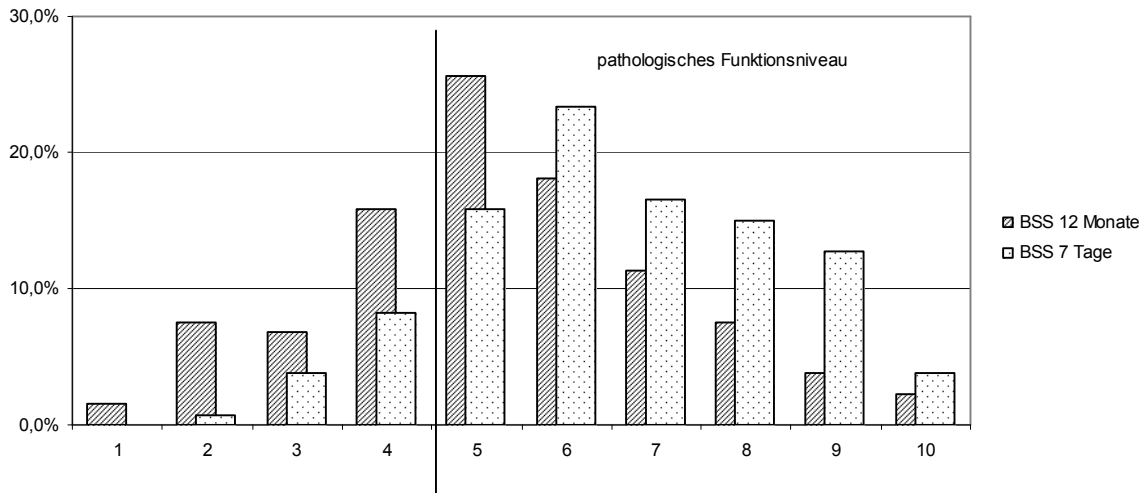


Abbildung 2: BSS-Werte bei Behandlungsbeginn, 12 Monate, bzw. 7 Tage vor Therapie, Anteil der Patienten in Prozent

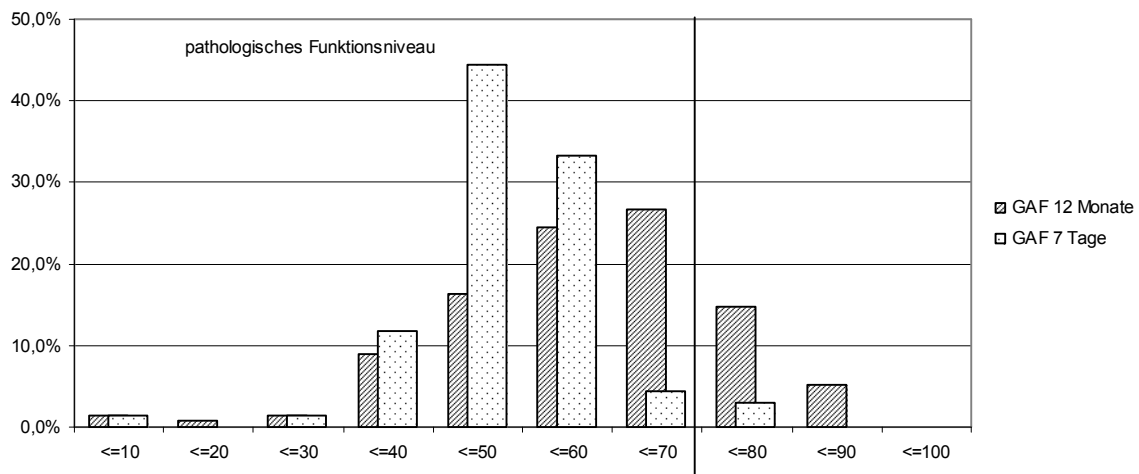


Abbildung 3: GAF-Werte bei Therapiebeginn, 12 Monate, bzw. 7 Tage vor Therapie, Anteil der Patienten in Prozent

Es wird ersichtlich, dass sich die Belastungen für beide Bewertungsinstrumente während des Jahres vor Therapiebeginn verschlechterten, und 97,0% der Patienten für die GAF, bzw. 87,2% für den BSS, kurz vor der Behandlung ein pathologisches Funktionsniveau aufwiesen (Tabelle 10).

			12 Monate vor Therapiebeginn	7 Tage vor Therapiebeginn
GAF	> 70	normales FN	20,0%	3,0%
	≤ 70	pathologisches FN	80,0%	97,0%
BSS	< 4	normales FN	31,1%	12,8%
	≥ 5	pathologisches FN	68,9%	87,2%

Tabelle 10: GAF und BSS bei Therapiebeginn, Anteil der Patienten die ein normales, bzw. pathologisches Funktionsniveau (FN) aufweisen

Zur weiteren Beurteilung der psychischen Symptombelastung sowie der interpersonalen Probleme wurden die Skalen der SCL-90-R, sowie des IIP-D vor Therapie herangezogen. Beide Skalen eignen sich nicht zur Diagnosestellung, sie sind ein Maß für Belastungen im interpersonalen und nicht interpersonalen Bereich.

Die Belastungen der SCL-90-R lagen durchweg über der Normbevölkerung. Zu Beginn der Behandlung hatten die Subskalen *Depressivität* und *Zwanghaftigkeit*, gefolgt von *Unsicherheit* und *Ängstlichkeit* die höchsten Werte. Der Prä-Test zeigt depressiv-ängstliche, sozial unsichere, zwanghaft strukturierte Patienten mit Somatisierungsneigung. Dies entspricht weitgehend dem Profil anderer Studien depressiv erkrankter Patienten (Nosper, 1999), sowie dem Profil der Vergleichsgruppe depressiver Patienten der SCL-90-R (Franke, 2002). Der GSI als globaler Kennwert für die psychische Symptombelastung lag ebenfalls weit über der Normbevölkerung (Abbildung 4).

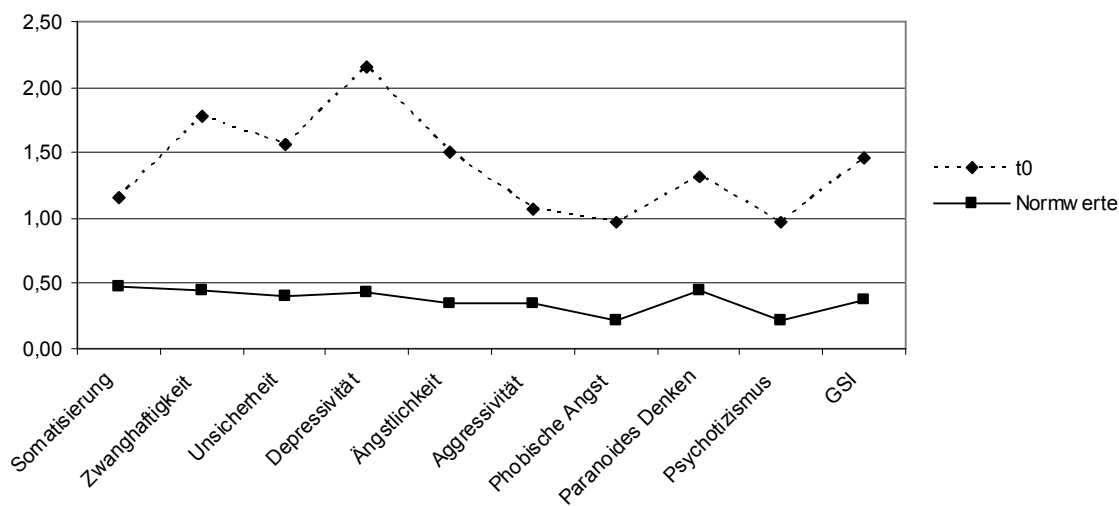


Abbildung 4: Mittelwerte SCL-90-R bei Therapiebeginn, zum Vergleich Normgruppe N1

Auffällig war die unterschiedliche symptomatische Belastung von Männern und Frauen bei Therapiebeginn. So wiesen Frauen über alle Skalen der SCL-90-R ein deutlich höheres Belastungsniveau auf als Männer (Abbildung 5).

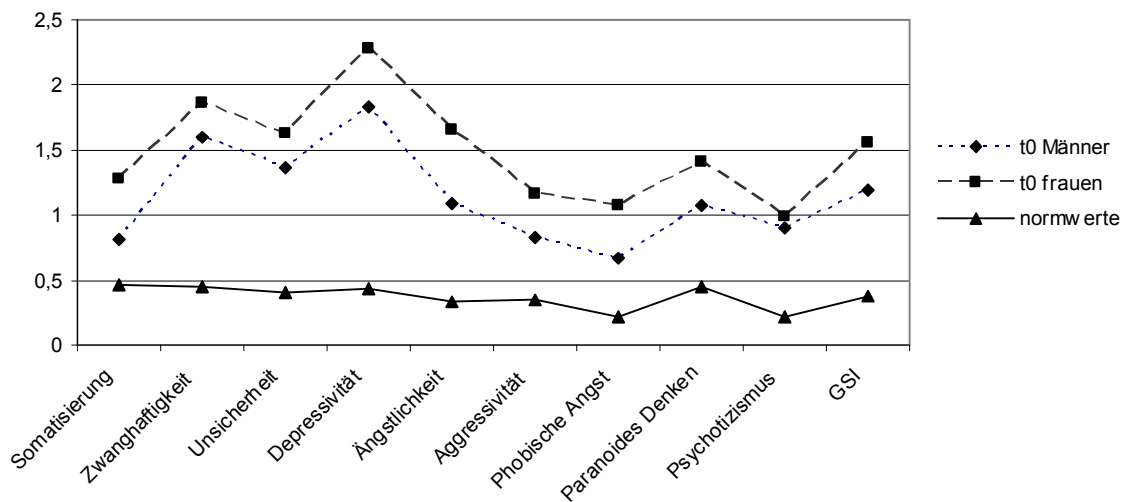


Abbildung 5: Mittelwerte SCL-90-R bei Behandlungsbeginn, Frauen / Männer / Normgruppe N1

Auch das Ausmaß der interpersonalen Probleme der Patienten war wesentlich ausgeprägter als das der Normbevölkerung (Abbildung 6). Die Patienten zeigten deutlich höhere Werte in den Bereichen *zu introvertiert*, *zu selbstunsicher*, *zu ausnutzbar*, was insgesamt einem ängstlich-vermeidendem Persönlichkeitstypus entspricht. Der IIP_{ges} lag mit 1,80 ebenfalls deutlich über der Normstichprobe ($IIP_{ges} = 1,28$). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war bei den interpersonalen Problemen nicht so stark ausgeprägt.

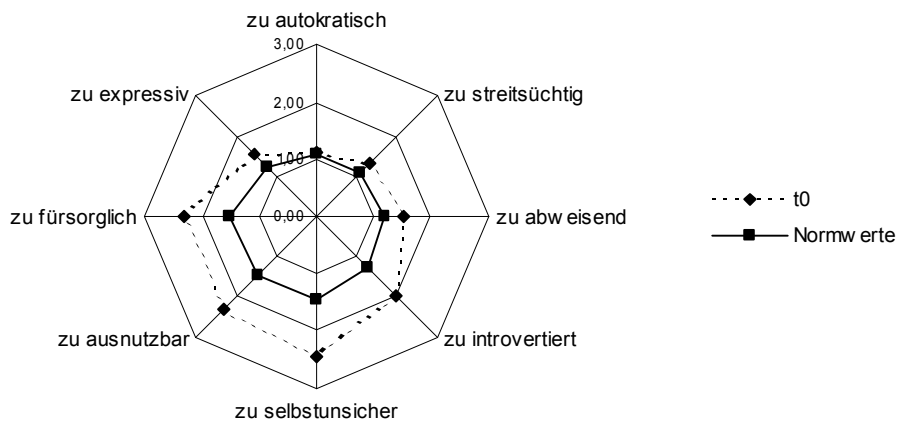


Abbildung 6: Mittelwerte IIP bei Behandlungsbeginn, zum Vergleich Normgruppe

Bei 57,0% der Patienten wurden Komorbiditäten diagnostiziert. Hierbei war das gemeinsame Auftreten einer Depression mit Belastungsstörungen (F4) und Persönlichkeitsstörungen (F6) besonders häufig (Abbildung 7). Das gleichzeitige Vorhandensein von einer oder mehreren somatischen Störungen wiesen ebenfalls 57,0% der Patienten auf.

17,8% der Patienten gaben Suizidversuche in der Vorgeschichte an.

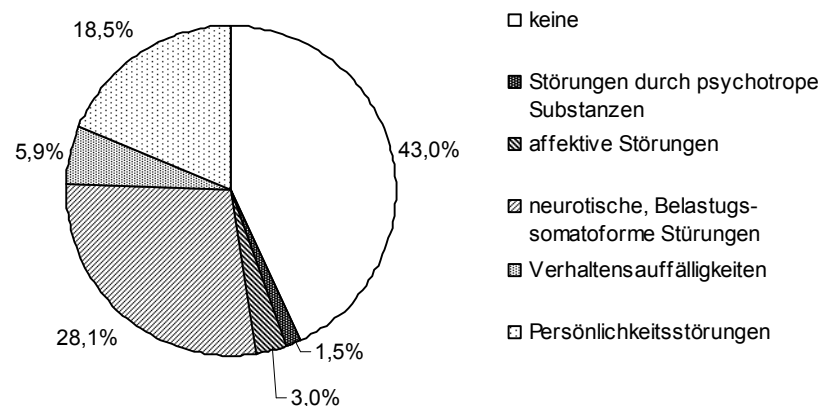


Abbildung 7: psychiatrische Komorbiditäten der Patienten

3.4.3 Motivation

Bei Behandlungsbeginn wurde die Motivation der Patienten durch die Therapeuten auf einer Skala von 0, nicht motiviert, bis 4, sehr motiviert, angegeben. Bis auf einen Patienten waren alle Patienten zumindest motiviert die Therapie zu beginnen (Abbildung 8).

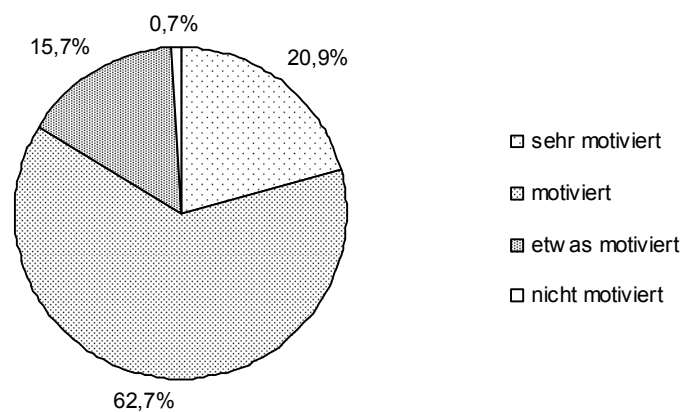


Abbildung 8: Patientenmotivation bei Behandlungsbeginn

3.4.4 Krankheitsverlauf, Vorbehandlung

Etwa 73% der Patienten waren bereits vor ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus Harlaching in psychotherapeutischer Behandlung (Abbildung 9). Einige der Patienten hatten bereits mehrere Therapien hinter sich (Abbildung 10).

Die Einweisung erfolgte bei etwa 60% der Patienten über eine Beratungsstelle (davon 85,0% durch die psychosomatische Ambulanz), 13,1% wurden durch ambulante Psychotherapeuten, 15,4% von anderen Kliniken eingewiesen.

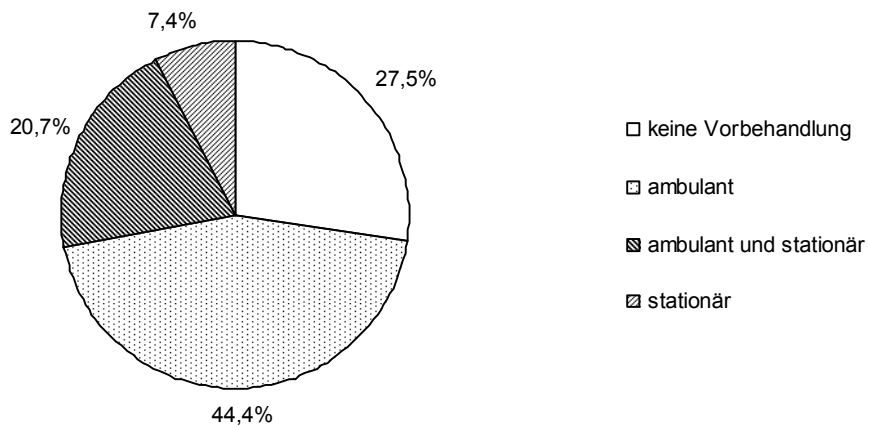


Abbildung 9: Vorbehandlungen, stationär, ambulant

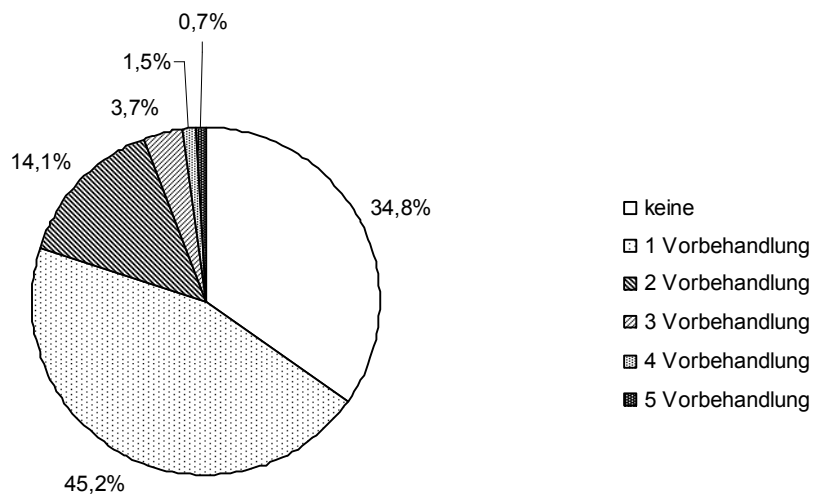


Abbildung 10: Anzahl der ambulanten Vorbehandlungen

Der Zeitraum zwischen Erstmanifestation der Hauptdiagnose und der jetzigen Behandlung variiert stark, er wird von 1 Monat bis 37 Jahren angegeben. Im Mittel betrug der Zeitraum 4 Jahre, wobei es hier naturgemäß Unterschiede bei den einzelnen Untergruppen der Depres-

sion gibt (Abbildung 11). Patienten mit F33 und F34.1 Diagnosen hatten längere Krankheitsverläufe als Patienten mit nur einer depressiven Episode in der Vorgeschichte.

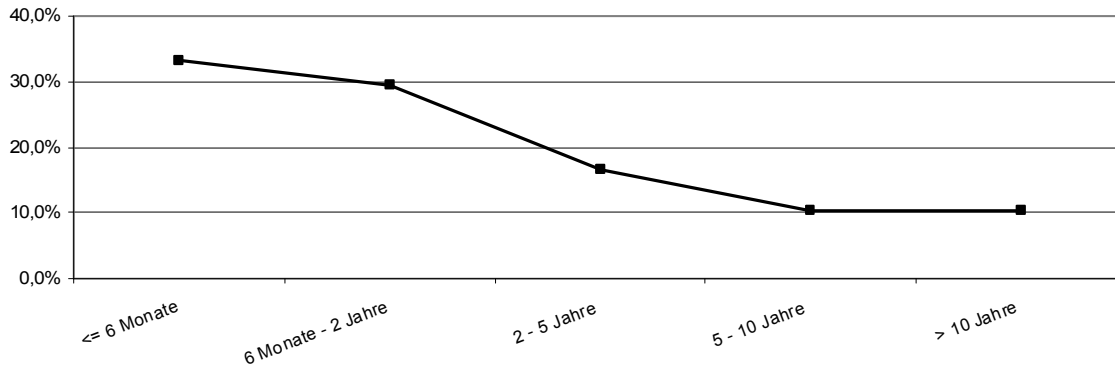


Abbildung 11: Krankheitsdauer vor Therapie für alle Patienten mit depressiven Störungen

3.5 Therapie

Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung ist durch das Zusammenwirken unterschiedlicher therapeutischer Verfahren, vertreten durch Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, unter Nutzung der Patienteninteraktionen gekennzeichnet. Charakteristisch ist die Integration verschiedenartiger aufeinander abgestimmter verbaler und non-verbaler psychotherapeutischer Interventionstechniken in einen Gesamtbehandlungsplan (Mestel et al., 1999; Lieberz, 2000).

Trotz dieser übergeordneten Definition unterscheiden sich stationäre psychosomatische Behandlungen abhängig von den zugrunde liegenden Paradigmen, der Klinikleitung und den Mitarbeitern, zum Teil beträchtlich (Schmidt, 1991).

3.5.1 Art und Umfang der psychotherapeutischen Maßnahmen

Das therapeutische Konzept des Klinikum Harlaching ist psychoanalytisch orientiert. Man kann die verbalen Therapien als modifizierte psychoanalytische Psychotherapien verstehen. Hierbei wird an bewussten oder unbewussten psychodynamischen Problemen, sowie deren Bewältigung intrapsychisch oder interpersonal fokussiert gearbeitet. Das therapeutische Vorgehen ist auf mehreren Ebenen angesiedelt und berücksichtigt zunächst den Kernkomplex depressiver Symptome (Selbstvorwürfe, Suizidalität, Antriebshemmung, Rückzugsverhalten und Körpersymptome). Durch eine konstruktive Gestaltung des Übertragung-Gegenübertragungsgeschehens werden neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, die zu einer Überwindung der intrapsychischen und interpersonalen Circuli vitiosi depressiv Erkrankter beitragen können (Böker & Gramigna, 2002).

Das Therapieangebot umfasst neben Visiten, zwei Einzelgespräche und zwei bis drei Gruppentherapiesitzungen pro Woche, wobei sowohl offene als auch halboffene Gruppen angeboten werden. Die verbalen Einzel- und Gruppentherapien sind vorwiegend tiefenpsychologisch orientiert. In das Behandlungsprogramm werden jedoch auch kognitiv-behaviorale, familientherapeutische, systemische und edukative Komponenten integriert.

Gestaltungs- und Bewegungstherapien ergänzen das Therapieangebot. In Gestaltungstherapien werden durch schöpferische Prozesse zusätzliche therapeutische Effekte erzielt, die auch verbal aufgearbeitet werden. In konzentrativen Bewegungstherapien kann unter anderem gelernt werden, sich selbst und andere bewusster wahrzunehmen (Lieberz, 2000).

Es werden zudem Spezialsettings für depressive Störungen, Traumafolgestörungen, Essstörungen sowie somatoforme Störungen angeboten.

Für jeden Patienten wird ein persönlicher Therapieplan erstellt. Die reguläre direkte Psychotherapiedosis beträgt etwa zehn bis elf Stunden pro Woche (Tabelle 11). Dazu kommen nach individueller Therapieplanung regelmäßige Kurzkontakte oder kurzfristige Krisengespräche (Cruppe de, 2005). Das gesamte Therapiespektrum ist in Tabelle 3 aufgeführt. Das Behandlungssetting depressiver Patienten entspricht im Allgemeinen der psychosomatischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung (9-402.0) im Sinne des Prozedurenkatalogs des OPS-301 2.1 (Heuft et al., 2002).

Einzeltherapie	2 mal 45 min/Woche
Gruppentherapie (offene, halboffene)	2 mal 60 min/Woche
Gestaltungstherapie (Gruppe)	2 mal 90 min/Woche
Konzentrierte Bewegungstherapie (Gruppe)	2 mal 90 min/Woche
Somatische Sprechstunde	1 mal/Woche
Bezugspflegegespräche	1 mal 30 min/Woche
Gespräche mit Sozialarbeiter	Nach Bedarf
Stationsversammlung	1 mal/Woche 45 min

Tabelle 11: durchschnittlicher Therapieplan depressiver Patienten im Klinikum Harlaching pro Woche

Insgesamt wird versucht dem Patienten auch genügend Zeit und Raum zu lassen sich selbst zu beschäftigen, sowie Angebote der Stationen wahrzunehmen. In vielen Fällen wird diese Zeit von den Patienten genutzt um Tagebuch zu schreiben.

Stationäre Psychotherapie wird immer auch von Aspekten der Gruppendynamik mitbestimmt, da die Patienten einen großen Teil der Zeit mit Mitpatienten verbringen. Der therapeutische Prozess auf der Station wird daher immer von der Gesamtgruppe, also den Mitpatienten und dem therapeutischen Team, mitgetragen. Daraus ergibt sich, dass neben der

zentralen Bedeutung der Beziehung zum Einzeltherapeuten der Gruppenaspekt eine wichtige Rolle im therapeutischen Setting spielt (Sammet et al., 2001).

Das Pflegepersonal ist ebenfalls als wichtiger Teil des therapeutischen Teams und des Gesamtbehandlungsplans einzustufen. Der pflegerische Ansatz liegt im Symptommanagement, in der Förderung der kommunikativen Kompetenz, der Aktivierung von Ressourcen und in der Hilfestellung bei Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung. Jedem Patienten wird für die Dauer seines Aufenthaltes eine pflegerische Bezugsperson zugeteilt.

In regelmäßigen Teamsitzungen wird der fachliche Austausch der direkt mit der Patientenbehandlung befassten Berufsgruppen realisiert. Diese sollen zusammen mit interner und externer Supervision der Mitarbeiter ein Höchstmaß an Qualität gewährleisten.

Für die Depressionsbehandlung werden auf allen Stationen, sowohl vollstationäre, als auch teilstationäre Settings angeboten, wobei ca. 80% der Versorgung im vollstationären und 20% im teilstationären Bereich liegen. Beide psychotherapeutischen Behandlungssettings bieten eine intensive, multimodale Therapie an. Diese besitzen charakteristische Unterschiede:

In der Tagesklinik sind die Therapien und der Alltag des Patienten eng miteinander verzahnt. Der Patient hat so die Möglichkeit erlernte Strategien im Alltag umzusetzen und zu testen. Zudem muss er Zeiten ohne therapeutischen Ansprechpartner überstehen und erlebt täglich eine neue Ankunft und Trennungssituation. Der vollstationäre Patient befindet sich hingegen in einem geschützten Raum mit Distanz zum Alltag und zu alltäglichen Konflikten (Zeek, 2003). Die Behandlungskomponenten in beiden Settings entsprechen sich weitgehend.

Die Therapien werden individuell den Bedürfnissen des Patienten und dessen Belastungen entsprechend zusammengestellt, d.h. die Patienten besuchen unterschiedliche Therapien. In Tabelle 12 sind die einzelnen von den Patienten besuchten Therapien zusammengestellt, sowie die Anzahl, bzw. der Anteil der Patienten, die daran teilgenommen haben (nach Angaben der Patienten). Es wird ersichtlich, dass weitgehend alle Patienten eine Einzeltherapie, sowie eine Gruppentherapie besuchten. Andere Therapiesettings und -formen, wie Essgruppe, Integrationsgruppe, Angsttraining werden nur bei bestimmten Problembereichen angeordnet, und daher nur von wenigen depressiven Patienten besucht.

	teilgenommen	
	Anzahl	Prozent
Stationsgruppe	124	91,9%
Beratung durch Sozialarbeiter	65	48,1%
Essgruppe	9	6,7%
Gespräche mit Schwester / Pfleger	132	97,8%
Gespräche mit anderen Patienten	131	97,0%
Kunsttherapie	97	71,9%
Offene Gruppe	46	34,1%
Halbgeschlossene Gruppe	65	48,1%
Integrationsgruppe	6	4,4%
Psycho-Soma-Gruppe	13	9,6%
Chefarztvorstellung, -visite	76	56,3%
Konzentrierte Bewegungstherapie	97	71,9%
Einzelpsychotherapie	133	98,5%
Behandlung durch den Körperarzt	117	86,7%
Paar-/ Familiengespräche	41	30,4%
Angstraining	6	4,4%
Sport, Schwimmen, Frühgymnastik	67	49,6%
Soziales Kompetenztraining	62	45,9%
Traumatherapie	2	1,5%

Tabelle 12: Therapien, Anteil der Patienten, die an den einzelnen Therapien teilgenommen haben

3.5.2 Therapieabschluss

Am Ende der Therapie wurden ebenfalls einige Daten zur Dokumentation, sowie der Beurteilung des Erfolges der Behandlung erhoben. 91,8% der Patienten beendeten die Therapie regulär, 8,2% der Therapien wurden abgebrochen, wobei 8 vom Patienten, 2 durch den Therapeuten und eine durch Verlegung beendet wurden. Die Aufenthaltsdauer betrug im Mittel 64 Tage (Range 15 bis 125 Tage, SD 23,4) (Abbildung 12).

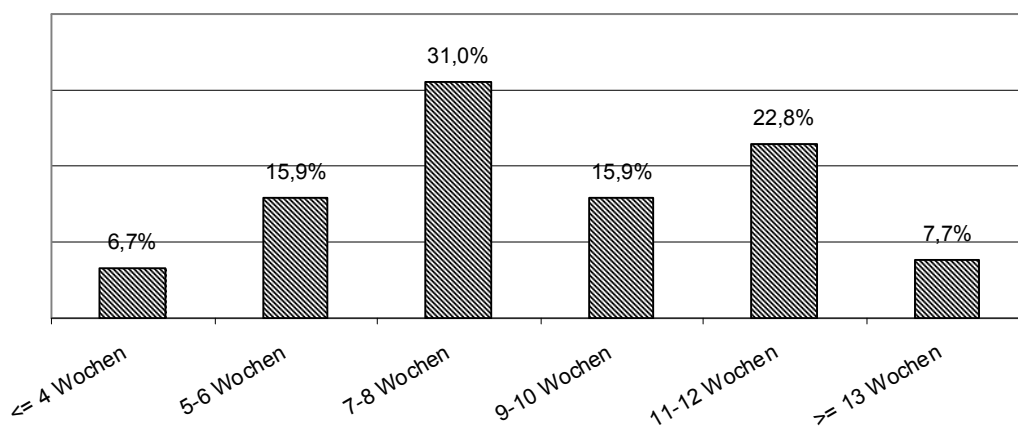


Abbildung 12: Behandlungsdauer in Wochen

Bei Therapieende wurden den Patienten weitere Maßnahmen, bzw. Behandlungen empfohlen. Ca. 90% der Patienten wurde eine anschließende ambulante Psychotherapie nahegelegt, bei 8% sollte die Nachsorge durch die Klinik erfolgen.

Bei Entlassung wurden lediglich 8 Patienten (5,9%) als arbeitsunfähig eingestuft, 7 davon nur vorübergehend. 8 Patienten wurden nicht bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit beurteilt (Rentner, Hausfrauen), so dass 113 Patienten (83,7%) als arbeitsfähig eingestuft werden konnten, 91 von Ihnen als voll arbeitsfähig.

3.6 Bewertung des Therapieergebnisses

In der Psychotherapieforschung ist die Beurteilung des Ergebnisses bzw. des Erfolges einer Therapie immer wieder Anlass zu Diskussionen und Überlegungen. Obwohl in der Praxis diese Beurteilung durchaus Routine ist, da auch im Zuge von Qualitätssicherung eine Erfolgsmessung- und bewertung zwingend erforderlich ist, ist bisher kein einheitlicher Standard hierfür entwickelt, bzw. festgelegt worden. Es besteht ein breiter Konsens in vielen Studien, dass die Beurteilung von Psychotherapien auf verschiedenen Ebenen (Symptomatik, interpersonale Schwierigkeiten, Alltagskompetenzen), aus verschiedenen Quellen (Patient, Therapeut) und zu verschiedenen Zeitpunkten (direkt, indirekt) erfolgen sollte (Schauenburg & Strack, 1998). Diese Überlegungen liegen auch den Beurteilungsinstrumenten, die in der Basisdokumentation des Krankenhauses Harlaching Anwendung finden, zu Grunde. Für den Katamnesezeitraum wurde aus verschiedenen Gründen auf die Therapeutenbeurteilung verzichtet. Zum einen ist diese Überlegung ökonomischer Natur, zum anderen war ein vorrangiges Ziel, eine möglichst große Anzahl ehemaliger Patienten zu erreichen.

3.6.1 Therapiebeurteilung

Für die Messung von Therapieerfolgen und somit auch deren Stabilität, lassen sich unterschiedliche, theoretisch postulierte Beurteilungsmethoden definieren (Michalak et al., 2003). Eine grundlegende Unterscheidung betrifft den Zeitpunkt der Beurteilung; d.h. Veränderungsmessung im Sinne von Prä-Post Vergleichen, was als indirekte, da berechnete Vorgehensweise bezeichnet wird, und direkte Erfolgsbeurteilung, in Form einer retrospektiven Veränderungsbeurteilung durch den Therapeuten oder Patienten.

Indirekte Verfahren beruhen auf Befragung des Patienten zu Beginn und Ende einer Therapie, eventuell auch nach einem Katamnesezeitraum. Aus diesen Untersuchungen lassen sich Effektstärken berechnen, die für die Einschätzung eines Therapieerfolges herangezogen werden können. Da für diese Art der Untersuchung standardisierte Fragebögen, die hinsichtlich Validität und Reliabilität getestet sind, verwendet werden können, sind die Ergebnisse gut mit denen anderer Studien vergleichbar.

Trotz des breiten Einsatzes dieser Messinstrumente werden auch andere, retrospektiv direkte Verfahren zur Erfolgsbeurteilung eingesetzt. Hierbei wird die Veränderung nicht als Differenz zweier Messungen berechnet, sondern als subjektiv erlebte Veränderung retrospektiv beurteilt (Steyer et al., 1997). Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass diese beiden Maße nur gering korrelieren, was darauf zurückgeführt wird, dass Patienten vergessen, wie schlecht es Ihnen vor Beginn der Behandlung gegangen ist (Percevic et al., 2004). Auch die Beurteilung von Therapiezielen, bei denen das Erreichen von vor der Therapie gesetzten Zielen, am Ende der Behandlung beurteilt wird, kann als direktes Verfahren gewertet werden.

Der Stellenwert von Patientenzufriedenheit als Maß für einen Behandlungserfolg wird ebenfalls kontrovers diskutiert, da die Zufriedenheit zum einen zwar als zentraler Indikator für die Akzeptanz einer Behandlung angesehen werden kann, zum anderen der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Behandlungsergebnissen sich als nicht sehr stark herausgestellt hat (Hannöver et al., 2000).

Für diese Studie wurden verschiedene Methoden der Erfolgsbeurteilung- bzw. Messung herangezogen, wobei einige der Messinstrumente nur zur Beurteilung des Therapieerfolges bei Therapieende Anwendung fanden (Tabelle 13).

Verfahren	beurteilt durch	Beurteilung
Indirekte Verfahren, Prä-Post Messungen		
SCL-90-R	Patient	Symptombelastung
IIP-D	Patient	interpersonale Probleme
GAF (nicht bei Katamnese)	Therapeut	psychosoziales Funktionsniveau
BSS (nicht bei Katamnese)	Therapeut	schwere der psychogenen Beeinträchtigung
Direkte Verfahren		
CGI (nicht bei Katamnese)	Therapeut	Zustandsänderung seit Behandlungsbeginn
HAQ (nicht bei Katamnese)	Therapeut	Behandlungszufriedenheit
Therapieziele	Therapeut und Patient	Zielerreichung
Frage: „Hat sich die Therapie gelohnt?“ (bei Therapieende)	Therapeut	Behandlungserfolg
Frage: „Wie hat Ihnen die Behandlung insgesamt geholfen?“ (bei Therapieende)	Patient	Behandlungserfolg
Frage: „Hat Ihnen die Therapie rückblickend geholfen?“ (bei Katamnese)	Patient	Behandlungserfolg
Frage: „Wie geht es Ihnen heute in Bezug auf die damaligen Probleme?“ (bei Katamnese)	Patient	Ist Zustand

Tabelle 13: Messinstrumente zur Erfolgsbeurteilung, Abk. siehe Text

Die Prä-Post Messungen wurden zu 3 Zeitpunkten durchgeführt. Hierfür werden im Verlauf der Studie folgende Bezeichnungen verwendet:

- t0 = Therapiebeginn
- t1 = Therapieende
- t2 = Katamnese

Die verschiedenen Beurteilungsmethoden bilden die Veränderung, bzw. den Therapieerfolg auf unterschiedlichen Skalen ab. Es soll trotzdem versucht werden, diese Skalen und Ergebnisse miteinander in Bezug zu setzen. Hierzu wurden die Therapien in erfolgreich und nicht erfolgreich eingeteilt. Für die einzelnen Messverfahren wurde der Therapieerfolg wie in Tabelle 14 zusammengestellt, definiert:

Verfahren	Abk. im Text	Therapieerfolg
SCL-90-R	SCL	geheilt, gebessert
IIP-D	IIP	geheilt, gebessert
GAF	GAF	normales Funktionsniveau
BSS	BSS	normales Funktionsniveau
CGI	CGI	viel besser, wenig besser
HAQ	HAQ	zutreffend, wahrscheinlich zutreffend
Therapieziele	Ziele	mehr als erreicht, erreicht
Frage: „Hat sich die Therapie gelohnt?“ (bei Therapieende)	T	die Therapie hat sich gelohnt
Frage: „Wie hat Ihnen die Behandlung insgesamt geholfen?“ (bei Therapieende)	P _{Ende}	die Therapie hat geholfen
Frage: „Hat Ihnen die Therapie rückblickend geholfen?“ (bei Katamnese)	P _{Kat}	die Therapie hat geholfen
Frage: „Wie geht es Ihnen heute in Bezug auf die damaligen Probleme?“ (bei Katamnese)	P _{Bef}	Befinden sehr gut und gut

Tabelle 14: Messinstrumente zur Erfolgsbeurteilung, Definition „erfolgreiche Therapie“

Es ist so möglich, die einzelnen Beurteilungsverfahren auf den gemeinsamen Nenner einer erfolgreichen Therapie zusammenzuführen. Auf diese Einteilung wird bei den statistischen Auswertungen zurückgegriffen, es werden die aufgelisteten Abkürzungen verwendet.

3.6.2 Effektstärken

Als Maß für die Veränderung bei Prä-Post Testungen wird in psychotherapeutischen Studien die Berechnung von Effektstärken eingesetzt. In der vorliegenden Katamnesestudie wurden Effektstärken für verschiedene Messinstrumente (SCL-90-R, IIP-D, GAF und BSS) mit der folgenden Formel berechnet (Cohen, 1988):

$$ES = (M_{\text{prä}} - M_{\text{post}}) / SD_{\text{prä}}$$

ES = Effektstärke

$M_{\text{prä}}$ = Mittelwert des Prä-Tests

M_{post} = Mittelwert des Post-Tests

$SD_{\text{prä}}$ = Standardabweichung des Prä-Tests

Die Effektstärke ergibt sich aus der Division der Mittelwertsdifferenz von Post-Prä oder Prä-Post Werten (je nach Polung der Messskalen) durch die Standardabweichung der Prä-Werte. Eine Verschlechterung wird als negative Effektstärke dargestellt.

Die Effektstärken können folgendermaßen eingeteilt werden (Cohen, 1988):

ES 0,2 – 0,5 klein

ES 0,5 – 0,8 mittel

ES > 0,8 groß

Die so errechneten Effektstärken geben Auskunft über Therapie- bzw. Veränderungseffekte einer Patientengruppe, nicht des einzelnen Patienten.

3.6.3 Klinische Signifikanz

Die vorbeschriebene Effektstärke ist ein Maß für die Veränderung zweier Messergebnisse, sie gibt keine Aussage über die klinische Relevanz der Veränderung. Zudem lässt ein Vergleich der Mittelwerte über alle Patienten keine Aussage der Veränderung eines einzelnen Individuums zu.

Bereits 1984 schlugen Jacobson et al. die Berechnung eines statistischen Mindestveränderungskriteriums vor, das in vielen Psychotherapiestudien Verwendung findet (Jacobson & Truax, 1991). Man spricht von der kleinsten statistisch bedeutsamsten Veränderung, wenn die Differenz von Post und Prä Werten den errechneten Cut-off Wert, der als Standardfehler der individuellen Rohwertedifferenzen (SE_{diff}) multipliziert mit den Vertrauensgrenzen der kritischen Differenzen (Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%), definiert ist, überschreitet. Bei dieser Berechnung kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass keine Veränderung stattgefunden hat bei zweiseitiger Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 5% ist, d.h. es kann so entschieden werden, ob die beobachtete Veränderung eine wirkliche psychometrische Veränderung darstellt (Assmann, 2003; Hautzinger et al., 1996).

$$(X_{\text{post}} - X_{\text{prä}}) \geq SE_{\text{diff}} * 1,96$$

$$\text{Mit } SE_{\text{diff}} = SD_{\text{prä}} * \sqrt{2 * (1 - REL\alpha)}$$

$X_{\text{prä}}$ = Wert des Prä-Tests

X_{post} = Wert des Post-Tests

SE_{diff} = Standardfehler der Rohwertedifferenzen

$SD_{\text{prä}}$ = Standardabweichung Prä-Test

$REL \alpha$ = Reliabilitätsmaß, hier Cronbachs α

Als Reliabilitätsmaß ($REL \alpha$) bietet sich die interne Konsistenz (Cronbachs α) an, da die Retest-Reliabilität für Patientenstichproben schwer zu interpretieren ist, denn der wahre Wert der Symptombelastung kann auch ohne Behandlung nicht als zeitlich stabil gelten (Schauburg & Strack, 1998). Dieser Wert sollte der Literatur entnommen werden.

Der RCI (Reliable change index) wird analog als der Quotient aus Veränderung der Messwerte und dem Standardfehler der Rohwertedifferenzen definiert.

$$RCI = (X_{\text{post}} - X_{\text{prä}}) / SE_{\text{diff}}$$

Ein $RCI \geq 1,96$ entspricht der kleinsten bedeutsamsten Veränderung. Der RCI sollte für die Population, aus der der Patient entstammt, errechnet werden, denn die Höhe der Reliabilität kann bei Patienten anders sein als bei Gesunden (Franke, 2002; Sandweg et al., 1991).

Der RCI, als kleinste bedeutsame Veränderung, ist eine Voraussetzung für die Definition klinisch bedeutender Veränderung. Im klinischen Alltag findet die Veränderung oft auf sehr hohem Niveau statt, so dass die Mindestveränderung (RCI) teilweise zu gering ist um von einer Heilung zu sprechen (wenn ein Patient sich zwar verbessert, nach der Therapie aber immer noch als krank eingestuft werden muss).

Jacobson und Truax entwickelten 1991 (Jacobson & Truax, 1991) einen Ansatz für die Beurteilung klinisch relevanter Änderung. Diesem Ansatz liegt die Idee zugrunde, dass klinische Signifikanz mit dem Wechsel eines Individuums, bzw. Patienten von einer dysfunktionalen in eine funktionale (normale) Population verbunden ist; d.h. ein Patient gilt als klinisch signifikant gebessert, wenn sich seine Symptombelastung nach der Therapie im Bereich der unbelasteten Population befindet. Hierbei muss die Veränderung mindestens dem RCI entsprechen.

Für diesen Wechsel wird ein Cut-Off Wert festgelegt, der die belastete von der unbelasteten Gruppe teilt, und dessen Unterschreitung eine klinische Signifikanz (CS) definiert (Jacobson & Truax, 1991). Ein Patient hat sich dann klinisch relevant gebessert, wenn der individuelle Post-Wert mindestens zwei Standardabweichungen unter dem Prä-Mittelwert der Patientengruppe liegt. Auch der Cut-off Wert für die klinische Signifikanz sollte diagnosespezifisch für die Population aus der der Patient stammt, festgelegt werden (Geiser et al., 2000).

Stehen Normwerte zur Verfügung, können die Verteilungen der funktionalen und dysfunktionalen Population direkt über die Mittelwerte und Streuungen miteinander verglichen werden (Jacobson & Truax, 1991; Schmitz & Davis-Osterkamp, 1997).

$$C = \frac{M_{\text{prä}} * SD_{\text{norm}} + M_{\text{norm}} * SD_{\text{prä}}}{SD_{\text{norm}} + SD_{\text{prä}}}$$

$M_{\text{prä}}$ = Mittelwert des Prä-Tests

M_{norm} = Mittelwert der Normgruppe

$SD_{\text{prä}}$ = Standardabweichung der Prä-Werte

SD_{norm} = Standardabweichung der Normwerte

Das Konzept der klinischen Signifikanz ist mit generellen Problemen behaftet und kann daher auch kritisch gesehen werden. So ist die Einteilung in belastet und unbelastet immer statistischer Natur, ihr liegen Mittelwerte und Normgruppen zu Grunde. Diese Einteilung kann jedoch aus Sicht des einzelnen Patienten oder auch des Therapeuten inadäquat sein. So kann ein Patient nach oben genannter Einteilung unbelastet sein, aber dennoch eine psychische Störung aufweisen, sowie anders herum. Für viele Störungen kann das Kriterium des Cut-off-Wertes auch zu streng gewählt sein, nur wenige Patienten schaffen den Wechsel in eine unbelastete Gruppe, obwohl die Patientenzufriedenheit mit dem Therapieerfolg groß ist.

Das Konzept der klinischen Signifikanz findet speziell für die SCL-90-R (Schmitz & Hartkamp, 2000) und das IIP-D Verwendung.

3.6.4 Statistisches Vorgehen

Die Daten der Basisdokumentation, sowie der Katamnesebefragung wurden in einer eigens in MS Access programmierten Datenbank eingegeben und verwaltet.

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Version 11.

Bei den statistischen Analysen wurden entsprechend der Datenstruktur Kreuztabellen und Chi² Tests für ordinale und nominale Variablen und t-Tests für intervallskalierte Variablen eingesetzt. Zur Testung von Prä-Post Werten wurden t-Tests verbundener Stichproben durchgeführt.

Weiter wurden für die Prä-Post-Tests Effektstärken als Maß der Veränderung, sowie der Reliable Change Index (RCI) berechnet. Der RCI wurde für jeden Patienten und jede Skala der verschiedenen Tests einzeln ermittelt. Die Ergebnisse wurden anschließend bezüglich ihrer klinischen Signifikanz (CS) eingeteilt und beurteilt.

Zur Beurteilung von Einflussfaktoren auf das Therapie-, bzw. Katamneseergebnis wurden Varianzanalysen durchgeführt. Hierbei wurden die Faktoren jeweils mit den Therapieerfolgsbeurteilungen der Therapeuten (T), der Patienten bei Therapieende (P_{Ende}), sowie der Patienten bei Katamnese (P_{Kat}) getestet. Auch der Einfluss von Faktoren auf die Höhe der Belastungen wurde varianzanalytisch untersucht. Die Einflussfaktoren wurden zudem zweiseitig mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Messzeitpunkte getestet.

Für die Interpretation wurde generell ein Signifikanzniveau von 5% ($p \leq 0,05$) festgelegt, auf eine alpha Fehlerkorrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni wurde auf Grund des explorativen Charakters der Studie verzichtet.

4 Ergebnisse

4.1 Belastungen und ihre Veränderung

Die Veränderung von Belastungen, bzw. Problemen lassen sich mittels Prä-Post Testungen erfassen. Hierzu wurden den Patienten wie in Kapitel 3.3 beschrieben die Selbstbeurteilungsbögen (SCL-90-R und IIP-D) vor und nach der Behandlung, sowie zum Katamnesezeitpunkt vorgelegt. Die Fremdbeurteilungsinstrumente (BSS und GAF) wurden von den Therapeuten zu Beginn und Ende der Therapie ausgefüllt.

4.1.1 Veränderung der multiplen Symptomatik SCL-90-R

Wie bereits in Abschnitt 3 beschrieben, liegt die durchschnittliche Grundbelastung der Patienten bei Therapiebeginn für alle Skalen, sowie dem globalen Kennwert GSI weit über der Normgruppe. Auch am Ende der Therapie, sowie zum Zeitpunkt der Katamnese liegen die Mittelwerte noch über den Mittelwerten der normierten Vergleichsgruppe, es zeigt sich jedoch bei allen Skalen, sowie dem GSI eine signifikante Besserung von prä zu post, sowie von prä zu Katamnese (Abbildung 13).

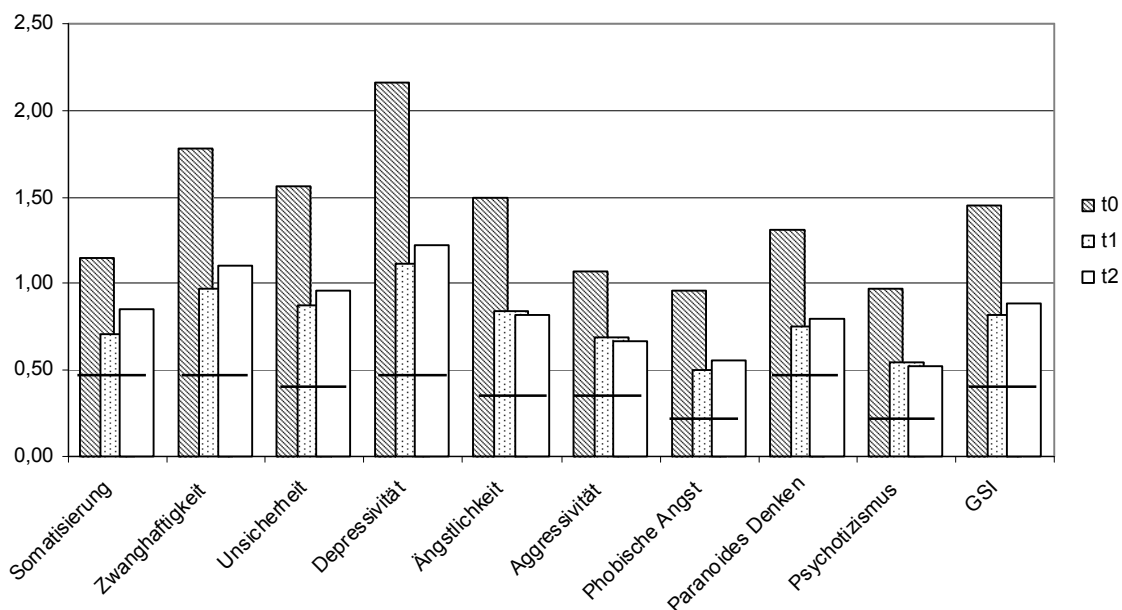


Abbildung 13: Mittelwerte SCL-90-R, t0= Therapiebeginn, t1= Therapieende t2= Katamnese
horizontale Linie=Normstichprobe N1,

In Tabelle 15 sind die Mittelwerte, die Effektstärken sowie der Prozentsatz der Patienten, deren RCI $\geq 1,96$ war, und die eine klinisch (CS) signifikante Veränderung erfahren haben, für die einzelnen Skalen der SCL-90-R zusammengestellt.

		M pre	M post	SD pre	SD post	t-Wert	p	ES	RCI %	CS %
t0 bis t1	Somatisierung	1,15	0,71	0,81	0,66	4,82	0,000	0,54	22,2%	15,6%
	Zwanghaftigkeit	1,78	0,98	0,86	0,69	8,71	0,000	0,93	39,3%	23,7%
	Unsicherheit	1,56	0,87	0,90	0,65	7,43	0,000	0,77	31,9%	17,0%
	Depressivität	2,16	1,11	0,85	0,84	10,27	0,000	1,23	57,0%	43,0%
	Ängstlichkeit	1,50	0,85	0,89	0,68	6,83	0,000	0,73	31,9%	19,3%
	Aggressivität	1,07	0,69	0,82	0,74	4,06	0,000	0,46	15,6%	8,9%
	Phobische Angst	0,97	0,50	0,87	0,62	5,32	0,000	0,53	8,1%	3,0%
	Paranoides Denken	1,31	0,75	1,01	0,66	5,34	0,000	0,55	17,0%	7,4%
	Psychotizismus	0,97	0,54	0,71	0,58	5,39	0,000	0,61	19,3%	10,4%
	GSI	1,45	0,82	0,66	0,59	8,31	0,000	0,96	68,1%	41,5%
		M pre	M post	SD pre	SD post	t-Wert	p	ES	RCI %	CS %
t0 bis t2	Somatisierung	1,15	0,85	0,81	0,83	3,46	0,001	0,37	17,0%	11,9%
	Zwanghaftigkeit	1,78	1,11	0,86	0,92	6,75	0,000	0,78	37,8%	28,1%
	Unsicherheit	1,56	0,96	0,90	0,79	6,65	0,000	0,67	30,4%	22,2%
	Depressivität	2,16	1,23	0,85	0,98	8,88	0,000	1,10	51,9%	40,7%
	Ängstlichkeit	1,50	0,82	0,89	0,86	7,08	0,000	0,76	37,8%	30,4%
	Aggressivität	1,07	0,67	0,82	0,79	4,56	0,000	0,48	23,0%	18,5%
	Phobische Angst	0,97	0,56	0,87	0,72	5,38	0,000	0,47	12,6%	8,9%
	Paranoides Denken	1,31	0,79	1,01	0,78	5,22	0,000	0,51	17,0%	12,6%
	Psychotizismus	0,97	0,52	0,71	0,57	6,09	0,000	0,64	20,0%	16,3%
	GSI	1,45	0,88	0,66	0,71	7,48	0,000	0,86	61,5%	45,9%

Tabelle 15: SCL-90-R für die Zeiträume: Therapiebeginn bis Therapieende (t0 bis t1) und Therapiebeginn bis Katamnese (to bis t2), M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t-Test, ES=Effektstärke, N=135, RCI=reliable change index, CS=clinical significance

Die Mittelwerte aller Skalen änderten sich signifikant von Beginn der Behandlung bis hin zum Therapieende, bzw. zum Katamnesezeitpunkt. Die Therapien bewirkten offenbar eine Besserung über das gesamte Störungsspektrum. Die Effektstärken der Veränderung lagen im mittleren bis hohen Bereich.

Für die Bestimmung der klinischen Signifikanz nach Jacobson ist die Festlegung, bzw. Berechnung des Cut-off Wertes für den RCI (Reliable change index), sowie für die klinische Signifikanz erforderlich. Die nachfolgende Tabelle 16 zeigt die für diese Patientenpopulation ermittelten Werte.

	Cut-off-Werte für RCI ($SE_{Diff} * 1,96$, Ausmaß der Veränderung)	Cut-off-Werte für die klinische Signifikanz
Somatisierung	0,93	0,72
Zwanghaftigkeit	0,99	0,90
Unsicherheit	0,99	0,82
Depressivität	0,85	1,08
Ängstlichkeit	0,99	0,73
Aggressivität	1,08	0,61
Phobische Angst	1,20	0,45
Paranoides Denken	1,35	0,75
Psychotizismus	0,85	0,47
GSI	0,32	0,78

Tabelle 16: SCL-90-R, Cut-off-Werte für den RCI und die klinische Signifikanz

Ein Therapieergebnis ist immer dann klinisch signifikant, wenn der Cut-off Wert für die klinische Signifikanz unterschritten wird, d.h. der Patient von der dysfunktionalen in die funktionale Gruppe wechselt. Nachdem gleichzeitig die Mindestveränderung ($RCI \geq 1,96$) erreicht werden muss, ergeben sich folgende Gruppen von Therapieergebnissen (Geiser et al., 2001):

- „geheilt“ klinisch signifikant gebessert
- „gebessert“ nur Mindestverbesserung, $RCI \geq 1,96$, klinische Signifikanz nicht gegeben
- „unverändert“ keine Veränderung
- „verschlechtert“ Verschlechterung, wobei die klinische Signifikanz unberücksichtigt bleibt

Diese Einteilung findet in verschiedenen Therapiestudien Verwendung (Schmitz & Davis-Osterkamp, 1997, Schauenburg & Strack, 1998; Geiser et al., 2001; Brockmann et al., 2003; Sammet et al., 2004), und ist theoretisch gut nachvollziehbar. Sie findet daher auch für diese Studie Anwendung. Wobei zu überlegen ist, ob die Aufteilung in *geheilte* und *gebesserte* Patienten tatsächlich von relevanter Bedeutung für die Beurteilung des Therapieerfolges ist, oder ob, wie von Geiser (Geiser et al., 2000) vorgeschlagen, eine Mindestveränderung (d.h. *gebessert*) ausreichend für den Nachweis eines Therapieerfolges ist, da das Erreichen eines funktionalen Symptommiveaus sehr stark vom Ausgangswert des Patienten abhängig ist, d.h. wer schon bei Therapiebeginn nah am funktionalen Niveau liegt wird dieses eher erreichen als ein Patient, dessen Symptombelastung sehr hoch ist.

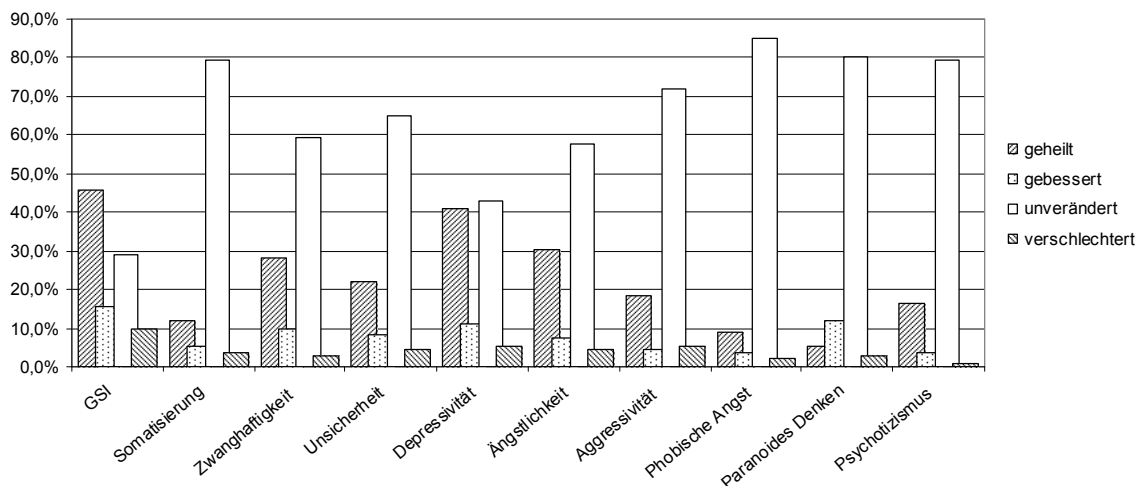


Abbildung 14: SCL-90-R bei Katamnese, Einteilung in „geheilt“, „gebessert“, „unverändert“, „verschlechtert“

In Abbildung 14 ist zu erkennen, dass die Symptomveränderungen bei den einzelnen Skalen nach oben genannter Definition oft die Mindestveränderung nicht erreicht, die Patienten daher in der *unveränderten* Gruppe bleiben. Dies liegt insbesondere an der großen Streuung der Werte, sowie daran, dass viele Patienten bei einzelnen Skalen bereits bei Therapiebeginn ein funktionales Symptommiveau aufwiesen oder die Werte nah am Cut-off-Wert lagen (siehe Tabelle 17). Die Patienten können dann zwar bei Therapieende der funktionalen Gruppe zugeordnet werden, ohne jedoch die Mindestveränderung erfahren zu haben ($RCI < 1,96$). Die Einteilung erscheint daher für die einzelnen Skalen der SCL-90-R nicht sinnvoll und wird im Weiteren nur für den globalen Kennwert der SCL-90-R, den GSI angewandt. In den Vergleichsstudien findet diese Einteilung ebenfalls nur für den globalen Kennwert der SCL-90-R, den GSI, Verwendung.

	Therapiebeginn	Therapieende	Katamnese
Somatisierung	38,5%	62,2%	56,3%
Zwanghaftigkeit	20,7%	54,1%	53,3%
Unsicherheit	25,2%	57,8%	51,1%
Depressivität	12,6%	60,0%	53,3%
Ängstlichkeit	24,4%	56,3%	63,0%
Aggressivität	31,1%	57,8%	62,2%
Phobische Angst	20,7%	63,7%	63,0%
Paranoides Denken	37,8%	57,0%	57,8%
Psychotizismus	28,2%	56,3%	57,0%
GSI	14,8%	46,7%	53,3%

Tabelle 17: Prozentsatz der Patienten die der funktionalen Gruppe zugeordnet werden können

Für den GSI wurde die Unterteilung der Patienten in weitere Gruppen vorgenommen, die dem Punkt, dass schon vor der Therapie ein funktionales Funktionsniveau bestand, Rechnung trägt (Tabelle 18 und Abbildung 15).

neue Bezeichnung	Veränderung	Ursprüngliche Bezeichnung
geheilt d zu f	verbessert, von dysfunktional nach funktional	geheilt
gebessert d zu f	verbessert, jedoch RCI<1,96, von dysfunktional nach funktional	unverändert
gebessert in d	verbessert, innerhalb der dysfunktionalen Gruppe	gebessert
gebessert in f	verbessert, innerhalb der funktionalen Gruppe	geheilt
unverändert in d	unverändert, innerhalb der dysfunktionalen Gruppe	unverändert
unverändert in f	unverändert, innerhalb der funktionalen Gruppe	unverändert
verschlechtert, f zu d	verschlechtert, von funktional zu dysfunktional	verschlechtert
verschlechtert in d	verschlechtert, innerhalb der dysfunktionalen Gruppe	verschlechtert
verschlechtert in f	verschlechtert, innerhalb der funktionalen Gruppe	verschlechtert

Tabelle 18: genauere Unterteilung der klinischen Signifikanz, d= dysfunktionale Gruppe, f= funktionale Gruppe

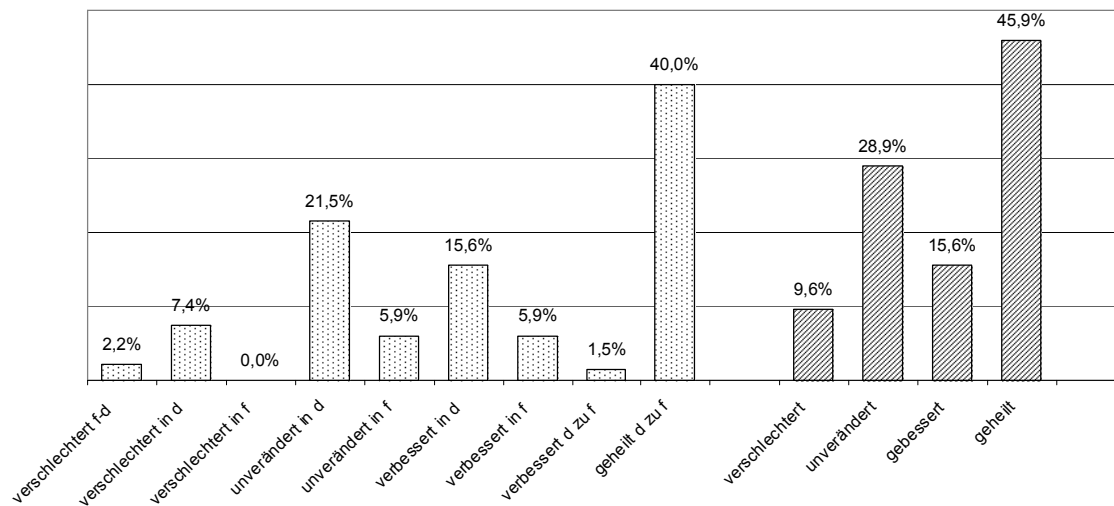


Abbildung 15: SCL-90-R bei Katamnese, d= dysfunktionale Gruppe, f= funktionale Gruppe, Vergleich der verschiedenen Einteilungen

Für den GSI wird deutlich, dass 5,9% der Patienten, die der *unveränderten* Gruppe zugeordnet wurden sowohl vor als auch nach der Therapie ein funktionales Belastungsniveau aufwiesen, und ebenfalls 5,9% der Patienten der *geheilten* Gruppe zugerechnet wurden, obwohl sie vor der Therapie bereits ein funktionales Funktionsniveau aufwiesen (siehe Abbildung 15). Diese weitere Unterteilung ist jedoch sehr aufwendig und nur noch schwer zu überbli-

cken, sie bringt auch für den GSI, als globalen Kennwert keine nennenswerten Veränderungen, so dass für diese Studie die Einteilung in 4 Gruppen Verwendung finden kann, obwohl die genannten Fehlerquellen gegeben sind.

Bezogen auf den GSI können 41,5 % der Patienten bei Therapieende als geheilt, 26,6% als gebessert angesehen werden, d.h. 68,1 % der Patienten haben sich bezüglich ihrer Symptomatik signifikant verbessert (Tabelle 15).

Auch über das Katamneseintervall kann diese Besserung aufrechterhalten werden. 45,9% der Patienten können per definitionem als geheilt, 15,6% als gebessert bezeichnet werden, also insgesamt eine stabile Besserung der Symptomatik bei 61,5% der Patienten (Tabelle 15). 53,3 % der Patienten wiesen bei Katamnese ein funktionales Belastungsniveau auf (Tabelle 16).

4.1.2 Veränderung der interpersonalen Probleme IIP-D

Auch für das IIP-D wurden Mittelwertvergleiche, Effektstärkenberechnung und Signifikanztests für 3 Messpunkte durchgeführt.

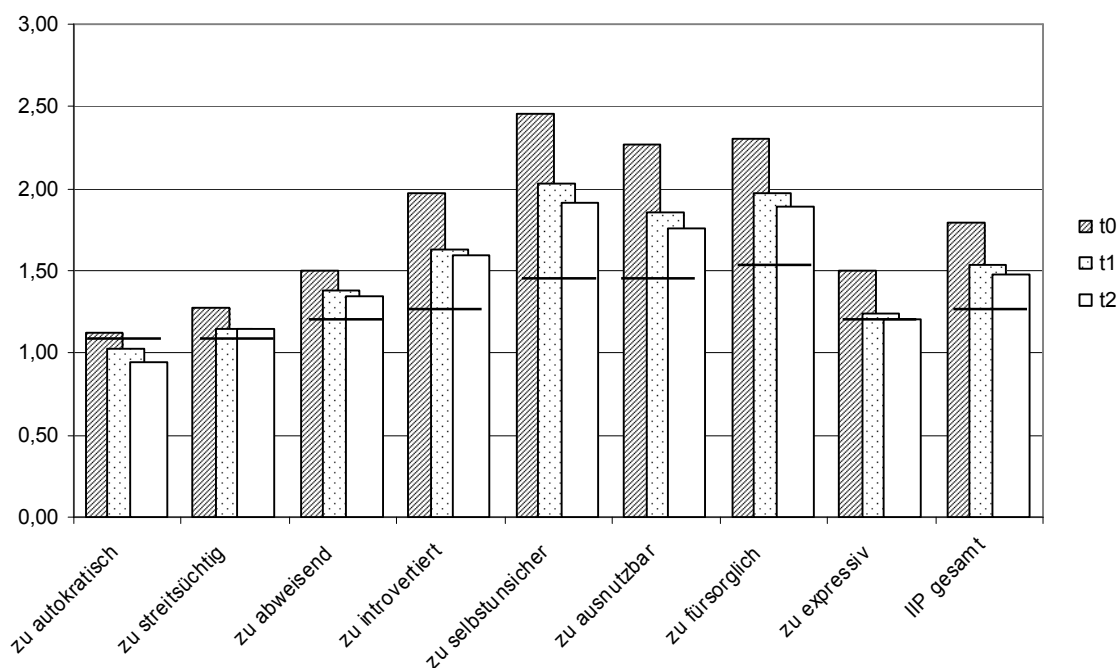


Abbildung 16: Mittelwerte IIP-D, t0= Therapiebeginn, t1= Therapieende t2= Katamnese, horizontale Linie= Normstichprobe

Es zeigt sich, dass die Mittelwerte aller Skalen, sowie des IIP-D Gesamtwertes (IIP_{ges}) bei Behandlungsbeginn über der Normpopulation liegen (Abbildung 16). Über alle Skalen ist ein

Rückgang der interpersonalen Probleme zu verzeichnen, dieser fällt jedoch wesentlich geringer aus als bei der vorbeschriebenen SCL-90-R. Dies bestätigt die Ergebnisse anderer Studien, die ebenfalls eine deutlich geringere Veränderung interpersonaler Probleme als symptombezogene Beschwerden feststellten (Franke et al., 2005; Bauer et al., 2005; Liedtke & Geiser, 2001). Interpersonale Schwierigkeiten scheinen demnach änderungsresistenter als allgemeine psychische Probleme zu sein (Horowitz et al., 2000). Die Belastungswerte liegen bei Therapiebeginn für einige Skalen (*zu autokratisch, zu streitsüchtig, zu abweisend, zu expressiv*) bereits nah am Niveau der Normstichprobe. Insgesamt ist die interpersonale Belastung der Patienten weniger ausgeprägt, als deren symptomatische Belastung.

		M pre	M post	SD pre	SD post	t-Wert	p	ES	RCI %	CS %
t0 bis t1	zu autokratisch	1,12	1,03	0,70	0,66	0,52	0,604	0,13	5,1%	4,4%
	zu streitsüchtig	1,27	1,14	0,65	0,57	1,91	0,057	0,20	15,7%	11,2%
	zu abweisend	1,50	1,38	0,75	0,70	1,68	0,094	0,16	9,7%	6,7%
	zu introvertiert	1,98	1,63	0,88	0,81	3,91	0,000	0,40	17,9%	10,4%
	zu selbstunsicher	2,45	2,03	0,78	0,74	5,02	0,000	0,55	20,0%	14,1%
	zu ausnutzbar	2,26	1,85	0,74	0,67	4,79	0,000	0,56	25,9%	17,8%
	zu fürsorglich	2,31	1,97	0,75	0,73	3,59	0,000	0,46	15,6%	12,6%
	zu expressiv	1,50	1,24	0,73	0,71	2,52	0,012	0,35	16,3%	11,9%
	IIP gesamt	1,80	1,53	0,49	0,51	4,37	0,000	0,54	23,0%	19,3%
t0 bis t2	zu autokratisch	1,12	0,94	0,70	0,69	1,84	0,067	0,26	11,1%	8,1%
	zu streitsüchtig	1,27	1,15	0,65	0,61	1,85	0,066	0,19	16,5%	14,3%
	zu abweisend	1,50	1,35	0,75	0,75	2,02	0,044	0,20	18,0%	14,3%
	zu introvertiert	1,98	1,60	0,88	0,91	4,00	0,000	0,43	20,1%	16,4%
	zu selbstunsicher	2,45	1,92	0,78	0,92	5,77	0,000	0,69	32,6%	26,7%
	zu ausnutzbar	2,26	1,76	0,74	0,85	5,66	0,000	0,68	28,9%	25,2%
	zu fürsorglich	2,31	1,89	0,75	0,85	4,64	0,000	0,56	18,5%	14,8%
	zu expressiv	1,50	1,20	0,73	0,77	2,95	0,003	0,40	20,7%	18,5%
	IIP gesamt	1,80	1,48	0,49	0,61	5,09	0,000	0,66	34,8%	30,4%

Tabelle 19: Skalen des IIP-D für die Zeiträume: Therapiebeginn bis Therapieende (t0 bis t1) und Therapiebeginn bis Katamnese (to bis t2), M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t-Test, ES=Effektstärke, N=135, RCI=reliable change index, CS=clinical significance

Die Effektstärken der Veränderung fallen niedrig bis mittel aus, signifikante Veränderungen ergeben sich für die Skalen *zu introvertiert, zu selbstunsicher, zu ausnutzbar, zu fürsorglich, zu expressiv*, sowie für den IIP_{ges}. Diese Skalen weisen auch die höchste Belastung bei Therapiebeginn auf. Bis auf die Skala *zu streitsüchtig*, die bei den Patienten von vornherein nicht sehr auffällig ausgeprägt war, ist über alle Skalen eine Verbesserung, wenn auch mit geringen Effektstärken, zu verzeichnen.

Tabelle 20 zeigt die Zusammenstellung der Cut-off-Werte für den RCI und die klinische Signifikanz für die einzelnen Skalen, sowie den IIP_{ges}.

	Cut-off-Werte für RCI (SE _{Diff} * 1,96, Ausmaß der Veränderung)	Cut-off-Werte für die klinische Signifikanz
zu autokratisch	0,94	1,11
zu streitsüchtig	0,73	1,17
zu abweisend	0,95	1,34
zu introvertiert	0,91	1,58
zu selbstunsicher	0,89	1,94
zu ausnutzbar	0,84	1,84
zu fürsorglich	1,06	1,88
zu expressiv	0,84	1,35
IIP _{ges}	0,51	1,55

Tabelle 20: IIP-D, Cut-off-Werte für den RCI und die klinische Signifikanz

Die Einteilung der Patienten erfolgte primär wieder in die 4 Gruppen: *geheilt*, *gebessert*, *unverändert*, *verschlechtert*. Wie schon bei der SCL-90-R ergibt sich auch beim IIP-D, und hier sogar noch ausgeprägter, die Problematik, dass viele Patienten speziell bei den Einzelskalen mit Ihren Werten bei Therapiebeginn bereits nahe, bzw. unter dem errechneten Cut-off Wert für die klinische Signifikanz liegen, und somit eine „Heilung“ nach den genannten Kriterien nicht mehr möglich ist.

In Tabelle 21 sind die Prozentsätze der Patienten die der funktionalen Gruppe zugeordnet werden können zusammengestellt. Dies veranschaulicht nochmals, dass ca. ¼, bei manchen Skalen sogar fast die Hälfte der Patienten zu Therapiebeginn bereits unter dem Cut-off-Wert für die klinische Signifikanz liegen, d.h. ein funktionales Funktionsniveau aufweisen. Zum Katamnesezeitpunkt haben ca. 50% der Patienten über alle Skalen ein unbelastetes Niveau erreicht, und können somit als gesund gelten.

	Therapiebeginn	Therapieende	Katamnese
zu autokratisch	54,8%	51,1%	60,7%
zu streitsüchtig	47,4%	57,8%	58,5%
zu abweisend	45,9%	48,2%	47,4%
zu introvertiert	33,3%	48,9%	49,6%
zu selbstunsicher	23,7%	44,4%	48,2%
zu ausnutzbar	24,4%	45,2%	51,1%
zu fürsorglich	25,9%	45,9%	48,9%
zu expressiv	45,2%	57,0%	58,5%
IIP _{ges}	29,6%	47,4%	50,4%

Tabelle 21: IIP-D, Prozentsatz der Patienten die der funktionalen Gruppe zugeordnet werden können

Für den IIP_{ges} wurde, wie bereits für den globalen Wert der SCL-90-R, die Einteilung der Therapieerfolge gemäß Tabelle 18 noch verfeinert, um dem Ausgangsniveau der Patienten gerecht zu werden (siehe Abbildung 17). So erscheinen 12,6% der Patienten, die bereits bei Therapiebeginn als gesund angesehen werden können, in der *unveränderten* Gruppe, und 8,2% dieser Patienten in der *geheilten* Gruppe. 5,2% der Patienten veränderten sich nicht statistisch signifikant, wechselten jedoch trotzdem von der dysfunktionalen in die funktionale Gruppe.

Zusammengefasst können zum Katamnesezeitpunkt nach dieser detaillierteren Einteilung 31,8% der Patienten als gebessert, bzw. geheilt angesehen werden, 23,0% bleiben in der funktionalen Gruppe, d.h. sie waren Therapiebeginn bereits als gesund anzusehen, 41,5% haben sich hinsichtlich Ihrer interpersonalen Probleme nicht verändert.

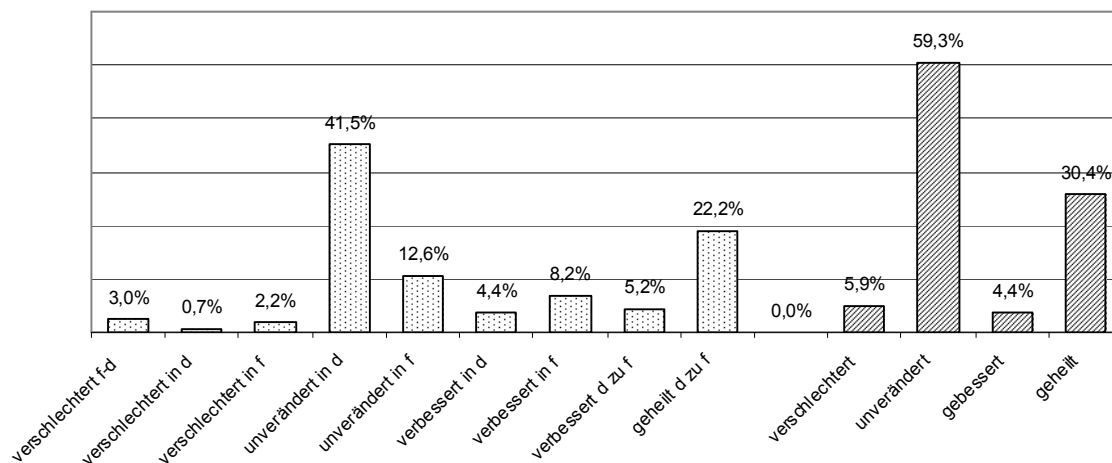


Abbildung 17: $IIP-D_{ges}$ bei Katamnese, d= dysfunktionale Gruppe, f= funktionale Gruppe

Für die weitere Auswertung, wurde die Einteilung in die 4 Gruppen *geheilt*, *gebessert*, *unverändert* und *verschlechtert* beibehalten, da diese übersichtlicher und allgemein üblicher ist.

Während des Katamneseintervalls kam es nochmals bei fast allen Skalen zu einer Verbesserung. Hinsichtlich ihrer interpersonalen Probleme können bei Therapieende 23,0% der Patienten als *gebessert*, bzw. *geheilt* angesehen werden, gegenüber 34,8% zum Katamnesezeitpunkt (siehe Tabelle 19). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass 50,4% der Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese ein normales Belastungsniveau aufwiesen (siehe Tabelle 21).

4.1.3 Veränderung der Belastungsschwere (GAF, BSS)

Die GAF und der BSS sind Fremdbeurteilungsskalen zur Einschätzung der Belastungsschwere (Lange & Heuft, 2002). Beide Skalen spiegeln eine Besserung der Symptombelastung

tung wieder (Abbildung 18, Abbildung 19). Für den BSS erreichten 68,9% am Ende der Therapie ein normales, nicht mehr pathologisches Funktionsniveau (Tabelle 22). Die GAF weist für den in der Literatur beschriebenen Cut-off Wert von $GAF > 70$ (Lange & Heuft, 2002) allerdings nur bei 22,2% der Patienten ein nicht pathologisches Funktionsniveau aus. Es wäre zu überlegen, ob dieser Cut-off-Wert, der eine leichte Beeinträchtigung noch als pathologisch bewertet, nicht zu hoch angesetzt ist.

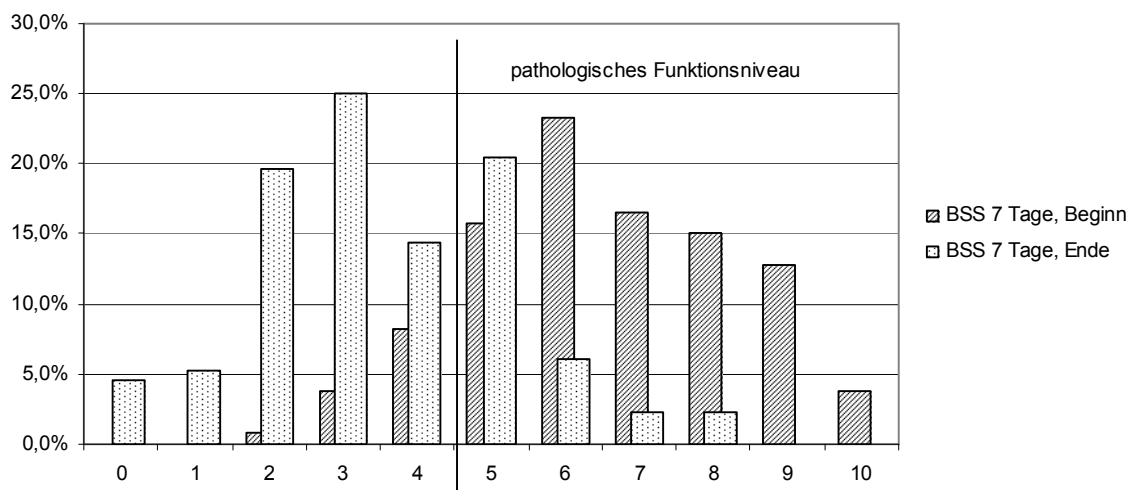


Abbildung 18: BSS-Werte bei Therapiebeginn und Therapieende, Anteil der Patienten in Prozent

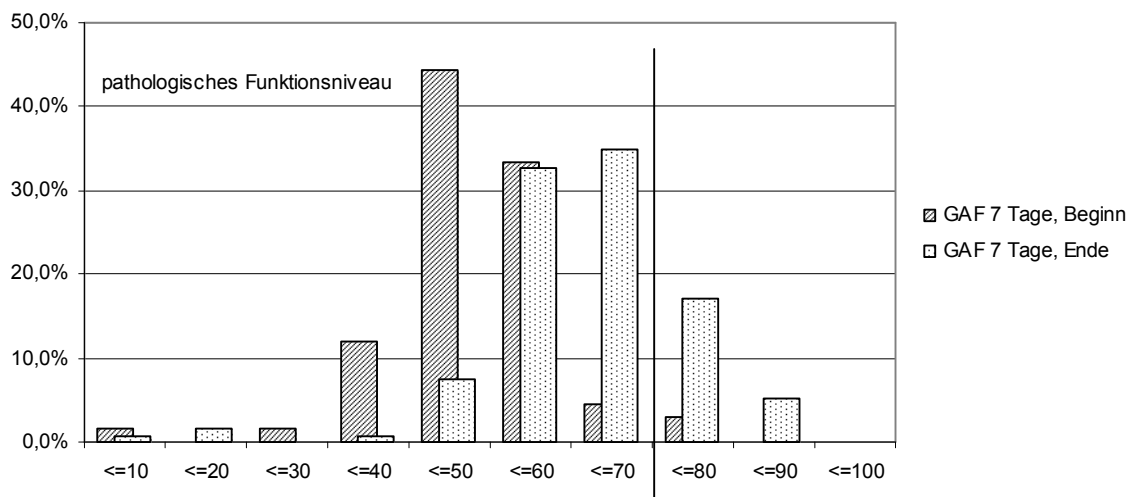


Abbildung 19: GAF-Werte bei Therapiebeginn und Therapieende, Anteil der Patienten in Prozent

			7 Tage vor Therapiebeginn	7 Tage vor Therapieende
GAF	> 70	normales FN	3,0%	22,2%
	≤ 70	pathologisches FN	97,0%	77,8%
BSS	< 4	normales FN	12,8%	68,9%
	≥ 5	pathologisches FN	87,2%	31,1%

Tabelle 22: GAF und BSS bei Therapiebeginn und Therapieende, Anteil der Patienten die ein normales, bzw. pathologisches Funktionsniveau (FN) aufweisen

Alle erzielten Veränderungen der Belastungsschwere sind statistisch signifikant. Die Effektstärken der während der Therapie erzielten Verbesserung (Beginn bis Ende der Therapie) sind für beide Skalen sehr hoch (Tabelle 23).

Während des 1-Jahresintervalls vor der Therapie kam es sowohl für den BSS als auch für die GAF zu einer signifikanten Verschlechterung mit mittleren Effektstärken, d.h. die Patienten haben sich hinsichtlich der Schwere ihrer Beschwerden in dem Jahr vor der Therapie massiv verschlechtert.

Bei beiden Skalen wurde am Ende der Therapie auch im Verhältnis zu dem Befinden ein Jahr vor Therapiebeginn eine deutliche Verbesserung der Belastungsschwere erzielt.

BSS	M pre	M post	SD pre	SD post	t-Wert	p	ES
12 Monate vor Therapie bis Therapiebeginn	5,32	6,53	1,94	1,79	7,36	0,000	0,63
Therapiebeginn bis Therapieende	6,57	3,50	1,75	1,74	20,53	0,000	1,75
12 Monate vor Therapie bis Therapieende	5,34	3,50	1,92	1,74	10,62	0,000	0,96
GAF							
12 Monate vor Therapie bis Therapiebeginn	60,63	51,13	15,30	10,48	-7,55	0,000	0,62
Therapiebeginn bis Therapieende	51,13	65,27	10,48	12,83	-13,01	0,000	1,35
12 Monate vor Therapie bis Therapieende	60,63	65,27	15,30	12,83	-3,65	0,000	0,30

Tabelle 23: BSS und GAF für die Zeiträume 1 Jahr vor Therapie, während der Therapie, 1 Jahr vor Therapie bis Therapieende, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t-Test, ES=Effektstärke, N=135

4.2 Bewertung der stationären Behandlung

Die Beurteilung der stationären Behandlung erfolgte an Hand von Fragebögen sowohl aus Therapeutesicht, als auch aus dem Blickwinkel der Patienten, zudem wurde mit dem HAQ die therapeutische Beziehung beurteilt.

4.2.1 Fremdbeurteilung durch die Therapeuten

Fast 90% der Patienten profitierten aus der Sicht des Therapeuten von der Therapie (Abbildung 20).

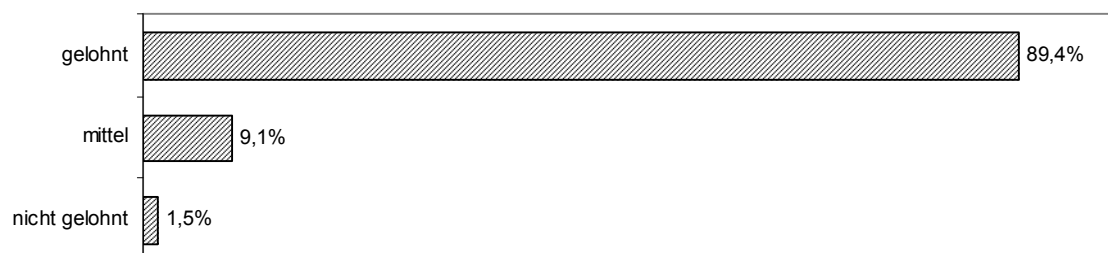


Abbildung 20: Therapiebeurteilung, Beurteilung durch den Therapeuten

Bei Behandlungsende wurde durch den Therapeuten mit dem Clinical Global Impression (CGI) auch das Behandlungsergebnis in Bezug auf die Diagnose beurteilt. In Bezug auf die Hauptdiagnose konnte nur für 2,3% der Patienten ein unverändertes, bzw. verschlechtertes Ergebnis verzeichnet werden. In 80,3% der Fälle wurde eine wesentliche Verbesserung festgestellt (Abbildung 21).

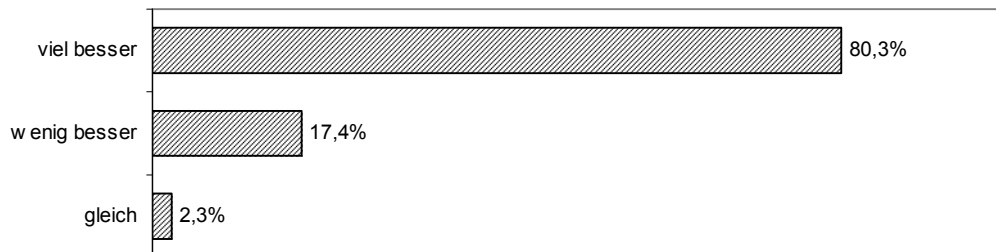


Abbildung 21: CGI für die Hauptdiagnose, Beurteilung durch den Therapeuten

4.2.2 Selbstbeurteilung durch die Patienten

Die Patienten wurden bei Therapieende, sowie zum Katamnesezeitpunkt aufgefordert, den Erfolg der Behandlung rückblickend zu beurteilen (Abbildung 22). Hierbei beurteilten 78,0% der Patienten die Behandlung direkt nach ihrer Beendigung positiv, einige Jahre später waren noch 60,0% der Meinung, die Therapie hätte Ihnen geholfen. Es fällt auf, dass die Therapien direkt bei deren Ende wesentlich positiver beurteilt wurden, als mit dem Abstand von 3-5 Jahren.

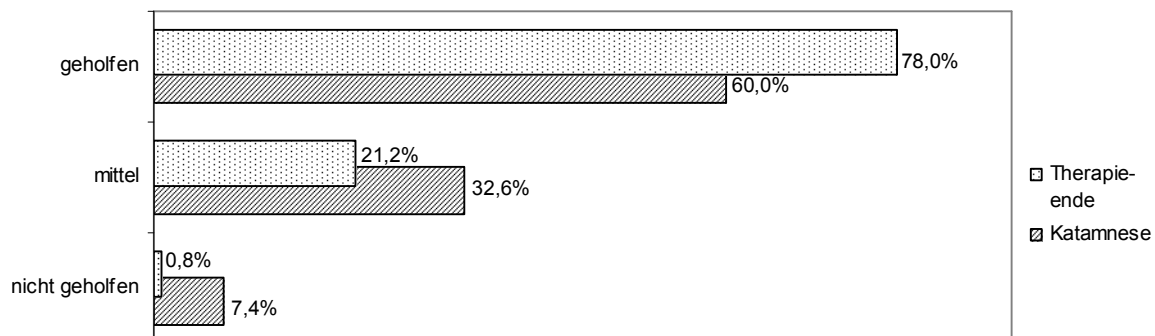


Abbildung 22: Therapiebeurteilung, Beurteilung durch die Patienten

4.2.3 Beurteilung der therapeutischen Beziehung, HAQ

Mit dem HAQ wird die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten während der psychotherapeutischen Behandlung abgebildet.

Insgesamt stufen ca. 80% der Patienten die Fragen zur Zufriedenheit mit der Beziehung zum Therapeuten als zutreffend und sehr zutreffend ein, die Fragen zur Erfolgszufriedenheit

wurden zu ca. 75% positiv bewertet (Abbildung 23). Tendenziell wurde die Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung positiver bewertet, als die Erfolgsszufriedenheit.

Beide Skalen stehen in enger Beziehung zueinander (Korrelation $r=0,43$ nach Bassler et al., 1995).

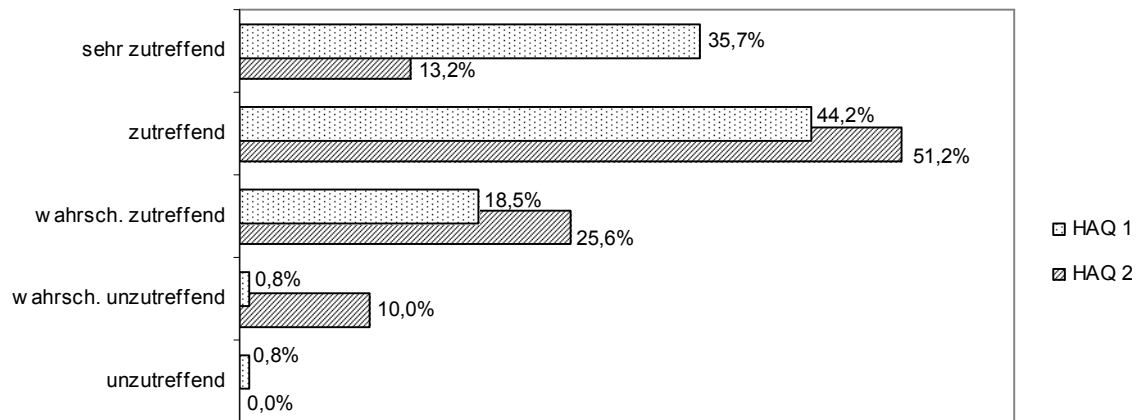


Abbildung 23: HAQ, Beurteilung der therapeutischen Beziehung durch die Patienten, HAQ 1: Zufriedenheit mit der Beziehung zum Therapeuten, HAQ 2: Zufriedenheit mit der Therapie

4.2.4 Beurteilung der individuellen Therapieziele

112 der 135 Patienten formulierten bei Beginn der Therapie individuelle Therapieziele und bewerteten diese bei Therapieende auch.

Es wird ersichtlich, dass nur 10,8% der Patienten ihre Ziele verfehlt haben, ca. 34% gaben an die selbst formulierten Therapieziele erreicht zu haben (Abbildung 24). Über die Hälfte der Patienten erreichten ihre Ziele zumindest teilweise.

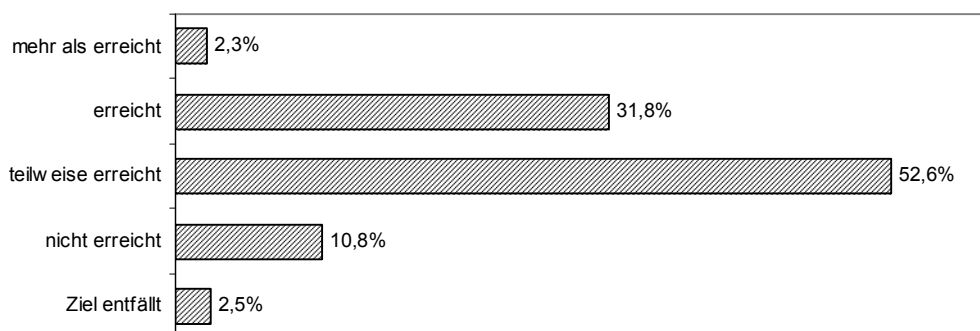


Abbildung 24: Therapieziele, Beurteilung der Zielerreichung am Therapieende

4.2.5 Beurteilung der Therapien

Bei Therapieende wurden die Patienten aufgefordert, die einzelnen Therapieangebote zu beurteilen. In Abbildung 25 sind die Beurteilungen der einzelnen Therapien durch die Patienten zusammengestellt, wobei nur Therapien, bzw. Anwendungen berücksichtigt wurden, die

von mindestens 10 Patienten besucht wurden. Dargestellt ist der Prozentsatz der Anwendungen, der mit *sehr geholfen* und *geholfen* beurteilt wurde, bezogen auf die Teilnehmer.

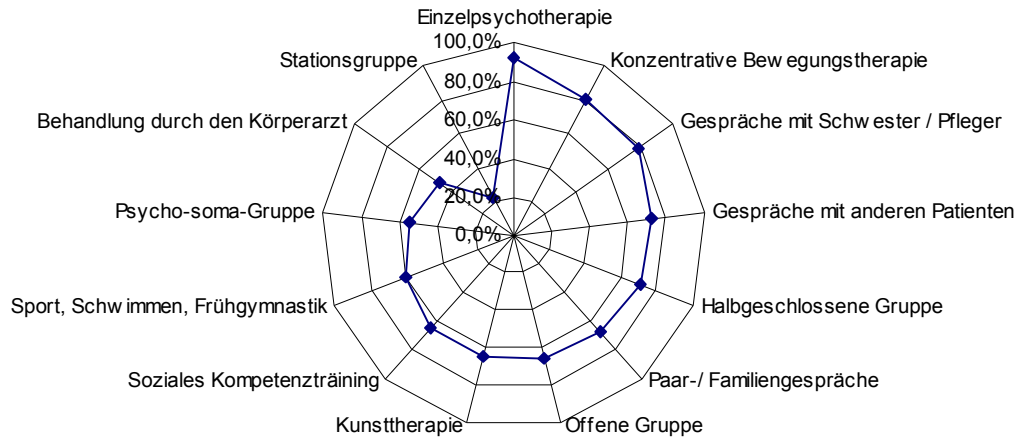


Abbildung 25: Beurteilung der einzelnen Therapien durch die Patienten, Therapie hat *sehr geholfen* oder *geholfen*, Mindestteilnehmerzahl ≥ 10 Patienten

4.3 Katamnesezeitraum

Die Katamnesebefragung erfolgte 3-5 Jahre nach dem Aufenthalt im Klinikum Harlaching. Die Patienten erhielten neben den Fragebögen der SCL-90-R und des IIP-D auch einen Bogen mit frei formulierten Fragen, sowie nochmals einen Erhebungsbogen zu soziodemographischen Daten. Zudem wurde Ihnen eine Kopie ihrer bei Therapiebeginn formulierten Therapieziele mitgeschickt, um diese aus heutiger Sicht nochmals zu beurteilen.

Bei den freien Fragen wurde sowohl nach der rückblickenden Beurteilung der Therapie und dem jetzigen Befinden, als auch nach der Unterstützung durch Angehörige, sowie den weiteren Behandlungen gefragt (siehe Kapitel 3.2.2).

4.3.1 Unterstützung

Ziel der Befragung war es einen Zusammenhang zwischen Therapie und Unterstützung zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden die Patienten gefragt, ob sie sich bei Ihrer Entscheidung für eine Behandlung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching von Angehörigen (Partner, Eltern) unterstützt fühlten (Abbildung 26), und ob sie nach Ihrer Entlassung unterstützt wurden (Abbildung 27).

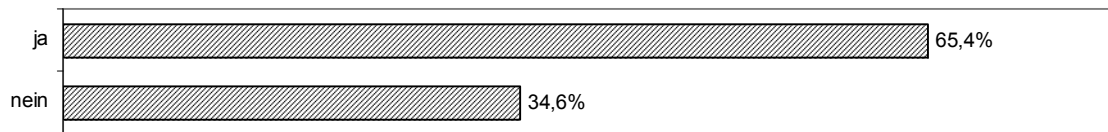


Abbildung 26: Patientenantworten auf die Frage: „Fühlten Sie sich von Ihren Angehörigen (Partner, Familie) bei Ihrer Entscheidung für eine Behandlung in der psychosomatischen Abteilung im KH Harlaching unterstützt?“

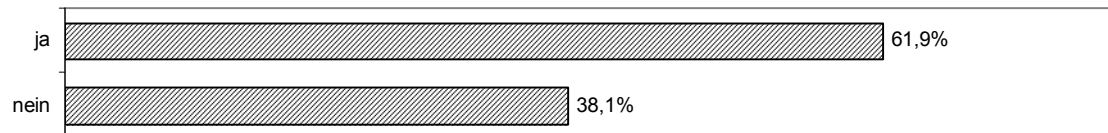


Abbildung 27: Patientenantworten auf die Frage: „Fühlten Sie sich von Ihren Angehörigen nach der Entlassung aus Harlaching unterstützt?“

In beiden Fällen fühlten sich über 60% der Patienten unterstützt.

4.3.2 Veränderung der Lebenssituation

Durch den Vergleich der soziodemographischen Daten bei Therapiebeginn und zum Zeitpunkt der Katamnese besteht die Möglichkeit in einigen Bereichen eine Veränderung der Lebenssituation der Patienten nachzuvollziehen.

	Therapiebeginn		Katamnese		t-Wert	p
	Häufigkeit.	Prozent	Häufigkeit.	Prozent		
Alter (Jahre)	M=37,6		M=41,2			
Familienstand						
ledig	71	53,0%	67	50,0%	-1,181	0,239
verheiratet	38	28,4%	39	29,1%		
getrennt lebend	7	5,2%	8	6,0%		
geschieden	12	9,0%	16	11,9%		
verwitwet	2	1,5%	3	2,2%		
wieder verheiratet	4	3,0%	1	0,7%		
Partnersituation						
kein fester Partner	66	49,3%	56	41,8%	-2,414	0,017
fester Partner	68	50,7%	78	58,2%		
Kinder						
ja	48	36,1%	52	38,8%	-1,135	0,258
nein	85	63,9%	82	61,2%		
Haushalt						
im Haushalt der Eltern	10	7,5%	4	3,0%	0,185	0,853
eigener Haushalt	112	83,6%	124	92,5%		
sonstiges	12	9,0%	6	4,5%		

	Therapiebeginn		Katamnese		t-Wert	p
	Häufigkeit.	Prozent	Häufigkeit.	Prozent		
Schulabschluss						
noch in der Schule	4	3,0%	2	1,5%	-2,452	0,015
Hauptschule	25	18,5%	23	17,3%		
Realschule	47	34,8%	43	32,3%		
Abitur	57	42,2%	61	45,9%		
sonstiges	2	1,5%	4	3,0%		
Berufsabschluss						
in Ausbildung	12	9,2%	6	4,9%	1,304	0,194
Lehre	61	46,6%	61	49,6%		
Meister	4	3,1%	3	2,4%		
Universität	24	18,3%	34	27,6%		
ohne Berufsabschluss	19	14,5%	9	7,3%		
sonstiges	11	8,4%	10	8,1%		
Beruf, jetzige Situation						
berufstätig	74	55,2%	75	61,0%	2,245	0,026
Hausfrau/mann	9	6,7%	12	9,8%		
Ausbildung	15	11,2%	11	8,9%		
ohne Beschäftigung	24	17,9%	15	12,2%		
Rente	4	3,0%	8	6,5%		
unklar	8	6,0%	2	1,6%		
laufendes Rentenverfahren						
nein	125	95,4%	114	91,9%	-2,431	0,016
Rentantrag	3	2,3%	4	3,2%		
Rentenstreit	1	0,8%	1	0,8%		
Zeitrente	2	1,5%	5	4,0%		

Tabelle 24: soziodemographische Daten der Patienten bei Therapiebeginn und Katamnese

Die Signifikanztestung ergab für Partnersituation, Schulabschluss, jetzige berufliche Situation und laufendes Rentenverfahren signifikante Veränderungen (Tabelle 24). Es ist davon auszugehen, dass diesen Veränderungen unterschiedliche Faktoren zu Grunde liegen, wie das höhere Alter (Schulabschluss, Rentenverfahren) der Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese, sowie auch Veränderungen, die die Therapie mit sich gebracht hat.

4.3.3 Weitere Behandlungen

Ein weiteres Interesse der Katamnesebefragung galt den Anschlussbehandlungen der Patienten.

Über 90% der Patienten wurde eine weitere psychotherapeutische Behandlung durch den Therapeuten bei Therapieende empfohlen (Therapeutenaufzeichnungen). 109 (80,7%) Patienten haben nach Entlassung eine ambulante Psychotherapie gemacht, oder machen derzeit noch eine, davon können sich nur 93 Patienten erinnern, dass Ihnen diese auch empfoh-

len wurde. Die Complianceraten liegen somit bei ca. 90% (Compliance im weiteren Sinne) und 77% (Compliance im engeren Sinne). Im Vergleich zu den von Huber (1997) ermittelten Complianceraten für den stationär-ambulanten Übergang (nicht diagnosebezogen) von 67% (im weiteren Sinne) und 46% (im engeren Sinne), können die für diese Studie erreichten Werte als sehr gut eingestuft werden.

22,6% der Patienten waren in der Zwischenzeit nochmals in stationärer Behandlung, 6% davon mehr als ein Mal.

4.3.4 Befinden der Patienten

Um die Stabilität der Therapieergebnisse zu überprüfen wurden die Patienten zusätzlich nach ihrem momentanen Befinden in Bezug auf die damalige Hauptdiagnose befragt.

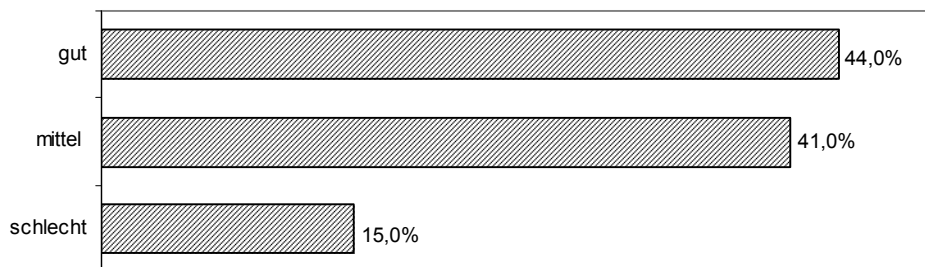


Abbildung 28: Befinden der Patienten zum Katamnesezeitpunkt

Der Ist-Zustand der Patienten wurde von 44,0% als gut bezeichnet, 14,9% der Patienten geht es derzeit schlecht mit denselben Beschwerden, die zur psychotherapeutischen Therapie in Harlaching führten (Abbildung 28). Hierbei ist sicherlich zu berücksichtigen, dass einige Patienten ihr derzeitiges Befinden, unabhängig von der Diagnose bewertet haben.

4.3.5 Therapieziele

Zum Katamnesezeitpunkt bewerteten leider nur 48 Patienten ihre Therapieziele nochmals, so dass dieses Ergebnis keine repräsentative Aussage zulässt. Die Ursachen hierfür sind vermutlich vielschichtig, sie gehen jedoch aus den Antwortschreiben nicht hervor.

Bei der leider nicht repräsentativen Beurteilung der Therapieziele nach 3 bis 5 Jahren gaben 44,0% der Patienten an, ihr Therapieziel erreicht zu haben, also ca. 10% mehr als bei Therapieende. Jedoch hat auch die Gruppe der Patienten die ihr Therapieziel nicht erreicht hat um ca. 5% zugenommen (Abbildung 29).

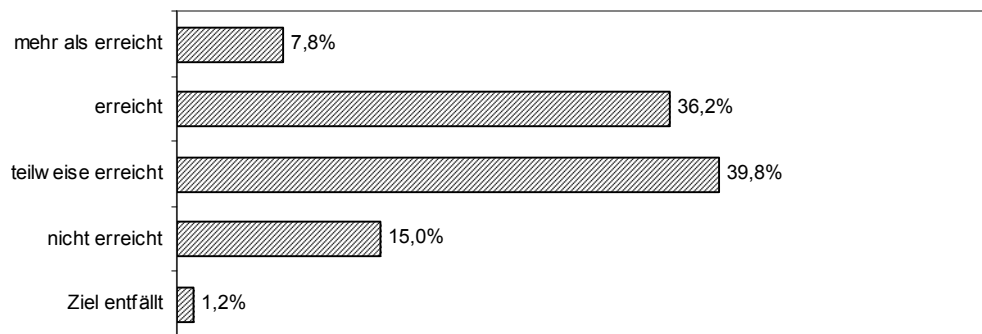


Abbildung 29: Therapieziele, Beurteilung der Zielerreichung bei Katamnese

4.4 Ergebnisvergleich, Änderungsmaße im Vergleich

Zur Beurteilung von Therapieeffekten, Messung von Therapieergebnissen wurden für diese Katamnese studie unterschiedliche Beurteilungsinstrumente eingesetzt. Es wurde versucht die Behandlung multidimensional abzubilden. Nun sollen diese einzelnen Beurteilungsbau steine, sowie die mittels verschiedener Messansätze erfassten Veränderungen miteinander verglichen, bzw. in Beziehung gesetzt werden.

4.4.1 Abbildungseigenschaften verschiedener Bewertungen im Vergleich

Für die Beurteilung der Behandlungsergebnisse zu Therapieende, sowie zum Katamnesezeitpunkt wurden verschiedene Methoden der Erfolgsbeurteilung eingesetzt.

Wie in Kapitel 3.6.1 beschrieben wurden die unterschiedlichen Abbildungsskalen, bzw. Tests in *erfolgreich* und *nicht erfolgreich* eingeteilt. Es ist so möglich, die einzelnen Beurteilungsverfahren auf den gemeinsamen Nenner einer erfolgreichen Therapie zusammenzuführen und miteinander in Beziehung zu setzen (Abbildung 30).

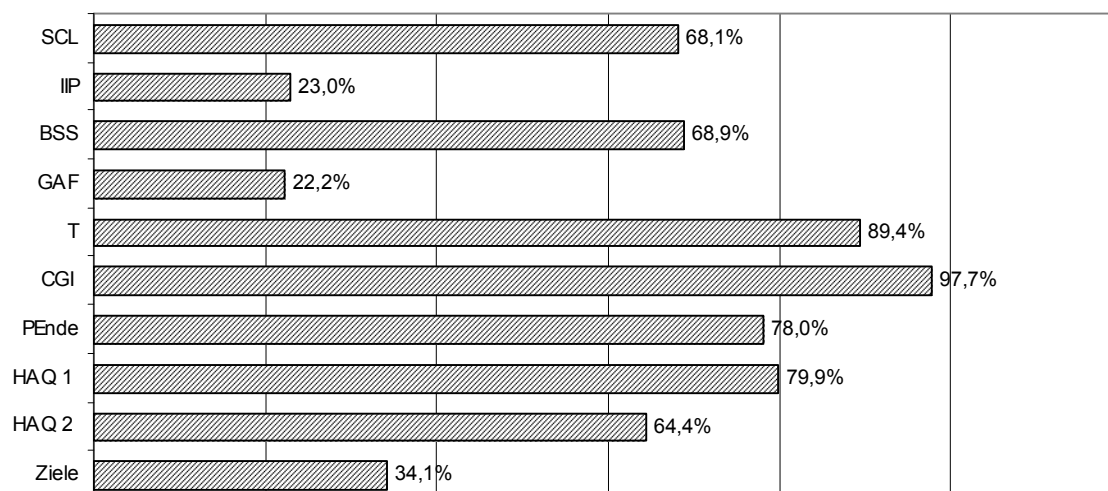


Abbildung 30: Therapieerfolg, bei Therapieende, Anteil erfolgreicher Therapien bezogen auf verschiedene bewertungsverfahren

Die SCL-90-R bildet eine Besserung für die körperlichen und psychischen Probleme bei 68,1% der Patienten ab. Die interpersonalen Belastungen und Strukturen verbesserten sich, wie bereits beschrieben, während der psychotherapeutischen Therapie wesentlich weniger. Hier kommt es nur bei 23,0% der Patienten zu einer Verbesserung der Probleme.

Der Therapieerfolg auf Ebene der Beeinträchtigungsschwere war für 68,9% der Patienten gegeben. Für die GAF, die nur für 22,2% der Patienten ein normales Funktionsniveau und damit eine erfolgreiche Therapie ausweist, sollte überlegt werden, ob die Lage des Cut-off-Wertes nicht zu hoch gesetzt ist.

Der Erfolg der Therapie wurde von den Therapeuten insgesamt positiver eingeschätzt, als von den Patienten. Dies gilt sowohl für die Aussage, dass sich die Behandlung für den Patienten gelohnt hat, was für 89,4% der Patienten als gegeben angesehen wurde, als auch für die Beurteilung der Krankheitsentwicklung. Hier beurteilten die Therapeuten die Hauptdiagnose zu 97,7% als gebessert. 78,0% der Patienten stuften den Erfolg der Behandlung bei Therapieende als gut bis sehr gut ein.

Mit dem HAQ können die Patienten die therapeutische Beziehung im Sinne von Zufriedenheit mit dem Therapeuten und dem Therapieerfolg beurteilen. Hier zeigte sich eine Zufriedenheit mit dem Verlauf der Behandlung bei 79,9% der Patienten und eine Zufriedenheit mit der Beziehung zum Therapeuten bei 64,4%.

Die vor der Therapie von den Patienten selbst formulierten Ziele wurden nur in 34,1% der Fälle erreicht. Die überwiegende Zahl der Ziele konnte nur teilweise erreicht werden.

Setzt man ein erreichtes Ziel einem Therapieerfolg gleich, so wäre dieser nur für ca. 34% der Patienten gegeben, was wesentlich unter den Ergebnissen der übrigen Evaluationsinstrumente liegt.

Bei der Katamnesebefragung füllten die Patienten nochmals die SCL-90-R, sowie das IIP-D aus, zudem beurteilten sie rückblickend den Erfolg der Therapie (P_{Kat}) und ihr momentanes Befinden bezüglich der Hautdiagnose (P_{Bef}). In Abbildung 31 wurden die erfolgreichen Therapien auf den beschriebenen Ebenen zusammengestellt.

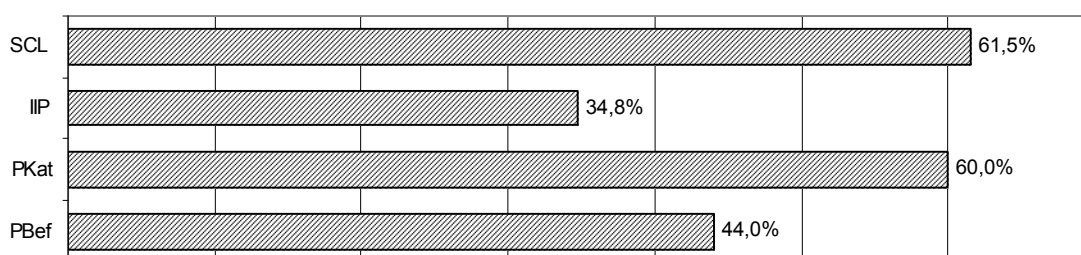


Abbildung 31: erfolgreiche Therapien, bei Katamnese

4.4.2 Korrelation der Bewertungen und Symptomveränderungen

Im Folgenden soll untersucht werden, inwieweit die einzelnen Messverfahren miteinander in Verbindung stehen. Hierfür wurden die Korrelationen für die Therapieerfolge (Definition des Therapieerfolges gemäß Kapitel 3.6.1, Tabelle 14) nach den verschiedenen Messmethoden ermittelt. Die Zusammenhänge wurden sowohl für die Beurteilungen des Therapieerfolges bei Therapieende (Abbildung 32), als auch zum Katamnesezeitpunkt (Abbildung 33) untersucht.

		T	P _{Ende}	CGI	HAQ 1	HAQ 2	GSI d. SCL-90-R	IIP _{ges}
P _{Ende}	Korrelation Signifikanz	,286 ,000						
CGI	Korrelation Signifikanz	,442 ,000	,242 ,008					
HAQ 1	Korrelation Signifikanz	,041 ,647	,174 ,058	,016 ,858				
HAQ 2	Korrelation Signifikanz	,157 ,080	,597 ,000	,374 ,000	,166 ,059			
GSI der SCL-90-R	Korrelation Signifikanz	,088 ,317	,187 ,038	,219 ,011	,047 ,599	,317 ,000		
IIP _{ges}	Korrelation Signifikanz	,064 ,466	,234 ,009	,083 ,346	,069 ,437	,184 ,037	,184 ,032	
Ziele	Korrelation Signifikanz	,113 ,240	,369 ,000	,108 ,263	,107 ,274	,262 ,007	,100 ,292	,349 ,000

Abbildung 32: Korrelationen der Erfolgsbeurteilungen, -messungen bei Therapieende, fett: Signifikanzniveau $p \leq 0,01$, kursiv fett: Signifikanzniveau $0,05 \geq p > 0,01$

Die Zusammenstellung der Korrelationen aller Beurteilungsinstrumente bei Therapieende zeigt in vielen Bereichen eine große Übereinstimmung. So korrelieren die Therapeuten und Patientenbeurteilungen statistisch hoch signifikant.

Für die Evaluation des therapeutischen Prozesses aus Patientensicht (HAQ) zeigt sich, dass insbesondere der HAQ 2, die Erfolgsszufriedenheit mit den anderen Erfolgsmassen korreliert, während der HAQ 1 (Beziehungszufriedenheit) wenige Korrelationen aufweist. Es zeigt sich, dass die Subskala „Erfolgsszufriedenheit“ eher Outcomequalitäten besitzt, während die Beziehungszufriedenheit eher den Prozess beschreibt, und daher als Prozessforschungsmaß eingesetzt werden könnte (Bassler et al. 1995).

Das Erreichen von Therapiezielen steht mit den Selbsteinschätzungen des Therapieerfolges (P_{Ende} und HAQ2), sowie dem IIP_{ges} in signifikantem Zusammenhang, was die Vermutung

nahe legt, dass die Annäherung an ein persönlich gestelltes Therapieziel von den Patienten als wichtiges subjektives Erfolgskriterium angesehen wird (Berking et al., 2001).

Die Korrelation der indirekten Prä-Post Testungen auf symptomatischer und interpersonaler Ebene korrelieren mit den übrigen patientenseitigen Beurteilungsmassen signifikant.

Auffällig ist, dass die Beurteilung des Therapieerfolges durch die Therapeuten bis auf die Patienteneinschätzung des Therapieerfolges mit keiner anderen der Erfolgsbeurteilungen in signifikantem Zusammenhang steht.

Zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung wurde die momentane symptomatische und interpersonale Belastung getestet, sowie das Befinden der Patienten erfragt. Zudem sollten die Patienten nochmals rückwirkend den Erfolg der Therapie beurteilen. Es zeigt sich, dass die Beurteilung des Befindens der Patienten mit deren symptomatischer und interpersonaler Belastung in signifikanter Beziehung steht (Abbildung 33).

		P_{Kat}	P_{Bef}	GSI
P_{Bef}	Korrelation Signifikanz	,349 ,000		
GSI der SCL-90-R	Korrelation Signifikanz	,162 ,061	,429 ,000	
IIP_{ges}	Korrelation Signifikanz	,025 ,770	,309 ,000	,483 ,000

Abbildung 33: Korrelationen der Erfolgsbeurteilungen, -messungen zum Katamnesezeitpunkt, fett: Signifikanzniveau $p \leq 0,01$

4.4.3 Vergleich der Effektstärken

Effektstärken sind ein Maß für die Veränderung. Diese Berechnung wird für Verlaufstestungen eingesetzt um die Höhe der Veränderung deutlich zu machen.

Es wurden Effektstärken für die folgenden Veränderungsmaße berechnet:

- alle Skalen der SCL-90-R sowie des globalen Kennwerts GSI
- alle Skalen des IIP-D sowie des IIP-D gesamt
- GAF
- BSS

Die Effektstärken der Skalen der SCL-90-R weisen durchweg ein mittleres bis hohes Niveau auf, und zwar sowohl bei Therapieende, als auch zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung (Tabelle 15). Besonders große Effekte konnten in den Skalen erzielt werden, bei denen die Patienten zu Beginn der Therapie hohe Belastungen aufwiesen (*Depressivität, Zwanghaftig-*

keit, Unsicherheit und Ängstlichkeit). Die Änderungen für die Skalen *Somatisierung* und *phobische Angst* fielen am geringsten aus. Es handelte sich bei allen Verbesserungen um signifikante Änderungen.

Die Effektstärken der Veränderungen der einzelnen Skalen des IIP-D waren nur niedrig bis mittel (Tabelle 19). Bei den ersten drei Skalen *zu autokratisch*, *zu streitsüchtig* und *zu abweisend* kam es nur zu niedrigen, nicht signifikanten Änderungseffekten, da hier die Ausgangswerte im Rahmen der Normwerte lagen.

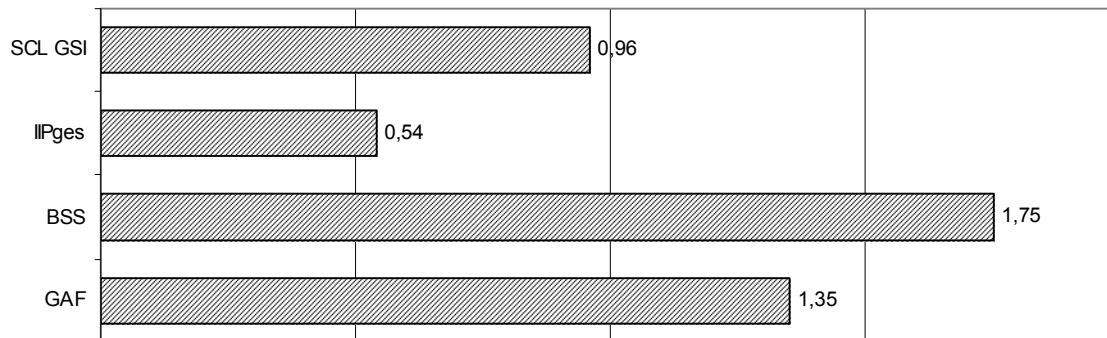


Abbildung 34: Vergleich der Effektstärken, bei Therapieende

Im Vergleich ergeben sich hohe Effekte für die symptomatische Veränderung, und die Schwere der Beeinträchtigung, für die Besserung der interpersonalen Probleme werden mittlere Effektstärken erzielt (Abbildung 34).

4.5 Stabilität der Ergebnisse

Um die Stabilität der Ergebnisse zu überprüfen kann, wie schon bei der Therapiebeurteilung, auf verschiedene Messinstrumente zurückgegriffen werden.

Die Veränderung, bzw. Stabilität kann über den Vergleich der Testergebnisse der SCL-90-R auf symptomatischer Ebene, über den Vergleich der IIP-D Werte auf interpersonaler Ebene beurteilt werden. Weiter steht auch die Patientenbefragung selbst als Beurteilungskriterium zur Verfügung.

Zur Beurteilung der Stabilität der erzielten Veränderung kann zum einen der Katamnesezeitraum selbst untersucht werden (t1 bis t2), zum anderen können die Veränderungen von Therapiebeginn bis Therapieende mit denen von Therapiebeginn bis zur Katamnese verglichen werden.

Zuerst soll der Katamnesezeitraum selbst betrachtet werden. Für die SCL-90-R, sowie das IIP-D wurde die Veränderung der Mittelwerte der einzelnen Skalen von Therapieende bis zum Katamnesezeitpunkt untersucht (Tabelle 25 und Tabelle 26). Hierbei ergaben sich keine signifikanten Änderungen, d.h. die Ergebnisse bleiben über den Katamnesezeitraum hinweg

stabil. Die Effektstärken der Veränderungen während dieses Zeitraumes waren durchweg sehr niedrig, negative Werte stehen für eine Verschlechterung. Es zeigt sich, dass sich die symptomatische Belastung für die meisten Skalen während des Katamnesezeitraumes geringfügig verschlechterte, während sich die interpersonalen Probleme bis auf die Skala *zu streitsüchtig* verbesserten.

SCL-90-R		M post	M kat	SD post	SD kat	t- Wert	p	ES
t1 bis t2	Somatisierung	0,71	0,85	0,66	0,83	-1,16	0,247	-0,21
	Zwanghaftigkeit	0,98	1,11	0,69	0,92	-1,30	0,196	-0,19
	Unsicherheit	0,87	0,96	0,65	0,79	-0,64	0,523	-0,14
	Depressivität	1,11	1,23	0,84	0,98	-0,89	0,373	-0,14
	Ängstlichkeit	0,85	0,82	0,68	0,86	0,75	0,453	0,04
	Aggressivität	0,69	0,67	0,74	0,79	0,51	0,610	0,03
	Phobische Angst	0,50	0,56	0,62	0,72	0,15	0,885	-0,09
	Paranoides Denken	0,75	0,79	0,66	0,78	0,01	0,993	-0,06
	Psychotizismus	0,54	0,52	0,58	0,57	0,58	0,561	0,04
	GSI	0,82	0,88	0,59	0,71	-0,40	0,692	-0,11

Tabelle 25: Skalen der SCL-90-R für den Zeitraum: Therapieende bis Katamnese (t1 bis t2), M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t-Test, ES=Effektstärke, N=135,

IIP		M pre	M post	SD pre	SD post	t- Wert	p	ES
t1 bis t2	zu autokratisch	1,03	0,94	0,66	0,69	1,32	0,189	0,14
	zu streitsüchtig	1,14	1,15	0,57	0,61	-0,02	0,988	-0,01
	zu abweisend	1,38	1,35	0,70	0,75	0,41	0,682	0,04
	zu introvertiert	1,63	1,60	0,81	0,91	0,26	0,797	0,03
	zu selbstunsicher	2,03	1,92	0,74	0,92	1,10	0,272	0,15
	zu ausnutzbar	1,85	1,76	0,67	0,85	1,21	0,229	0,13
	zu fürsorglich	1,97	1,89	0,73	0,85	1,14	0,254	0,10
	zu expressiv	1,24	1,20	0,71	0,77	0,48	0,634	0,06
	IIP gesamt	1,53	1,48	0,51	0,61	0,97	0,355	0,11

Tabelle 26: Skalen des IIP-D für den Zeitraum: Therapieende bis Katamnese (t1 bis t2), M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t-Test, ES=Effektstärke, N=135,

Für den globalen Kennwerte der SCL-90-R, GSI, sowie den IIP_{ges} wurden die erzielten Besserungen bei Therapieende mit denjenigen zum Katamnesezeitpunkt verglichen. Hierzu wird die Einteilung der Patienten in *geheilt*, *gebessert*, *unverändert* und *verschlechtert* für die Summenwerte beider Tests verglichen.

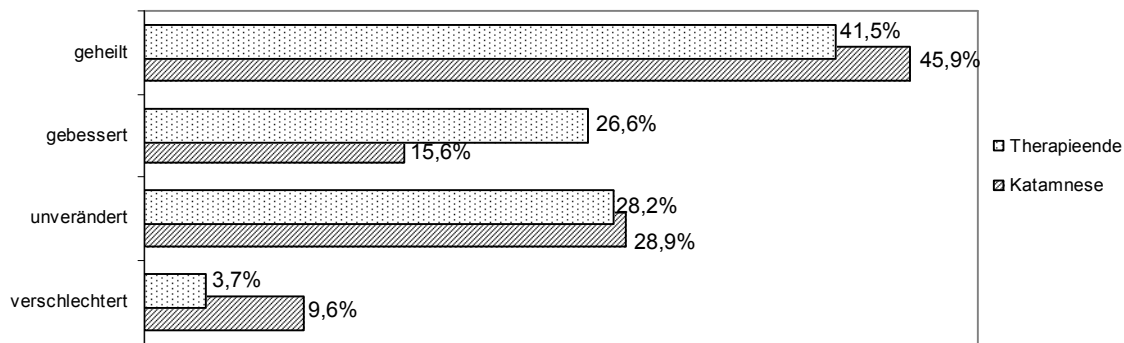
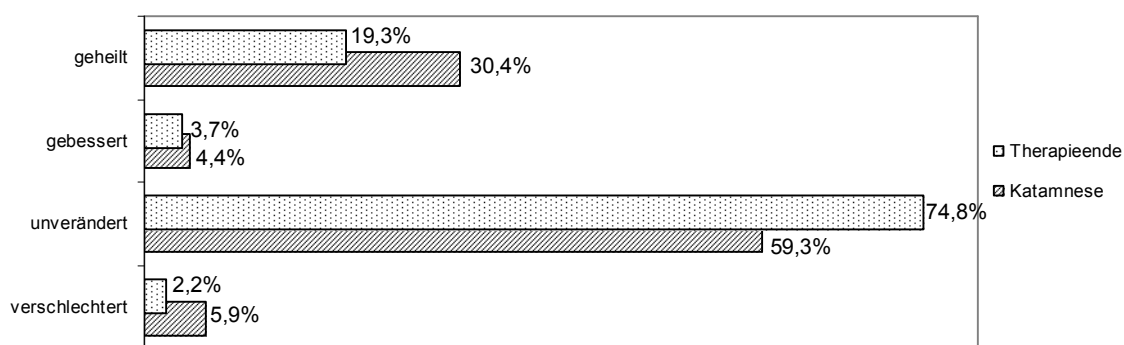


Abbildung 35: Klinische Signifikanz, Vergleich für die GSI der SCL-90-R, Therapieende / Katamnese

Abbildung 36: Klinische Signifikanz, Vergleich für IIP_{ges}, Therapieende / Katamnese

Im direkten Vergleich zeigt sich, dass das Therapieergebnis in Bezug auf die symptomatischen Beschwerden relativ stabil blieb. Es ist eine Verschiebung hin zu den Extremen zu verzeichnen, d.h. es gibt zum Zeitpunkt der Katamnese zwar mehr geheilte Patienten, aber auch mehr Patienten, die sich verschlechtert haben (Abbildung 35). Für den IIP_{ges}, d.h. die interpersonalen Probleme der Patienten, zeigt sich nochmals, dass es während des Katamneseintervalls, also im Anschluss an die Therapie zu einer deutlichen Verbesserung der Problembelastung kam (Abbildung 36).

Der Vergleich der Effektstärken unterstreicht diese Feststellungen ebenfalls (Abbildung 37): Hohe Effekte bei dem globalen Wert der SCL-90-R, mit einem Rückgang während des Katamnesezeitraumes, mittlere Effekte bei dem IIP_{ges} mit einer Verbesserung im Anschluss an die Therapie.

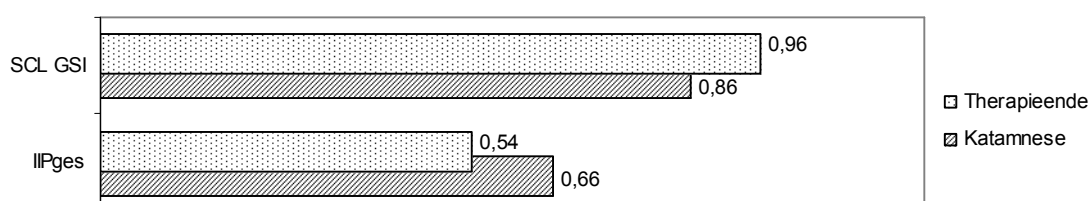


Abbildung 37: Effektstärken, Therapieende / Katamnese

Der Vergleich der Patientenbeurteilungen des Therapieerfolges zu Therapieende und Katamnese zeigt einen Rückgang der positiven Bewertungen. Das momentane Befinden wurde nochmals negativer bewertet als der Therapieerfolg (Abbildung 38). Insgesamt beurteilten jedoch nur wenige Patienten den Therapieerfolg, bzw. ihr Befinden als schlecht.

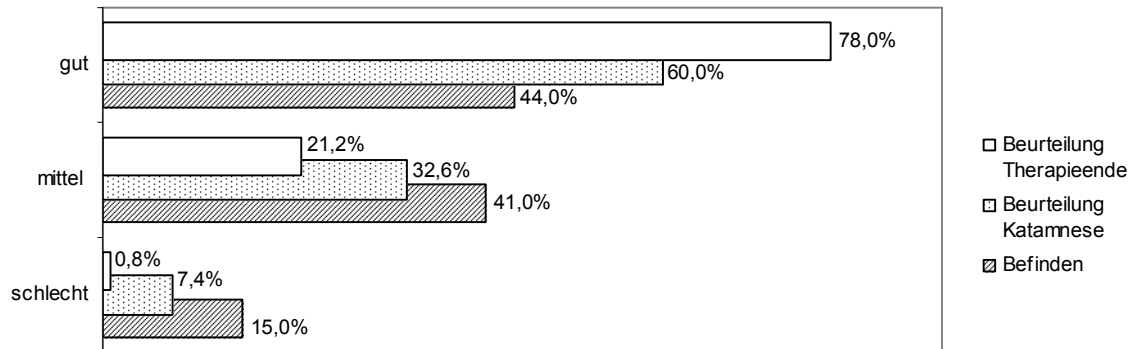


Abbildung 38: Patientenbeurteilung, Therapieende / Katamnese, sowie das momentane Befinden der Patienten

Die Patientenbeurteilung korrelieren oft hoch signifikant (Tabelle 27).

		P _{Ende}	P _{Kat}
P _{Kat}	Korrelation Signifikanz	,467 ,000	
P _{Befinden}	Korrelation Signifikanz	,191 ,035	,355 ,000

Tabelle 27: Korrelation der unterschiedlichen Patientenbeurteilungen: Therapieerfolg bei Therapieende und Katamnese, Beurteilung des momentanen Befindens, fett: Signifikanzniveau $p \leq 0,01$

4.6 Einflussfaktoren auf Behandlungserfolg und –stabilität

Bezogen auf die jeweiligen Verfahren der Veränderungs- und Erfolgsmessung wurden verschiedene Einflussfaktoren untersucht. Hierbei stand die Frage nach Faktoren, die einen Behandlungserfolg, bzw. eine Veränderung und Besserung, sowie die Stabilität des Behandlungsergebnisses während des Katamnesezeitraumes (3 bis 5 Jahre) beeinflussen, im Mittelpunkt.

Für die Untersuchungen wurden, wie bereits in Kapitel 3.6.4 beschrieben, als Referenz für den Behandlungserfolg die Therapeuten- und die Patientenbeurteilungen verwendet, als Referenzmaß für die Veränderung wurde für die symptomatische Ebene der globale Kennwert GSI der SCL-90-R, für die interpersonale Ebene der IIP_{ges} eingesetzt.

4.6.1 Unterschiede bei den Untergruppen der Depression

Um zu überprüfen, in wie weit der Therapieerfolg, bzw. die Reduktion von Symptomen und Problemstellungen von den Untergruppen der Depression abhängig ist, wurden die Mittelwerte sowie die Effektstärken der Veränderung für die SCL-90-R und das IIP-D für die Diagnosegruppen F32, F33, F34.1 einzeln bestimmt.

Der Vergleich der Mittelwerte für die einzelnen Skalen der SCL-90-R weist für die Diagnosegruppe F32 bei Behandlungsbeginn durchweg die niedrigsten Werte auf. Auffällig ist die Parallelität der Belastungen für die Gruppen F32 und F33. Die Werte liegen für die Gruppe F32 jeweils um ca. 0,3 Einheiten niedriger als die der Gruppe F33 (Abbildung 39).

Das IIP-D zeigt für die Untergruppen der Depression keine relevanten Unterschiede in der Belastung (Abbildung 40).

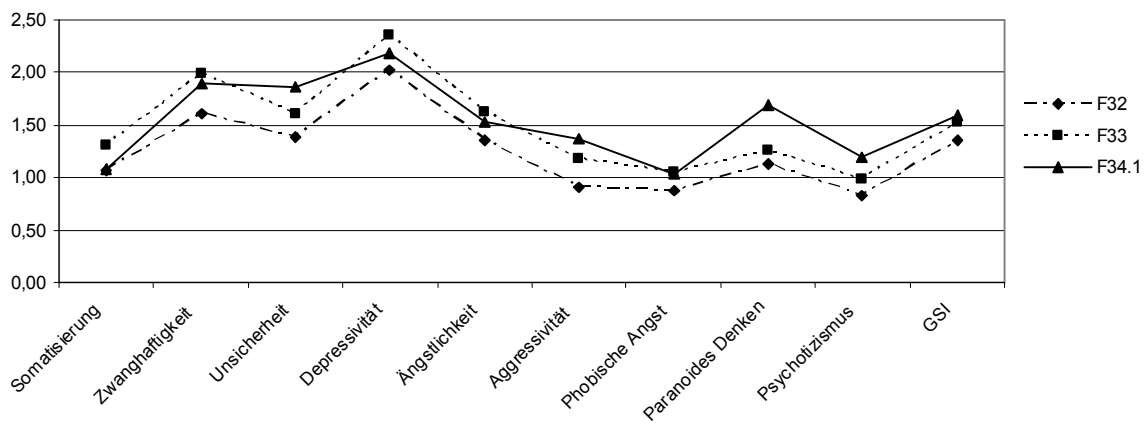


Abbildung 39: Skalen der SCL-90-R für die Untergruppen der Depression, Mittelwerte bei Therapiebeginn

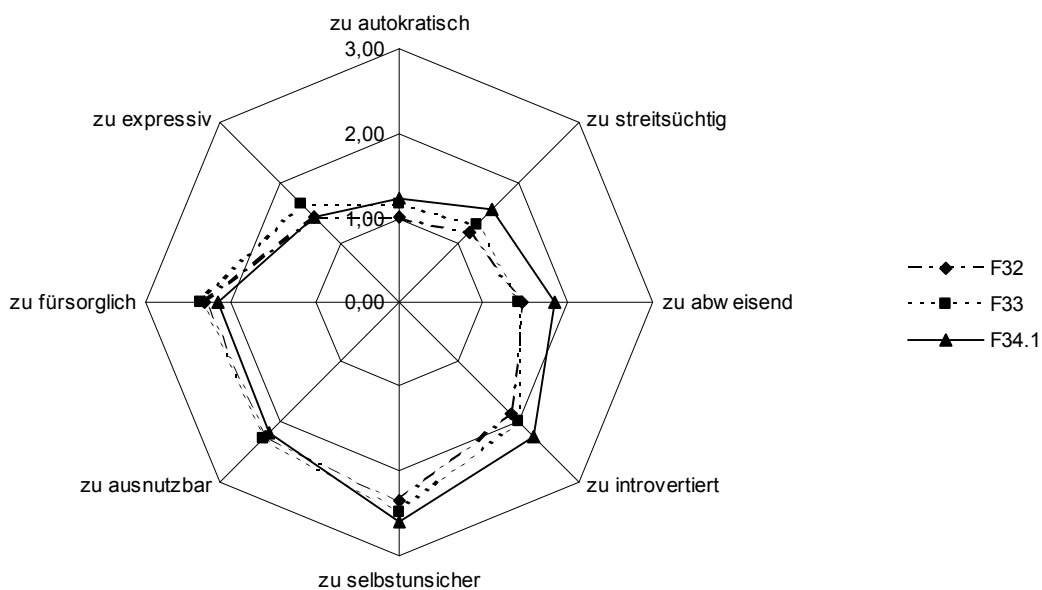


Abbildung 40: Skalen des IIP-D für die Untergruppen der Depression, Mittelwerte bei Therapiebeginn

Die Effektivität der erzielten Veränderungen erwies sich sowohl bei den symptomatischen als auch den interpersonalen Problemen für die Patienten mit der Diagnose F32 tendenziell als am geringsten (siehe Abbildung 41).

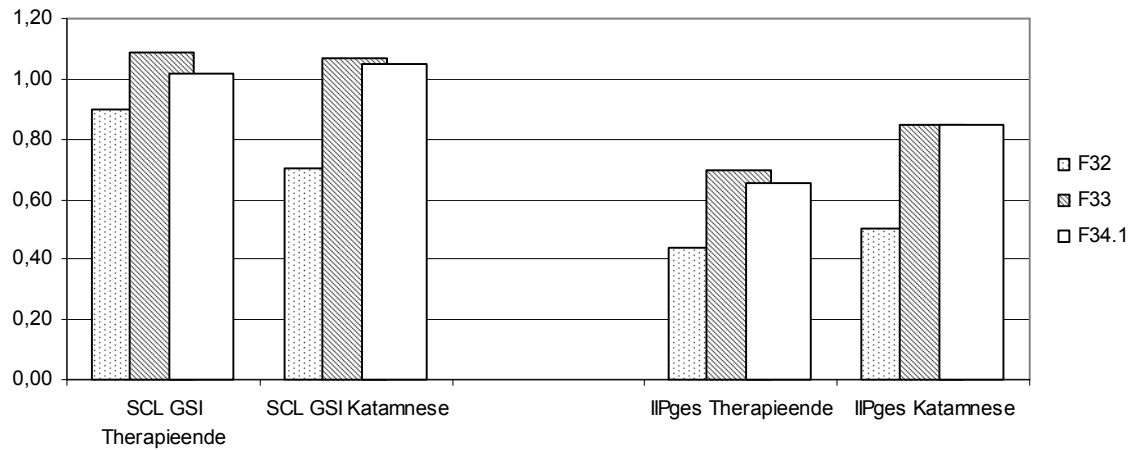


Abbildung 41: Effektstärken für SCL GSI und IIP_{ges}

Für den Therapieerfolg konnte kein signifikanter Einfluss des Faktors „Untergruppe der Depression“ festgestellt werden (Tabelle 28). Auch auf die Veränderung der Problembelastungen haben die unterschiedlichen Depressionsgruppen keinen signifikanten Einfluss (Tabelle 29).

Untergruppen der Depression	df	F	p
T	2 129	0,257	0,774
P _{Ende}	2 122	0,170	0,844
P _{Kat}	2 132	0,069	0,933

Tabelle 28: einfaktorielle Anova, Faktor Untergruppen der Depression, Therapiebeurteilung durch T=Therapeut, P_{Ende}=Patient bei Therapieende, P_{Kat}=Patient bei Katamnese

Untergruppen der Depression	df	F	p
GSI der SCL-90-R t0, t1, t2	4 264	0,743	0,564
IIPges t0, t1, t2	4 264	1,202	0,310

Tabelle 29: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Untergruppen der Depression für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP_{ges})

4.6.2 Einfluss von Therapiedauer und Krankheitsverlauf

Sowohl die Therapiedauer, als auch die Zeitspanne zwischen erstmaliger Diagnosestellung der Depression und Therapie, wiesen eine große Streuung auf. Es konnten jedoch keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Aufenthaltsdauer, oder der Krankheitsdauer und dem Therapieerfolg festgestellt werden. Die varianzanalytischen Untersuchungen ergaben bis auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Erfolgsbeurteilung durch den Therapeuten, keine signifikanten Einflüsse für die beiden Faktoren (Tabelle 30). Auch auf die Veränderung der Belastungen, sowohl symptomatisch, als auch interpersonal haben die Faktoren keinen signifikanten Einfluss (Tabelle 31).

Therapiedauer	df	F	p
T	5 120	2,491	0,035
P _{Ende}	5 117	0,322	0,899
P _{Kat}	5 129	0,639	0,671
Krankheitsdauer	df	F	p
T	4 122	0,479	0,751
P _{Ende}	4 114	0,878	0,479
P _{Kat}	4 125	0,185	0,946

Tabelle 30: einfaktorielle Anova, Faktor Therapiedauer und Krankheitsdauer vor Therapie, Therapiebeurteilung durch T=Therapeut, P_{Ende}=Patient bei Therapieende, P_{Kat}=Patient bei Katamnese

Therapiedauer	df	F	p
GSI der SCL-90-R t0, t1, t2	10 258	0,917	0,518
IIP _{ges} t0, t1, t2	10 258	1,128	0,341
Krankheitsdauer	df	F	p
GSI der SCL-90-R t0, t1, t2	8 250	0,534	0,831
IIP _{ges} t0, t1, t2	8 250	1,171	0,317

Tabelle 31: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Therapiedauer und Krankheitsdauer für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP_{ges})

4.6.3 Einfluss der Motivation

Die Motivation der Patienten wird allgemein als wichtiger Faktor für die Effektivität stationärer Psychotherapie angesehen (Schneider & Klauer, 2001). Dieser Faktor wurde bei der vorliegenden Studie zwar nur mit einer Therapeuteneinschätzung dokumentiert, trotzdem kann man hieraus eine Tendenz erkennen. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg auf Ebene der Therapeuten- und Patientenbeurteilung und der

Motivation der Patienten zu Beginn der Behandlung (Tabelle 32), auf die Veränderung der Belastungen, sowohl symptomatisch, als auch interpersonal, hatte die Motivation der Patienten keinen Einfluss (Tabelle 33).

Motivation	df	F	p
T	3 127	12,938	0,000
P _{Ende}	3 118	13,813	0,000
P _{Kat}	3 130	6,081	0,001

Tabelle 32: einfaktorielle Anova, Faktor Motivation, Therapiebeurteilung durch T=Therapeut, P_{Ende}=Patient bei Therapieende, P_{Kat}=Patient bei Katamnese

Motivation	df	F	p
GSI der SCL-90-R t0, t1, t2	6 260	0,556	0,765
IIP _{ges} t0, t1, t2	6 260	1,713	0,118

Tabelle 33: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Motivation für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP_{ges})

Die Veränderungskurven der Belastungsmittelwerte zeigen zwar für eine höhere Motivation der Patienten steilere Verläufe, also eine größere Verringerung der Probleme, diese ist jedoch nicht statistisch signifikant. Der Verlauf der Kurven für nicht motivierte Patienten kann nicht als repräsentativ angesehen werden, da es sich hierbei nur um einen Patienten handelt (Abbildung 42 und Abbildung 43).

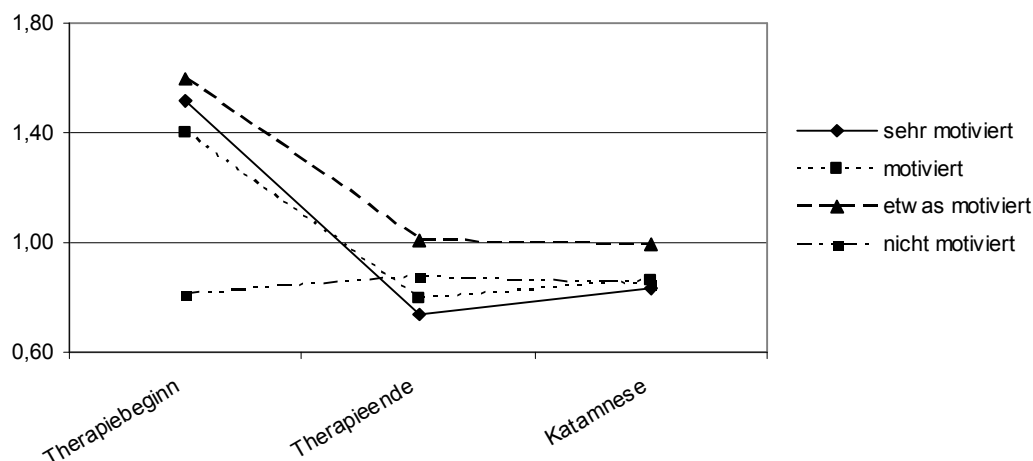


Abbildung 42: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für die unterschiedliche Motivation der Patienten

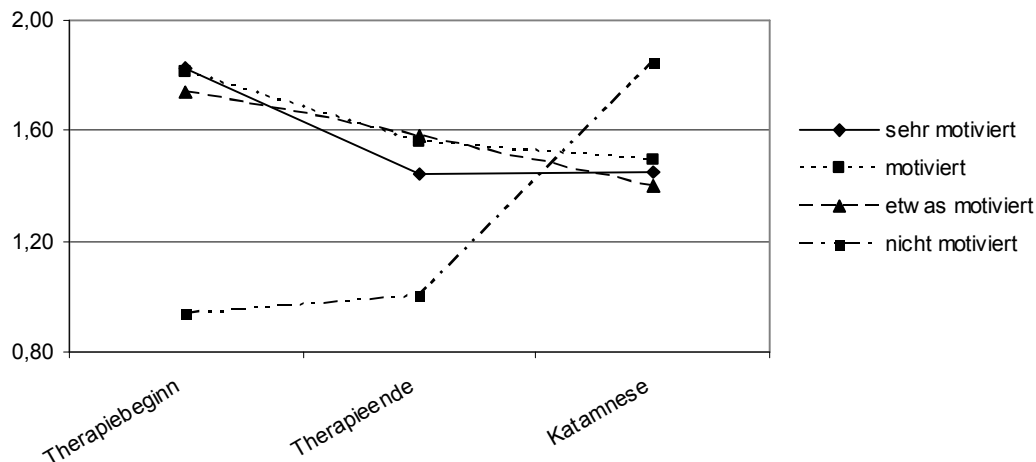


Abbildung 43: Mittelwerte des IIPg für die unterschiedliche Motivation der Patienten

4.6.4 Einfluss soziodemographischer Daten

Es wurde überprüft, ob die soziodemographischen Daten der Patienten in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, der Veränderung der Belastung oder der Höhe der Belastung stehen. Hierbei ergaben sich signifikante Zusammenhänge für die Faktoren Geschlecht, Schulabschluss, sowie Alter der Patienten.

Weiter wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Veränderung der Lebenssituation in den Bereichen, die sich während des Katamnesezeitraums signifikant verändert haben (Partnersituation, Schulabschluss, jetzige berufliche Situation) und dem derzeitige Befinden der Patienten besteht. Hierbei konnte ein signifikanter Zusammenhang mit der Änderung der Partnersituation festgestellt werden.

4.6.4.1 Geschlecht

Der Geschlechtsunterschied als Faktor innerhalb der psychotherapeutischen Medizin wurde in diversen Arbeiten behandelt. Es ging dabei im Allgemeinen um die Frage des Einflusses auf den Behandlungserfolg (Nosper, 1999). In der vorliegenden Katamneseuntersuchung kann dieser Unterschied für die teilnehmenden 97 Frauen und 38 Männer untersucht werden.

Wie bereits in Kapitel 3.4.1 beschrieben fällt auf, dass es bei der symptomatischen Belastung der Patienten zu Behandlungsbeginn Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab. Für die SCL-90-R zeigten sich Männer über alle Skalen hinweg weniger belastet als Frauen (Abbildung 5, Seite 33). Die varianzanalytische Testung ergab für einen Grossteil der Skalen sowie den globalen Kennwert GSI signifikante Unterschiede für die Werte der SCL-90-R bei Behandlungsbeginn (Tabelle 34).

SCL-90-R	Behandlungsbeginn		
	df	F	p
Somatisierung	1, 133	9,597	0,002
Depressivität	1, 133	7,944	0,006
Ängstlichkeit	1, 133	12,463	0,001
Aggressivität	1, 133	4,740	0,031
Phobische Angst	1, 133	6,242	0,014
GSI	1, 133	8,692	0,004

Tabelle 34: SCL-90-R Signifikanztestung, univariate Varianzanalyse mit Faktor Geschlecht, N=135, fett: für $p \leq 0,05$ signifikant

Die Mittelwerte der symptomatischen Belastung bei Behandlungsende sowie zum Katamnesezeitpunkt unterschieden sich nicht mehr signifikant zwischen den Geschlechtern. Auffällig ist jedoch, dass Männer zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung bis auf die Skalen *Somatisierung* und *phobische Angst*, trotz niedrigerer Belastung bei Beginn der Behandlung, höhere Mittelwerte aufwiesen als Frauen (Abbildung 44 und Abbildung 45).

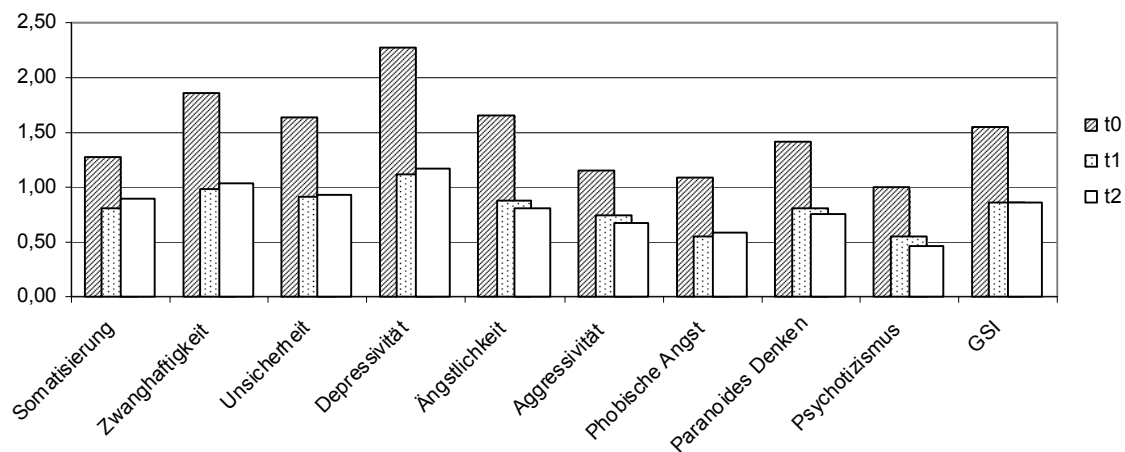


Abbildung 44: Mittelwerte der SCL-90-R für Frauen, zu den Zeitpunkten t0=Therapiebeginn, t1=Therapieende, t2=Katamnese

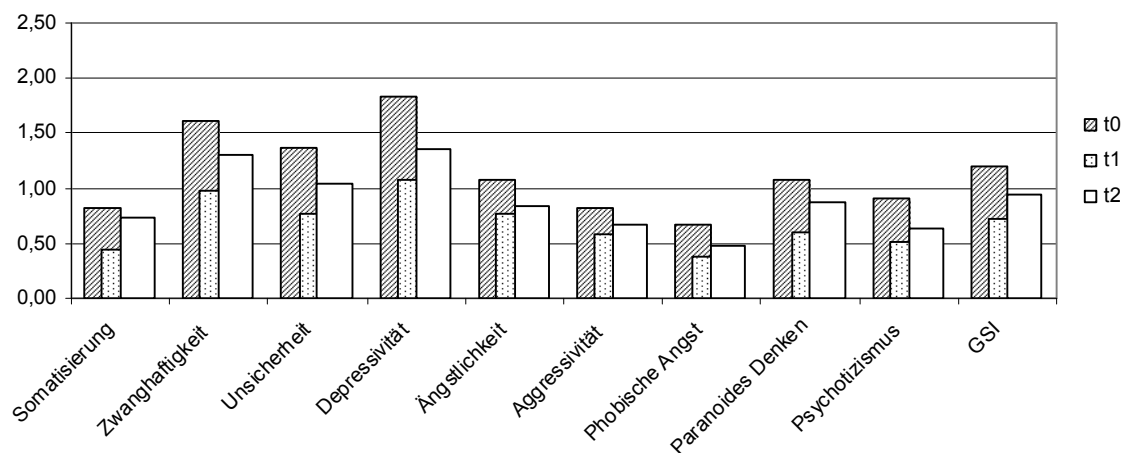


Abbildung 45: Mittelwerte der SCL-90-R für Männer, zu den Zeitpunkten t0=Therapiebeginn, t1=Therapieende, t2=Katamnese

Auf interpersonalen Ebene unterschieden sich die Geschlechter ebenfalls. Hier waren die Werte bei den Skalen mit hoher Belastung, *zu selbstunsicher*, *zu ausnutzbar*, *zu fürsorglich* bei Frauen zwar höher als bei Männern, die Unterschiede waren jedoch bis auf *zu fürsorglich* ($F(1, 133)=5,200, p=0,024$) nicht signifikant.

Auch auf interpersonalen Ebene wiesen Männer zum Katamnesezeitpunkt über alle Skalen höhere Werte und damit größere Probleme auf als Frauen. Für die Skalen *zu autokratisch* ($F(1, 133)=6,527, p=0,012$), *zu streitsüchtig* ($F(1, 133)=4,606, p=0,034$) und *zu abweisend* ($F(1, 133)=7,650, p=0,006$) waren diese Unterschiede statistisch signifikant (Abbildung 46 und Abbildung 47).

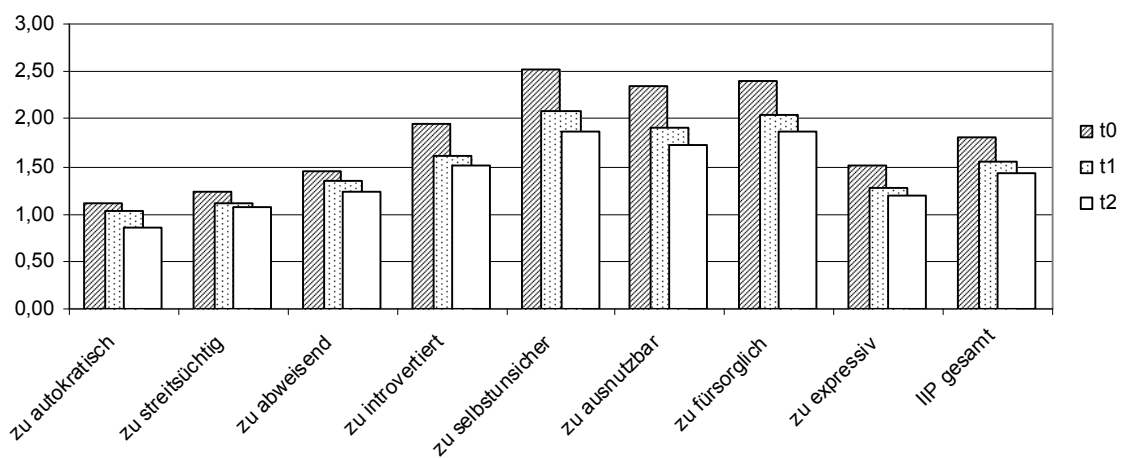


Abbildung 46: Mittelwerte des IIP-D für Frauen, zu den Zeitpunkten t0=Therapiebeginn, t1=Therapieende, t2=Katamnese

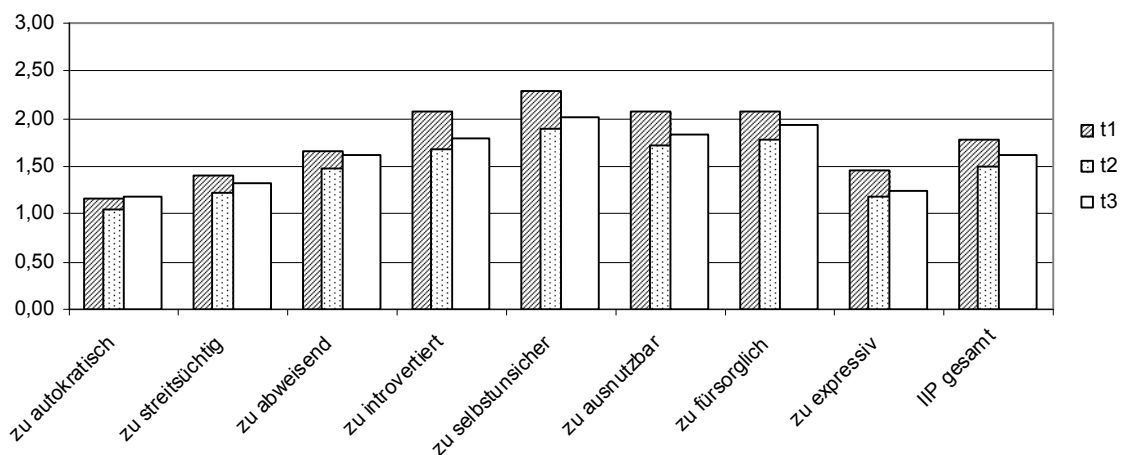


Abbildung 47: Mittelwerte des IIP-D für Männer zu den Zeitpunkten t0=Therapiebeginn, t1=Therapieende, t2=Katamnese

Bei der weiteren Betrachtung der Belastungsänderung (Tabelle 35) fällt für die SCL-90-R auf, dass die Effekte der Veränderung von Therapiebeginn bis zum Katamnesezeitpunkt über alle Skalen bei Frauen höher waren als bei Männern. Frauen erreichten über alle Skalen mittlere bis hohe Effektstärken, Männer niedrige bis mittlere.

Die Belastungsveränderungen von Therapiebeginn bis Therapieende waren für beide Geschlechter signifikant. Die Veränderungen von Behandlungsbeginn bis zur Katamnese waren für die Frauen ebenfalls signifikant. Männer erreichten für die Skalen *Somatisierung* und *paranoides Denken* keinen nachhaltigen Therapieeffekt. Dies zeigt sich auch bei den Effektstärken während des poststationären Zeitraumes.

In diesem poststationären Zeitintervall blieben die Therapieeffekte der Frauen weitestgehend stabil, während sich die Belastungen der Männer verschlechterten, d.h. für Männer blieben die Therapieeffekte weniger stabil. Für die Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit*, *paranoides Denken* sowie den GSI war diese Verschlechterung signifikant.

SCL-90-R		Frauen			Männer		
		t-Wert	p	ES	t-Wert	p	ES
t0 bis t1	Somatisierung	5,220	0,000	0,55	4,205	0,000	0,60
	Zwanghaftigkeit	11,714	0,000	1,00	4,195	0,000	0,78
	Unsicherheit	9,374	0,000	0,81	4,532	0,000	0,68
	Depressivität	13,671	0,000	1,43	5,166	0,000	0,86
	Ängstlichkeit	10,002	0,000	0,89	2,526	0,016	0,40
	Aggressivität	5,431	0,000	0,51	2,395	0,022	0,34
	Phobische Angst	8,176	0,000	0,57	3,444	0,001	0,48
	Paranoides Denken	6,834	0,000	0,59	4,078	0,000	0,48
	Psychotizismus	8,814	0,000	0,61	3,882	0,000	0,59
	GSI	12,146	0,000	1,05	5,097	0,000	0,79
t0 bis t2	Somatisierung	4,578	0,000	0,46	0,912	0,368	0,13
	Zwanghaftigkeit	8,018	0,000	0,93	2,247	0,031	0,38
	Unsicherheit	6,809	0,000	0,79	2,361	0,024	0,36
	Depressivität	9,791	0,000	1,37	3,211	0,003	0,56
	Ängstlichkeit	8,976	0,000	0,95	2,025	0,050	0,32
	Aggressivität	4,514	0,000	0,58	1,687	0,100	0,23
	Phobische Angst	5,413	0,000	0,53	1,796	0,081	0,31
	Paranoides Denken	6,179	0,000	0,63	1,583	0,122	0,21
	Psychotizismus	8,393	0,000	0,73	2,757	0,009	0,39
	GSI	8,910	0,000	1,05	2,811	0,008	0,43

		Frauen			Männer		
		t-Wert	p	ES	t-Wert	p	ES
t1 bis t2	Somatisierung	-1,095	0,276	-0,11	-2,788	0,008	-0,68
	Zwanghaftigkeit	-0,746	0,457	-0,08	-2,079	0,045	-0,49
	Unsicherheit	-0,206	0,837	-0,02	-2,776	0,009	-0,57
	Depressivität	-0,535	0,594	-0,06	-1,584	0,122	-0,33
	Ängstlichkeit	0,690	0,492	0,08	-0,420	0,677	-0,08
	Aggressivität	0,629	0,531	0,08	-0,612	0,544	-0,12
	Phobische Angst	-0,539	0,591	-0,06	-1,261	0,215	-0,25
	Paranoides Denken	0,593	0,555	0,06	-2,447	0,019	-0,48
	Psychotizismus	1,454	0,149	0,14	-1,609	0,116	-0,28
	GSI	-0,089	0,930	-0,01	-2,127	0,040	-0,42

Tabelle 35: SCL-90-R, Effektstärken für die Veränderung der einzelnen Skalen, unterschieden nach Frauen und Männern für die Zeiträume: Therapiebeginn bis Therapieende (t0 bis t1), Therapiebeginn bis Katamnese (t0 bis t2), Therapieende bis Katamnese (t1 bis t2)

Die interpersonalen Probleme der Patienten änderten sich während der Therapie für beide Geschlechter nicht signifikant verschieden, die Änderungen wiesen niedrige bis mittlere Effektstärken auf.

Für den Zeitraum Therapiebeginn bis Katamnese verbesserten sich die Belastungen der Frauen weiter, so dass für den IIP_{ges} von Therapiebeginn bis Katamnese eine hohe Effektstärke ($ES=0,8$) erzielt werden konnte. Männer verschlechterten sich während des Katamnesezeitraumes über alle Skalen, zwar mit niedrigen Effektstärken, dies beeinträchtigte jedoch die Nachhaltigkeit des Therapieergebnisses. Für den IIP_{ges} konnte über diesen Zeitraum nur eine niedrige Effektstärke ($ES=0,3$) erreicht werden.

Der Vergleich der Mittelwerte, Effektstärken, des RCI% (gebesserte Patienten) und der klinischen Signifikanz (geheilte Patienten) für die globalen Kennwerte der SCL-90-R sowie des IIP-D veranschaulicht diese Effekte nochmals. Auf beiden Ebenen höhere Ausgangsbelastungen, höhere Effektstärken für die Veränderung, sowie ein nachhaltigeres Ergebnis für Frauen. Zum Katamnesezeitpunkt waren sowohl der RCI als auch die CS für Frauen deutlich höher als für Männer (Tabelle 36). Abbildung 48 und Abbildung 49 zeigen die Veränderung der Effektstärken im Vergleich, Abbildung 50 und Abbildung 51 veranschaulichen die unterschiedlichen Belastungen, sowie deren Veränderung und Nachhaltigkeit.

t0 bis t1		M pre	M post	SD pre	SD post	t-Wert	p	ES	RCI %	CS %
GSI der SCL-90-R	Frauen	1,55	0,86	0,66	0,62	12,146	0,000	1,05	71,1%	41,2%
	Männer	1,19	0,72	0,59	0,50	5,097	0,000	0,79	60,5%	42,1%
IIP _{ges}	Frauen	1,81	1,55	0,48	0,52	6,650	0,000	0,54	22,7%	18,6%
	Männer	1,77	1,50	0,51	0,50	4,104	0,000	0,54	23,7%	21,1%
t0 bis t2										
GSI der SCL-90-R	Frauen	1,55	0,86	0,66	0,72	8,910	0,000	1,05	68,0%	50,5%
	Männer	1,19	0,93	0,59	0,68	2,811	0,008	0,43	44,7%	34,2%
IIP _{ges}	Frauen	1,81	1,42	0,48	0,61	6,604	0,000	0,80	39,2%	35,1%
	Männer	1,77	1,62	0,51	0,60	1,757	0,087	0,30	23,7%	18,4%

Tabelle 36: GSI der SCL und IIP_{ges} unterteilt nach Geschlechtern für die Zeiträume: Therapiebeginn bis Therapieende (t0 bis t1) und Therapiebeginn bis Katamnese (t0 bis t2), M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t-Test, ES=Effektstärke, N=135, RCI=reliable change index, CS=clinical significance

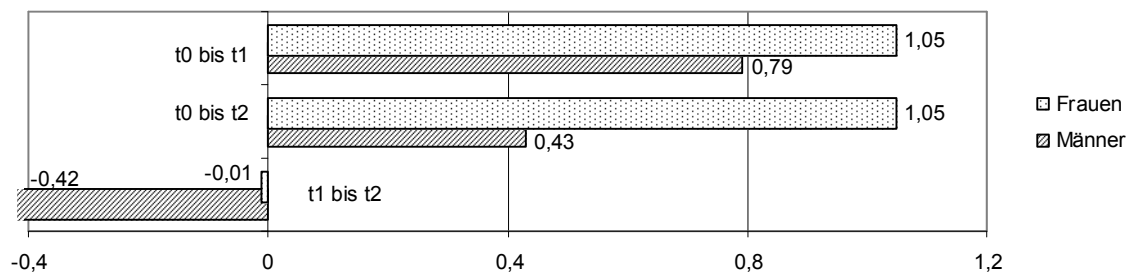


Abbildung 48: Veränderung der Effektstärken des GSI Wertes der SCL-90-R, unterteilt nach Geschlecht

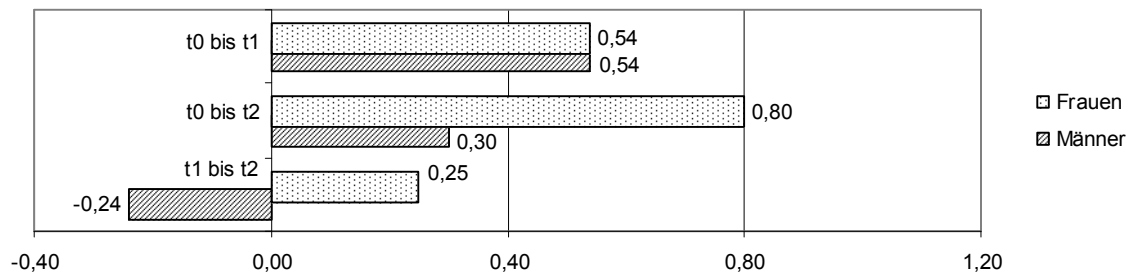


Abbildung 49: Veränderung der Effektstärken des IIP_{ges}, unterteilt nach Geschlecht

Es zeigt sich, dass das Geschlecht einen signifikanten Faktor für die Veränderung der körperlichen, psychischen und interpersonalen Belastung darstellt (Tabelle 37).

Geschlecht	df	F	p
GSI der SCL-90-R t0, t1, t2	2 266	6,417	0,002
IIP _{ges} t0, t1, t2	2 266	4,283	0,015

Tabelle 37: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Geschlecht für den globalen Kennwert der SCL-90-R (GSI), sowie den IIP_{ges}

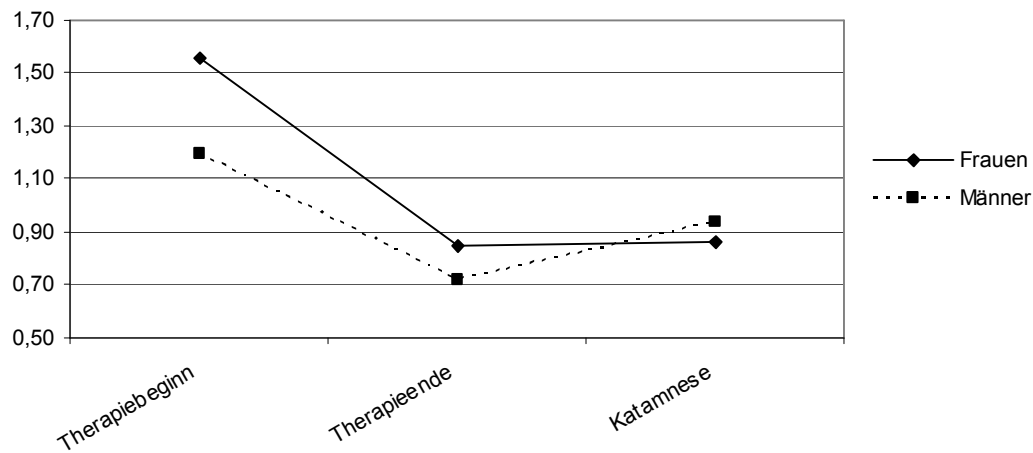
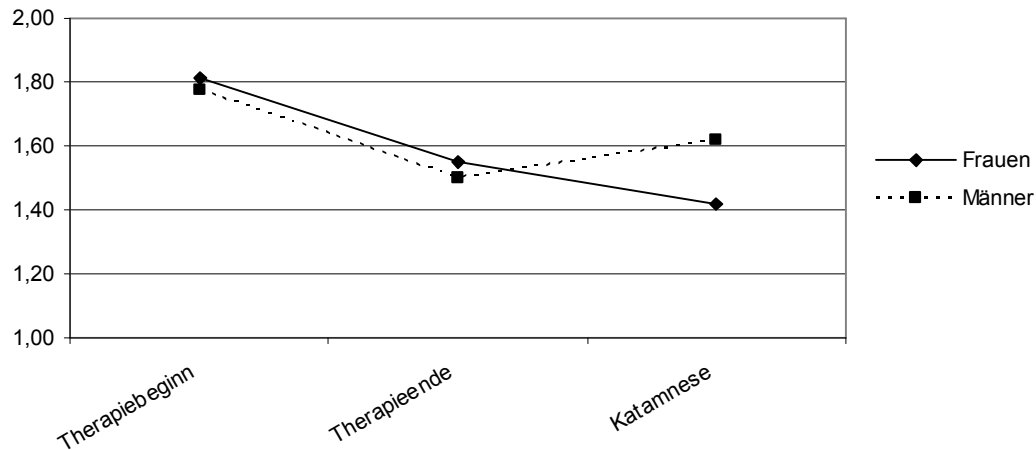


Abbildung 50: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für Männer und Frauen

Abbildung 51: Mittelwerte des IIP_{ges} für Männer und Frauen

Auf den Therapieerfolg auf der Ebene der Patienten- und Therapeutenbeurteilung hatte der Faktor Geschlecht keinen Einfluss (Tabelle 38). Sowohl für die Selbst- als auch für die Fremdbeurteilung fiel das Ergebnis zwar bei Frauen tendenziell besser aus, die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Geschlecht	df	F	p
T	130	0,720	0,473
P _{Ende}	121	0,687	0,494
P _{Kat}	133	1,207	0,229

Tabelle 38: t-Test, Faktor Geschlecht, Therapiebeurteilung durch T=Therapeut, P_{Ende}=Patient bei Therapieende, P_{Kat}=Patient bei Katamnese

Obwohl für die Beurteilung der Therapieerfolge kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen nachgewiesen werden konnte, wurde das Therapieverhalten, d.h. besuchen Frauen und Männer unterschiedliche Therapien, bzw. wie beurteilen sie diese, weiter untersucht. Hierbei fallen insbesondere bei den Gruppenpsychotherapien Unterschiede auf. Frauen nahmen vermehrt an halbgeschlossenen Gruppen teil und bewerteten diese auch als hilfreicher, während Männer häufiger an offenen Gruppen teilnahmen. Essgruppe, Integrationsgruppe und Psycho-Soma-Gruppe wurden ebenfalls häufiger von Frauen besucht (insgesamt jedoch niedrige Teilnehmerzahl für depressive Störungen). Die wenigen Männer, die an diesen Gruppen teilnahmen, bewerteten diese auch als wenig hilfreich (Abbildung 52 und Abbildung 53).

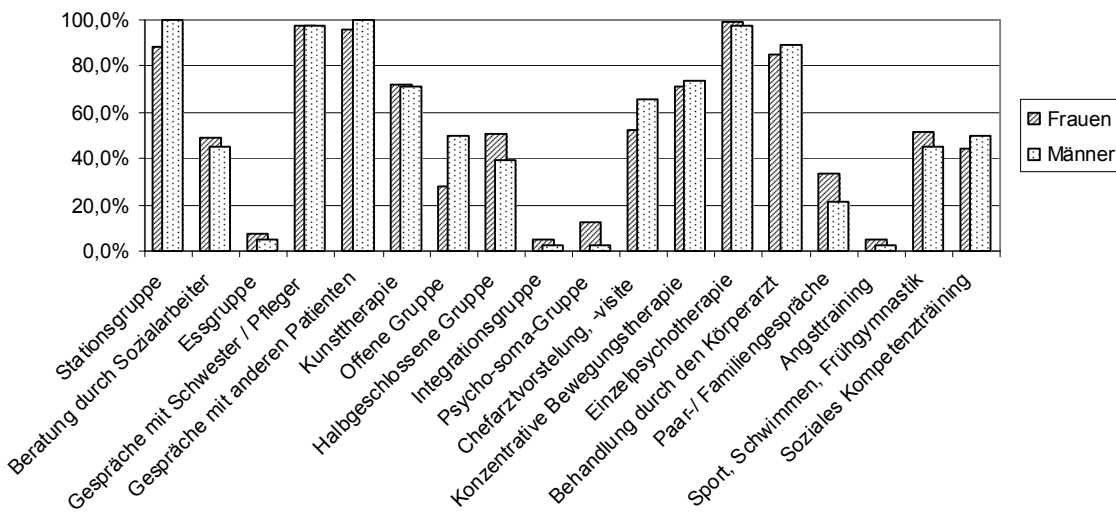


Abbildung 52: Einzeltherapien, Teilnahme in Prozent, Unterschied Frauen, Männer

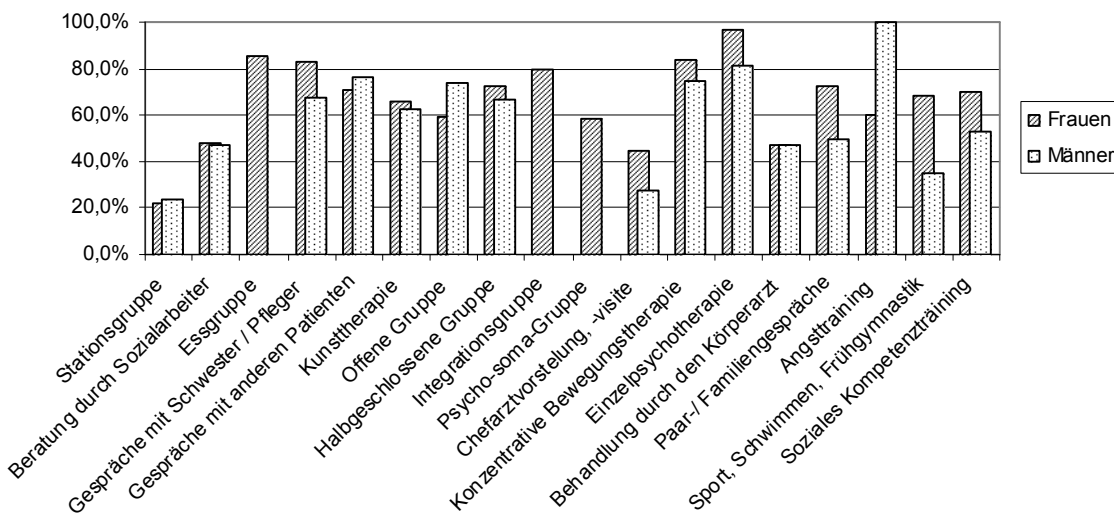


Abbildung 53. Einzeltherapien, Beurteilung: „Therapie hat geholfen“, Unterschied Frauen, Männer

Für einige Therapien war das Geschlecht ein signifikanter Faktor für deren erfolgreiche Beurteilung (Tabelle 39). Essgruppe, Gespräche mit Schwestern /Pfleger, Einzelpsychotherapie und Sport haben nach Meinung der Patienten Frauen mehr geholfen als Männern.

Einzeltherapie	df	T	p
Essgruppe	7	4,158	0,004
Gespräche mit Schwestern / Pfleger	130	2,472	0,015
Einzelpsychotherapie	131	2,768	0,006
Sport, Schwimmen, Frühgymnastik	65	2,377	0,020

Tabelle 39: Einzeltherapien, t-Test für unabhängige Stichproben, Faktor Geschlecht

4.6.4.2 Schulabschluss

Schulbildung wird in der Literatur als Faktor diskutiert, der die Therapieergebnisse beeinflusst, bzw. zu einer geringeren Beschwerdereduktion führt (Riedel, 1991). Es soll daher der Einfluss des Schulabschlusses der Patienten auf die Veränderung der symptomatischen und interpersonalen Beschwerden untersucht werden. Hierbei ergab sich für die untersuchten Patienten kein signifikanter Zusammenhang, die Veränderungen waren sowohl für die SCL ($F(8, 269)=1,4888, p=0,162$) als auch für das IIP ($F(8, 260)=0,658, p=0,729$) nicht signifikant. Auffällig ist jedoch die unterschiedliche Belastung der Patienten. Bei Behandlungsbeginn wiesen Patienten mit Abitur signifikant niedrigere Anfangsbelastungen auf, als Patienten mit niedrigem Schulabschluss (Abbildung 54 und Abbildung 55). Bei den symptombezogenen Problemen fand sich dieser Unterschied auch bei Therapieende. Der Faktor Schulabschluss, bzw. Schulbildung kann daher als signifikant für die Höhe der Belastung angesehen werden (Tabelle 40).

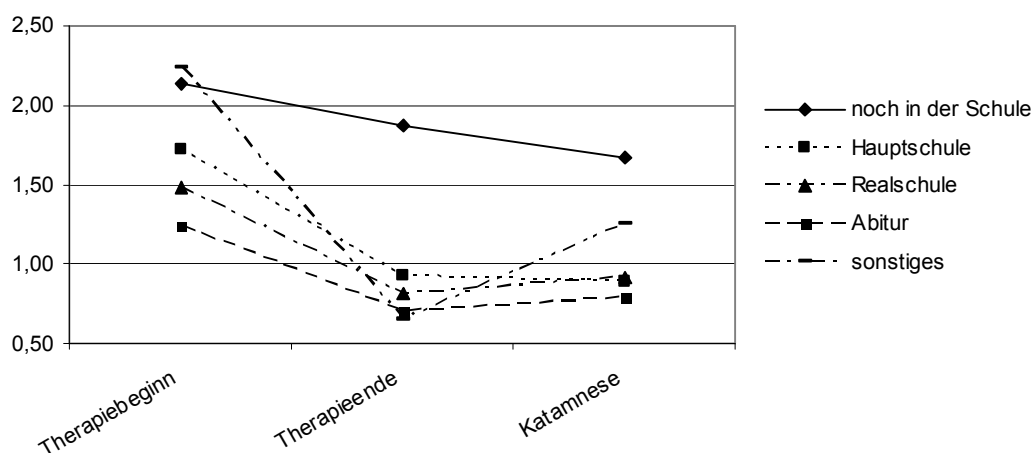
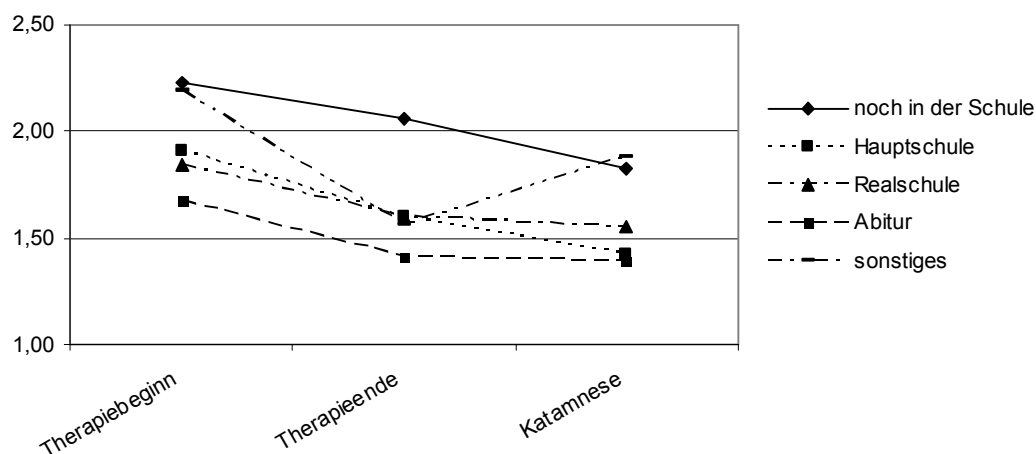


Abbildung 54: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für die unterschiedlichen Schulabschlüsse

Abbildung 55: Mittelwerte des IIP_{ges} für die unterschiedlichen Schulabschlüsse

Schulabschluss		df	F	p
GSI der SCL-90-R	t0	4 130	4,753	0,001
	t1	4 130	4,496	0,002
IIP _{ges}	t0	4 130	2,586	0,040
	t1	4 130	2,240	0,068

Tabelle 40: einfaktorielles Anova, Faktor Schulabschluss, für GSI der SCL-90-R und des IIP_{ges} jeweils zu Therapiebeginn und Therapieende

4.6.4.3 Alter

Auch das Alter der Patienten wird in der Literatur als Einflussfaktor auf das Therapieergebnis angeführt (Riedel, 1991). Für die Patienten des Krankenhauses Harlaching konnten signifikante Unterschiede bei der Belastungsveränderung zwischen Patienten über 40 und unter 40 Jahren festgestellt werden (Tabelle 41). Die Beschwerdebesserung über 40-Jähriger verschlechterte sich während des poststationären Zeitraumes, d.h. die erzielten Veränderungen sowohl der symptomatischen als auch interpersonalen Belastungen, waren bei dieser Patientengruppe weniger stabil (Abbildung 56 und Abbildung 57).

Alter	df	F	p
GSI der SCL-90-R t0, t1, t2	2 266	3,660	0,027
IIP _{ges} t0, t1, t2	2 266	4,091	0,018

Tabelle 41: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Patientenalter für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP_{ges})

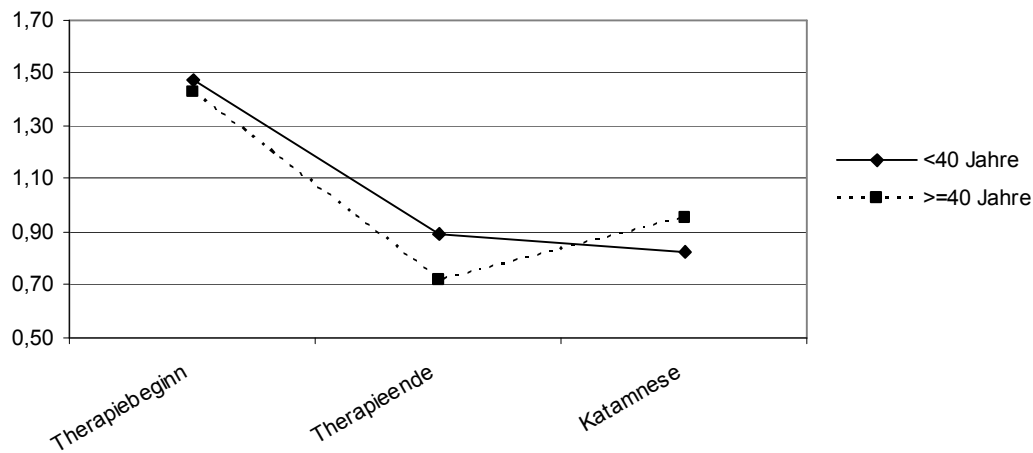
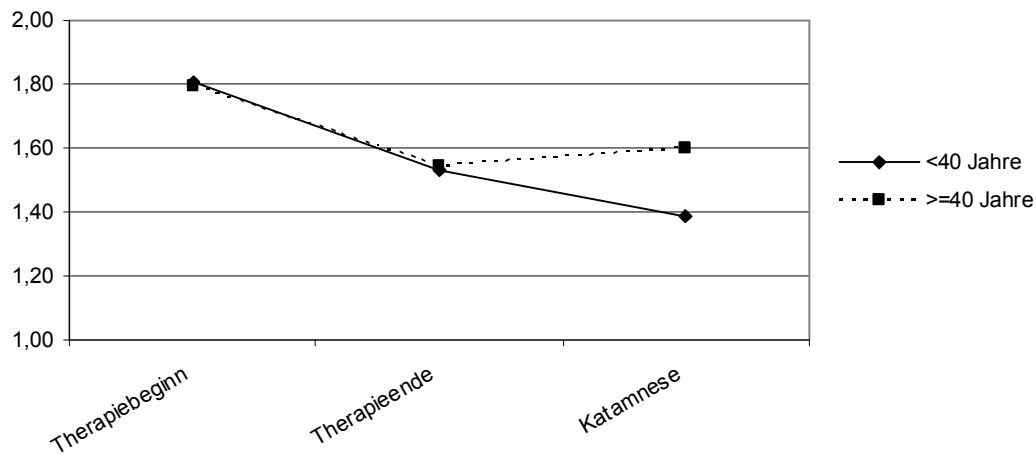


Abbildung 56: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für das Alter der Patienten

Abbildung 57: Mittelwerte des IIP_{ges} für das Alter der Patienten

4.6.4.4 Änderung der Partnersituation

Für die Untersuchung des Faktors „Änderung der Partnersituation“ wurden die Angaben der Patienten in 3 Gruppen eingeteilt: *jetzt einen Partner*, *keine Veränderung*, *jetzt keinen Partner mehr*. Varianzanalytisch konnte ein signifikanter Zusammenhang ($F(2, 129)=3,409$, $p=0,036$) zwischen der Veränderung der Partnersituation und der Beurteilung des aktuellen Befindens in Bezug auf die damalige Hauptdiagnose, sprich die depressive Erkrankung, ermittelt werden.

Patienten, die jetzt einen Partner hatten beurteilten ihr derzeitiges Befinden positiver, als Patienten, die jetzt keinen Partner mehr haben.

4.6.5 Einfluss der Belastungsschwere auf Ergebnisse

Als Maß für die Schwere der Belastung wurden der BSS sowie die GAF zu Behandlungsbeginn herangezogen. Es ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg (Tabelle 42) und den Veränderungen der Belastungen (Tabelle 43).

BSS 7	df	F	p
T	8 121	0,460	0,882
P _{Ende}	8 112	1,877	0,070
P _{Kat}	8 124	1,290	0,255
GAF 7			
T	19 112	0,410	0,986
P _{Ende}	18 104	0,554	0,924
P _{Kat}	19 115	1,530	0,088

Tabelle 42: einfaktorielle Anova, Faktor BSS und GAF bei Therapiebeginn, Therapiebeurteilung durch T=Therapeut, P_{Ende}=Patient bei Therapieende, P_{Kat}=Patient bei Katamnese

BSS 7		df	F	p
GSI der SCL-90-R	t0, t1, t2	16 248	1,283	0,208
IIP _{ges}	t0, t1, t2	16 248	1,374	0,155
GAF 7				
GSI der SCL-90-R	t0, t1, t2	12 256	0,561	0,872
IIP _{ges}	t0, t1, t2	12 256	0,692	0,758

Tabelle 43: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor BSS und GAF jeweils zu Behandlungsbeginn für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP_{ges})

4.6.6 Einfluss der Unterstützung

Eine weitere Frage der Katamneseuntersuchung galt dem Einfluss der Unterstützung durch Angehörige auf den Behandlungserfolg (kann das Gefühl unterstützt zu werden den Therapieerfolg signifikant beeinflussen). Hierzu wurde den Patienten die Frage gestellt, ob sie sich bei ihrer Entscheidung für eine psychosomatische Behandlung im Klinikum Harlaching von ihren Angehörigen unterstützt fühlten. Diese Frage wurde von 64,4% der Patienten mit „ja“ beantwortet. Getestet wurde der Einfluss des Faktors Unterstützung auf die Veränderung des GSI Wertes der SCL-90-R sowie des IIP_{ges} von Therapiebeginn zu Katamnese. Weiter wurde varianzanalytisch der Faktor Unterstützung für den Therapieerfolg getestet.

Der Vergleich der Mittelwerte der Kennwerte der SCL-90-R sowie des IIP-D zeigt deutlich niedrigere Werte bei beiden Skalen, wenn die Patienten sich unterstützt fühlten. Auffällig ist auch, dass die Verringerung der Belastung bei den Patienten, die sich unterstützt fühlten höher ausfällt, als bei der nicht unterstützten Gruppe (Abbildung 58 und Abbildung 59). Für die Veränderung der symptombezogenen Beschwerden ist der Faktor *Unterstützung* signifikant (Tabelle 44).

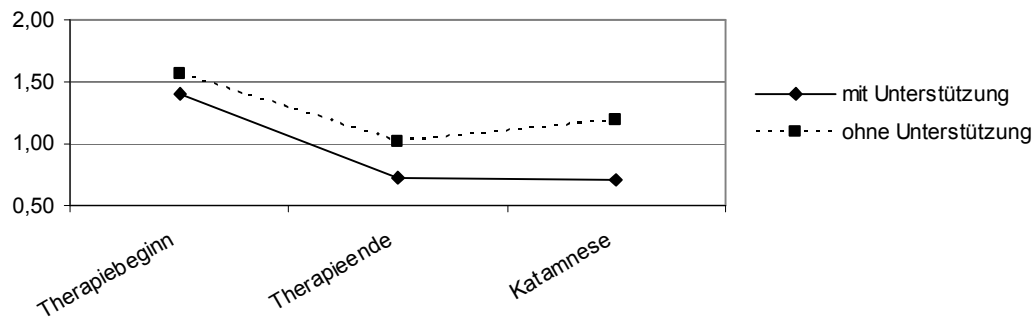


Abbildung 58: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für den Faktor Unterstützung

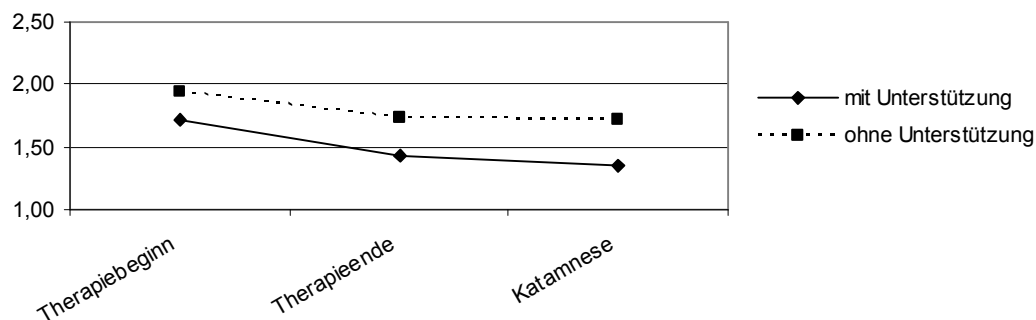


Abbildung 59: Mittelwerte des IIP_{ges} für den Faktor Unterstützung

Unterstützung		df	F	p
GSI der SCL-90-R	t0, t1, t2	2	3,675	0,027
		262		
IIP _{ges}	t0, t1, t2	2	1,244	0,290
		262		

Tabelle 44: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Unterstützung für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP_{ges})

Für die Höhe der interpersonalen und symptomatischen Belastungen der Patienten bei Therapiebeginn und Therapieende ist das Gefühl der Unterstützung ein signifikanter Faktor, d.h. Patienten, die sich unterstützt fühlten, hatten signifikant weniger Beschwerden, als Patienten, die sich nicht unterstützt fühlten (Tabelle 45).

Unterstützung		df	T	p
GSI der SCL-90-R	t0	131	-2,722	0,007
	t1	131	-3,947	0,000
IIP _{ges}	t0	131	-3,532	0,001
	t1	131	-3,368	0,001

Tabelle 45: t-Test, Faktor Unterstützung, für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP_{ges})

Die Effektstärken der Veränderungen der Kennwerte für die SCL-90-R und das IIP-D fallen bei Patienten, die sich unterstützt fühlten höher aus, als bei Patienten die keine Unterstützung erhielten. In beiden Fällen waren die Veränderungen signifikant. Auch die klinische Signifikanz der Therapieergebnisse unterscheidet sich auffällig zwischen den beiden Patientengruppen (Tabelle 46).

t0 bis t1		M pre	M post	SD pre	SD post	t-Wert	p	ES	RCI %	CS %
GSI der SCL-90-R	mit Unterstützung	1,40	0,72	0,66	0,52	11,03	0,000	1,03	71,3%	48,3%
	ohne Unterstützung	1,57	1,01	0,67	0,69	6,56	0,000	0,83	63,0%	28,0%
IIP _{ges}	mit Unterstützung	1,72	1,42	0,52	0,51	6,35	0,000	0,57	27,6%	24,1%
	ohne Unterstützung	1,94	1,74	0,41	0,45	4,46	0,000	0,49	13,0%	10,9%
t0 bis t2										
GSI der SCL-90-R	mit Unterstützung	1,40	0,71	0,66	0,63	9,03	0,000	1,04	69,0%	47,1%
	ohne Unterstützung	1,57	1,20	0,67	0,75	3,27	0,002	0,55	47,8%	32,6%
IIP _{ges}	mit Unterstützung	1,72	1,35	0,52	0,61	5,87	0,000	0,72	39,1%	34,5%
	ohne Unterstützung	1,94	1,71	0,41	0,55	2,81	0,007	0,55	26,1%	21,7%

Tabelle 46: GSI der SCL und IIP_{ges} unterteilt nach Unterstützung für die Zeiträume: Therapiebeginn bis Therapieende (t0 bis t1) und Therapiebeginn bis Katamnese (t0 bis t2), M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, t-Test, ES=Effektstärke, N=135, RCI=reliable change index, CS=clinical significance

Die varianzanalytische Testung des Faktors *Unterstützung* auf den Therapieerfolg ergab für die Erfolgsbeurteilung durch den Therapeuten, sowie durch die Patienten bei Katamnese signifikante Zusammenhänge. Der Therapieerfolg wurde durch den Faktor Unterstützung positiv beeinflusst (Tabelle 47).

Unterstützung	df	F	p
T	129	-2,184	0,031
P _{Ende}	119	-0,916	0,362
P _{Kat}	131	-2,709	0,008

Tabelle 47: t-Test, Faktor Unterstützung, Therapiebeurteilung durch T=Therapeut, P_{Ende}=Patient bei Therapieende, P_{Kat}=Patient bei Katamnese

Die Untersuchung des Einflusses der Unterstützung nach Entlassung auf die Stabilität der Ergebnisse, sprich die Veränderung der Werte der SCL-90-R und IIP-D von Therapieende zu Katamnese ergab keine signifikanten Zusammenhänge.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass das *Gefühl der Unterstützung durch Angehörige* einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis, bzw. die Änderung und Höhe der Symptome hatte.

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Die symptomatische Belastung der Patienten, gemessen durch die SCL-90-R, reduzierte sich sowohl von Therapiebeginn zu Therapieende, als auch zum Katamnesezeitpunkt über alle Skalen signifikant mit mittleren bis hohen Effektstärken. Insbesondere wiesen die Skalen, in denen die Patienten zu Behandlungsbeginn besonders belastet waren, (*Depressivität, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit und Ängstlichkeit*) sowie der GSI bei Therapieende hohe Effektstärken auf. Die Symptombesserung reduzierte sich während des Katamneseintervalls, diese Veränderung war jedoch nicht mehr signifikant. Insgesamt konnten zum Zeitpunkt der Katamnese ca. 46% der Patienten als *geheilt*, und ca. 16% als *gebessert* angesehen werden. 53% der Patienten wiesen bei der Katamnese ein funktionales Belastungsniveau auf.
2. Für die interpersonalen Probleme der Patienten, gemessen durch das IIP-D, zeigte sich ebenfalls über alle Skalen und den Summenwert IIP_{ges} ein Rückgang der Belastung. Die Veränderungen erreichten geringe bis mittlere Effektstärken. Auch hier wurden die höchsten Effekte bei den Skalen erzielt, die die höchsten Belastungen bei Behandlungsbeginn aufwiesen. Während des Katamneseintervalls konnten die erzielten Werte nochmals verbessert werden. Das IIP-D als Beurteilung der interpersonalen Probleme der Patienten ergab bei Therapieende für 23% der Patienten eine Besserung, bzw. Heilung, bei der Katamnese für 35%. 50% der Patienten wiesen zu diesem Zeitpunkt ein funktionales Belastungsniveau auf.
3. Die Schwere der Belastungen reduzierte sich während der Therapie ebenfalls signifikant. Der BSS wies am Ende der Therapie nur noch für 31% der Patienten ein pathologisches Funktionsniveau auf. Bei beiden Skalen (BSS und GAF) konnten sehr hohe Effektstärken von $ES=1,75$ für den BSS und $ES=1,35$ für die GAF erzielt werden.
4. Die verschiedenen multimodalen Beurteilungsverfahren hinsichtlich Therapieerfolg wiesen bis auf das IIP-D, die GAF und die Therapieziele über 65% erfolgreiche Therapien aus. Auffällig ist, dass die Therapeuten den Behandlungserfolg wesentlich positiver beurteilten (89%) als die Patienten (78%). Zum Katamnesezeitpunkt stand das momentane Befinden der Patienten in engem Zusammenhang mit den Belastungen, sowohl auf symptomatischer, als auch auf interpersonaler Ebene.

5. Die Therapieergebnisse blieben auch über einen Katamnesezeitraum von 3 bis 5 Jahren stabil. Die körperlichen und psychischen Belastungen verschlechterten sich geringfügig, die interpersonalen Probleme verbesserten sich dagegen während des Katamnesezeitraumes. Beide Veränderungen, sowohl positiv als auch negativ, waren nicht statistisch signifikant. Das momentane Befinden der Patienten wird von 44% als gut und von 41% als mittel angegeben.
6. Als Einflussfaktoren auf Behandlungserfolg und –stabilität konnten insbesondere das Geschlecht der Patienten, sowie das Gefühl von Angehörigen unterstützt zu werden, selektiert werden. Die Behandlungsdauer, die Krankheitsdauer und die Schwere der Belastungen scheinen den Behandlungserfolg nicht signifikant zu beeinflussen. Bei den soziodemographischen Daten ergaben sich neben dem Geschlecht auch für die Schulbildung und das Alter der Patienten signifikante Zusammenhänge. Die Veränderung der Partnersituation wies einen signifikanten Einfluss auf das momentane Befinden der Patienten auf.
7. Für die unterschiedlichen Formen der Depression scheint der Behandlungseffekt für die Gruppe F32 tendenziell am geringsten zu sein. Diese Patienten wiesen durchweg die niedrigsten Effektstärken hinsichtlich Veränderung der Belastungen auf.
8. Frauen wiesen bei Behandlungsbeginn insbesondere hinsichtlich der symptomatischen Belastung wesentlich höhere Werte auf als Männer. Sowohl auf symptomatischer, als auch auf interpersonaler Ebene scheinen die Effekte der Problemverbesserung für Frauen größer zu sein, als für Männer. Die Therapieergebnisse waren für Frauen auch stabiler als für Männer: Bei Katamnese konnten für die SCL-90-R 68% der Frauen als *gebessert* oder *geheilt* angesehen werden, im Gegensatz zu 45% der Männer. Für das IIP-D zeigt sich ein ähnliches Bild: 39% Frauen gegenüber 24% Männern.
9. Bei den Therapien ergaben sich insbesondere für die gruppentherapeutischen Sitzungen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, so besuchten Frauen eher halbgeschlossene Gruppen und bewerteten diese auch positiver, während Männer offenen Gruppen den Vorzug gaben.
10. Der Schulabschluss der Patienten erwies sich für die Höhe der Belastungen sowohl zu Beginn, als auch nach Beendigung der Therapie als signifikanter Faktor. So wiesen Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau sowohl auf symptomatischer, als auch auf interpersonaler Ebene höhere Belastungen auf, als Patienten mit hohem Bildungsgrad.

11. Eine Unterstützung durch die Angehörigen, bzw. das Gefühl unterstützt zu werden, hatte auf die Therapieergebnisse, die Höhe der Belastungen, und auf die Höhe der Veränderungseffekte einen signifikanten Einfluss. So wurde für die SCL-90-R bei 69% der Patienten, die sich unterstützt fühlten, eine Heilung, bzw. Besserung erreicht, im Vergleich zu 48% der Patienten, die sich nicht unterstützt fühlten. Bei den interpersonalen Problemen stehen 39% *gebesserten* und *geheilten* Patienten mit Unterstützung, 26% Patienten ohne Unterstützung gegenüber.

5 Diskussion der Ergebnisse

5.1 Wertung des methodischen Vorgehens

Für die Katamnesestudie wurde ein retrospektives, naturalistisches Design gewählt, das die Behandlungen unter Routinebedingungen ohne Vorselektion der Patienten besonders gut abbildet.

Eine klinische Repräsentativität erfordert u.a., dass die Studie nicht, bzw. nicht ausschließlich im universitären Setting durchgeführt wird, und dass hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale heterogen zusammengesetzte Patientenkollektive nicht durch die Untersucher, sondern im Rahmen der klinischen Routine den einzelnen Therapeuten zugewiesen werden (Schulz et al., 1999). Diese Voraussetzungen sind mit der vorliegenden Studie gegeben.

Die Stichprobe setzt sich aus einer inhomogenen Gruppe depressiver Patienten zusammen, die eine hohe Belastungsschwere aufweisen. Die Aufteilung 2/3 Frauen, 1/3 Männer entspricht der Zusammensetzung depressiver Patienten anderer psychosomatischer Kliniken, sowie dem Verhältnis depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung (Nosper, 1999; Franke, 2005, Rudolf et al., 2004).

Ein naturalistisches Design bringt es mit sich, dass der Einfluss unterschiedlicher Therapeuten und unterschiedlicher Therapiesettings im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes zur Anwendung kommt, d.h. Therapieeffekte, die hierauf zurückzuführen sind, nicht erfasst werden.

Nachdem es sich um eine retrospektiv angelegte Studie handelt, wurden die Patienten nicht bereits im Verlauf, bzw. zu Beginn der Therapie auf eine katamnestische Befragung aufmerksam gemacht. Dies verringert zwar die Rücklaufquote, es wird jedoch ein Effekt (Hathorne-Effekt, Schulz et al., 1999), der zu einem veränderten Verhalten von Therapeuten und Patienten führen kann, ausgeschlossen. Die Studie liegt mit einer Rücklaufquote von 68,7% im Mittel vergleichbarer publizierter Katamnesestudien, die eine Spanne von ca. 40% bis 80% aufweisen (Franke, 2005; Bauer et al. 2005; Junge & Ahrens, 1996; Huber et al., 2003, Fliege et al., 2002).

Obwohl für alle soziodemographischen und einige repräsentative Daten des Therapieverlaufes, Analysen durchgeführt wurden, die keine signifikanten Unterschiede von „Respondern“ zu „Non respondern“ ergaben, könnten dennoch nicht beachtete oder nicht kontrollierte Faktoren die Ergebnisse beeinflussen.

Auf Grund der Durchgängigkeit von Therapieverläufen wurde die Gruppe der Patienten auf komplette Datensätze reduziert. So mussten $\frac{1}{4}$ der Patienten ausgeschlossen werden, da ihre Basisdaten nicht komplett dokumentiert waren. Die Testung der Repräsentativität der reduzierten Stichprobe ergab keine signifikanten Unterschiede, trotzdem könnte sich auch

hierdurch eine gewisse Verzerrung der Ergebnisse ergeben. Zudem musste hierdurch die Anzahl der Studienteilnehmer verringert werden.

Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass zum Katamnesezeitpunkt nur Selbsteinschätzungen der Patienten vorlagen, auf eine Fremdbeurteilung musste bei der Höhe der Patientenzahl, die in die Studie eingeschlossen wurden, verzichtet werden. Es konnten daher für die Katamnesebefragung nur schriftlich zu bearbeitende Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt werden.

Insgesamt erscheint die Wahl des Studiendesigns dem Anliegen der Studie, eine möglichst große Patientenzahl unter normalen, unbeeinflussten klinischen Bedingungen zu untersuchen, zu entsprechen. Zudem ermöglicht diese Studienart Ergebnisse in einem überschaubaren Zeitraum. Auch in der Literatur werden naturalistische Studien als adäquater Forschungszugang zu Ergebnissen psychotherapeutischer Behandlungen angesehen (Hau, 2005; Tschuschke, 2005).

Bei der Beurteilung der Therapieergebnisse wurde auf möglichst viele verschiedene Methoden zurückgegriffen, um ein umfassendes Bild der Veränderungen und Therapieergebnisse zu erhalten. Mit dem SCL-90-R und dem IIP-D wurden Testverfahren eingesetzt, die eine hohe Test-Retest-Reliabilität aufweisen und daher durch ihren breiten Einsatz bei vielen anderen Therapiestudien Verwendung finden.

Die aufgeführten methodischen Schwächen, die eine naturalistische Studie mit sich bringt, sowie eine nicht völlig auszuschließende Stichprobenverzerrung und das Problem der Selbstbeurteilung, sind bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Bei einer retrospektiv, naturalistischen Studie muss die Erhöhung der externen Validität auf Kosten der internen Validität in Kauf genommen werden.

5.2 Stationäre Psychotherapie, eine wirksame Therapieform bei Depressionen

Die Effektivität stationärer Psychotherapie kann nach dem derzeitigen Stand der Literatur, sowie nach der Erfahrung aller, die sich mit ihr befassen, als gegeben angesehen werden. Die Studien im Bereich der stationären Psychotherapie sind auf Grund unterschiedlicher Mess- und Beurteilungsmethoden nicht immer wirklich vergleichbar, es zeigt sich jedoch eine Besserungs- bzw. Erfolgsrate zwischen ca. 50% und 80%, die im Mittel bei ca. 2/3, sprich 67% liegt (Lamprecht & Schmidt, 1990; Rudolf et al., 2004; Franke, 2005; Franz et al., 2000; Rudolf et al., 1988, Paar & Kriebel, 1988). Bei diesen Angaben handelt es sich jedoch um eher globale Aussagen, hinter denen sich unterschiedliche Therapiekonzepte, unterschiedliche Patientenkollektive mit verschiedenen Diagnosen, sowie auch unterschiedliche thera-

apeutische Zielsetzungen verbergen. Die Gemeinsamkeit aller stationären Psychotherapien besteht jedoch darin, dass es sich um Patienten mit schweren, chronifizierten und krisenhaft zugespitzten Störungen handelt (Rudolf et al., 2004).

Auch die vorliegende Studie liegt mit ihren Ergebnissen innerhalb dieses Erfolgsbereiches. Es wurde jedoch deutlich, dass Erfolg auf vielen verschiedenen Ebenen gemessen und beurteilt werden kann und muss, um einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, die neben einer rein symptomatischen Veränderung eine strukturelle Veränderung als Ziel hat (Huber et al., 2006), gerecht zu werden.

In der vorliegenden Studie werden daher verschiedene Messinstrumente für die Beurteilung des Therapieerfolges eingesetzt, insbesondere die SCL-90-R für die symptombezogenen, körperlichen und psychischen Belastungen und Veränderungen und das IIP-D um die interpersonale Problematik der Patienten zu erfassen. Weiter wurden neben Selbst – auch Fremdbeurteilungen durchgeführt. Durch diese multimethodale Bewertung ergibt sich ein mehrdimensionales Bild des Therapieerfolges. Wie auch die Korrelationen der einzelnen Meßmethoden zeigen, spiegeln diese unterschiedliche Ebenen des Therapieerfolges wieder. Eine einheitliche Aussage über den Prozentsatz erfolgreicher Therapien ist demnach zu ungenau.

Für einige Meßmethoden ist deren Bedeutung hinsichtlich der Beurteilung des Therapieerfolges zu überdenken. So spiegelt die GAF bei einem in der Literatur vorgegebenen Cut-off Wert von ≤ 70 einen Therapieerfolg für nur 22 % der Patienten wieder. Hier wäre zu überlegen, ob ein Cut-off Wert von 60, der einer mäßig ausgeprägten Störung gleich zu setzen ist, nicht sinnvoller wäre.

Entgegen den Erfahrungen des Heidelberger Katamnese Projektes (Rad von et al., 1998) erwies sich der Einsatz von Therapiezielen zur Evaluation des Therapieerfolges bei der Ausweisung von lediglich 34% erfolgreicher Therapien, als nicht wirklich sinnvoll. Wie bereits von Sack (Sack et al., 2003) festgestellt wurde, scheint das Aufstellen von Therapiezielen zwar für den therapeutischen Prozess und die Motivation des Patienten hilfreich, zur Beurteilung von Therapieerfolg jedoch eher als Ergänzung geeignet zu sein (Sack et al., 1999). Im Rahmen der katamnestischen Befragung, bei der die Patienten nochmals aufgefordert wurden ihre Therapieziele zu überprüfen, kamen nur ca. 35% der Patienten dieser Aufforderung nach. Auf Grund der geringen Resonanz scheinen Therapieziele keine geeignete Methode für eine Katamnesebefragung zu sein.

Bei der Beurteilung des Therapieerfolges durch die Therapeuten fällt auf, dass diese die Therapien durchweg deutlich positiver bewerten als die Patienten. Die Therapeutenbeurteilungen korrelieren zudem wenig mit anderen Bewertungsverfahren.

Insgesamt scheint eine patientenorientierte Therapie- und Katamnesebeurteilung den Therapieerfolg am ausgewogensten wiederzuspiegeln.

Die übrigen Beurteilungsmethoden, wie die SCL-90-R, für die symptomatische Belastung, das IIP-D für die interpersonale Problematik, die Beurteilung durch die Patienten, sowie der BSS und der HAQ erweisen sich als sehr ausgewogene Meßmethoden.

Das IIP-D weist zwar nur eine ca. 22% Besserung auf interpersonaler Ebene aus, dies ergibt sich jedoch zum Einen daraus, dass interpersonale Probleme eher therapieresistent zu sein scheinen; Erfolge werden erst nach längerer Zeit, z.B. während des Katamnesezeitraumes, erzielt. Zum Anderen scheint bei depressiven Patienten die symptomatische Belastung im Vordergrund zu stehen. Die Werte des IIP-D lagen für manche Skalen bereits bei Behandlungsbeginn für ca. die Hälfte der Patienten im funktionalen Bereich.

5.3 Wertung im Vergleich mit anderen Studien

Wie bereits aufgeführt ist ein direkter Vergleich mit anderen Studien nur sehr eingeschränkt möglich, insgesamt fehlen meist störungsspezifische Analysen von Therapieeffekten auf klinische Subgruppen, wie depressive Störungen. Zudem werden meist uneinheitliche Erfolgsmaße eingesetzt (Hartkamp & Franz, 2007; Hartmann & Zepf, 2004).

Es soll daher versucht werden, einzelne Testverfahren zu den Ergebnissen einiger beispielhafter Studien in Relation zu setzen. Von besonderem Interesse sind wegen der guten Vergleichbarkeit der Erfolgsmasse die Studien von Franz et al. (2000) und Franke et al. (2005), sowie Mestel et al. (1999), die zudem selektiv depressive Patienten untersucht.

Die Studie von Franz et al. (2000) ist eine retrospektiv angelegte, Multizenterstudie an 3 Universitätskliniken, also Akutbehandlungen, bei 495 Patienten. Es handelt sich allerdings nicht um komplett dokumentierte Behandlungen, eine störungsspezifische Unterteilung wurde nicht vorgenommen und es gab keine Katamnesebefragung.

Die Studie von Franke et al. (2005) untersuchte Effekte stationärer Psychotherapie bei Therapieende und nach einem Katamneseintervall von 1 Jahr. Auch hier handelt es sich um ein Akutklinikum, untersucht wurden 64 Patienten, eine Unterteilung nach Diagnosen erfolgte ebenfalls nicht.

Die Studie von Mestel et al. (2000) untersuchte ein 1 bis 3 Jahres Katamneseintervall bei 800 depressiven Patienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Da es sich bei der untersuchten Einrichtung um ein Rehabilitationskrankenhaus handelt, unterscheiden sich die Patientenkollektive sowohl in der Zusammensetzung der Diagnosen (es überwiegt die Gruppe der rezidivierenden Störungen mit knapp 50%), als auch in der Aufenthalts- und Krankheitsdauer (mittlere Krankheitsdauer 11,3 Jahre).

In der nachfolgenden Tabelle 48 werden die Mittelwerte für die SCL-90-R und das IIP-D zu den verschiedenen Messzeitpunkten, sowie die erzielten Effektstärken der einzelnen Studien zusammengestellt. Ebenfalls wurden die Werte der Studie Schauenburg et al. (1995) zum Vergleich gegenübergestellt. Es handelt sich hierbei um Mittelwerte ambulanter, depressiver Patienten. Hierbei wird deutlich, dass die Belastungen der Patienten stationärer Einrichtungen meist wesentlich höher sind als die ambulanter Patienten, wie dies auch von Huber et al. (2002) beschrieben wurde. Es wird daher auf einen weiteren Vergleich der Therapieergebnisse mit ambulanten Psychotherapien verzichtet.

		Harlaching 2007	Mestel et al. (1999)	Franke et al. (2005)	Franz et al. (2000)	Schauenburg et al. (1995)	
Mittelwerte							
	SCL Depressivität	prä	2,16	1,87		1,86	1,69
		post	1,11	1,09		1,07	
		kat	1,23	1,35			
SCL GSI	prä	1,45	1,32		1,38	1,01	
	post	0,82	0,85		0,82		
	kat	0,88	0,98				
IIP _{ges}	prä	1,80	1,96		1,71	1,44	
	post	1,53	1,68		1,41		
	kat	1,48	1,66				
Effektstärke							
	SCL Depressivität	post	1,23	1,13	1,26	0,90	
		kat	1,10	0,74	0,92		
SCL GSI	post	0,96	0,91	1,11	0,84		
	kat	0,86	0,64	0,85			
IIP _{ges}	post	0,54	0,61	geringe ES	0,34		
	kat	0,66	0,63	geringe ES			

Tabelle 48: Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien

In der vergleichenden Übersicht zeigt sich, dass die Belastungen der Patienten der stationären Psychotherapie bei den unterschiedlichen Einrichtungen einheitlich sehr hoch sind. Die Belastung der Harlachinger Patienten ist insbesondere was die symptomatischen Probleme angeht, am höchsten. Die Effektstärken der SCL-90-R sind durchweg hoch, sie nehmen allerdings im Katamnesezeitraum ab, d.h. die Symptombesserung reduziert sich nach Therapieende etwas. Dieser Effekt bestätigt sich auch in den anderen Studien.

Im Gegensatz zu symptombezogenen Beschwerden scheinen die therapeutischen Effekte für die interpersonalen Probleme eher verzögert zu einer Besserung zu führen. Auch andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass nach psychotherapeutischer Behandlung zwar eine Reduktion interpersonaler Probleme erfolgt, diese jedoch in der Effektstärke hinter dem

symptomatischen Therapieerfolg zurück bleibt, und zeitlich verzögert eintritt (Liedtke & Geiser, 2001; Bauer et al., 2005; Huber et al., 2007; Franke et al., 2005).

5.4 Stabilität der Ergebnisse

Die Therapieergebnisse erwiesen sich auch über einen Zeitraum von 3 bis 5 Jahren als stabil. Die wenigen Studien, die katamnestische Untersuchungen durchgeführt haben, beziehen sich zwar bis auf wenige Ausnahmen (Sandweg et al., 1991; Mestel et al., 2000) meist nur auf einen 1 Jahreskatamnesezeitraum (Franke et al., 2005; Junge & Ahrens, 1996; Nosper, 1999; Rad von et al., 1998; Rudolf, 2004), sie kommen jedoch ebenfalls zu dem Resümee, dass die Ergebnisse stationärer psychotherapeutischer Behandlung als stabil angesehen werden können.

Da die meisten Patienten eine anschließende ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen haben (ca. 80%), bleibt unklar, inwieweit die stationäre Psychotherapie zum Beibehalten, bzw. zur Besserung der symptomatischen und interpersonalen Probleme im Zeitraum nach der Therapie beigetragen hat. Anschließende ambulante Therapien haben sicherlich auch ihren Anteil an der Stabilität der Ergebnisse (Beutel et al., 2005, Schramm et al., 2004). Nachdem ein Ziel einer stationären psychotherapeutischen Behandlung die ambulante Therapiefähigkeit ist, kann es als Erfolg einer Therapie gewertet werden, wenn die Patienten ihre Beschwerdebesserung, mit einer konsequenten Weiterarbeit und weiteren Therapien stabilisieren konnten. Bei Patienten, die trotz entsprechender Indikation keine ambulante Nachbehandlung beginnen, ist der Behandlungserfolg gefährdet (Kobelt et al., 1998). Eine andauernde Psychotherapie ist scheinbar geeignet die Rezidivrate von ca. 70% auf 35% zu reduzieren (Fonagy & Roth, 2004).

Auffällig ist, dass die Beurteilungsinstrumente für die symptomatische und interpersonale Belastung, sowie die Bewertung des eigenen Befindens zum Zeitpunkt der Katamnese, im Gegensatz zum Ende der Therapie, in hohem Maße korrelieren. 44% der Patienten bezeichneten ihr momentanes Befinden als gut bis sehr gut, 50% wiesen auf interpersonaler Ebene, 53% auf symptomatischer Ebene ein funktionales, gesundes Belastungsniveau auf. 85% der Patienten schätzten ihren derzeitigen Zustand als gut bis mittel ein, nur 15% als schlecht.

5.5 Prädiktoren des Therapieerfolges

Mit der Studie wurde unter anderem versucht, Variablen zu identifizieren, die den Behandlungserfolg oder die Stabilität erzielter Effekte beeinflussen, bzw. vorherzusagen erlauben. Es wurden soziodemographische Daten, die Behandlungsdauer, die Krankheitsdauer, die verschiedenen Untergruppen der Depression, die Motivation der Patienten, sowie die Unter-

stützung durch Angehörige als mögliche Faktoren untersucht. Ein signifikanter Zusammenhang konnte für das Geschlecht der Patienten, die Motivation, sowie das Gefühl der Unterstützung nachgewiesen werden. Die erzielten Ergebnisse erwiesen sich für Frauen und Patienten unter 40 Jahren als stabiler.

5.5.1 Unterschiedliche Effekte bei Männern und Frauen

Im Fokus früherer Arbeiten stand bei der Frage nach dem Unterschied der Geschlechter, der Einfluss des Geschlechts auf den Erfolg psychotherapeutischer Behandlungen. Hier konnte in den meisten Studien kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (Nosper, 1999; Franz, 2000).

Die vorliegende Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen bei den interpersonalen und insbesondere bei den symptombezogenen Belastungen, höhere Anfangswerte aufweisen als Männer. Die Belastungen bei Therapieende waren für beide Geschlechter ähnlich, so dass auf Grund der höheren Anfangsbelastung insbesondere bei den symptomatischen Problemen die Therapieeffekte für Frauen größer waren als für Männer. Weitere Unterschiede zeigten sich über das Katamneseintervall. Hier erwiesen sich die Therapieerfolge für Frauen signifikant stabiler als für Männer. Die Effektstärken waren für Männer sowohl für das IIP-D als auch die SCL-90-R bis zum Zeitpunkt der Katamnese nur gering (ES SCL=0,43; ES IIP=0,3) während Frauen über diesen Zeitraum hohe Effekte erzielten (ES SCL=1,05; ES IIP=0,8). Auch eine Studie von Dinger-Broda & Broda (1997) kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen größere Veränderungen in ihrem Befinden und Verhalten auch Jahre nach einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme erleben als Männer.

Es scheinen sich also nicht die Therapieergebnisse (bei Entlassung) selbst signifikant zu unterscheiden, sondern die Stabilität dieser Ergebnisse über den Katamnesezeitraum, sowie die Anfangsbelastungen.

5.5.2 Einfluss der Faktoren Krankheitsdauer, Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer der Patienten lag zwischen 2 und 17 Wochen, im Mittel bei 9 Wochen. Obwohl die Zeitdauer der Behandlungen stark variiert, konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg, bzw. dem Effekt der Veränderung aufgezeigt werden. Dies lässt darauf schließen, dass sich durch eine längere Behandlungsdauer nicht per se ein besserer Behandlungserfolg erzielen lässt (Bassler et al., 1995; Fliege et al., 2002). Die Entscheidungsprozesse bei der Behandlungsdauer erfolgen sachbezogen, auf den einzelnen Patienten und die spezielle Therapie zugeschnitten. Das bedeutet, dass z.B. schwerer belastete Patienten länger behandelt werden müssen um einen Erfolg zu erzielen. Faktoren für die Dauer der Behandlung scheinen unter anderem die erreichte Besserung (Schauenburg

et al., 2001), die Gesamtkrankheitsdauer, als Zeichen der Chronifizierung (Heymann et al., 2003) sowie die Schwere der Erkrankung (Sitta et al., 2006) zu sein.

Die Vermutung, dass die Zeitspanne zwischen Erstdiagnose und Therapie einen Faktor darstellt, der das Therapieergebnis signifikant beeinflusst (Hautzinger et al., 1996) konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Zwischen der Krankheitsdauer und dem Behandlungserfolg, sowie dessen Stabilität konnten keine signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Die großen Standardabweichungen bei Gesamtkrankheitsdauer und Behandlungsdauer weisen auf die Heterogenität dieser Größen hin (Heymann et al., 2003).

5.5.3 Unterstützung durch Angehörige

Die Frage nach dem Einfluss des Gefühls, von seinen Angehörigen unterstützt zu werden, auf den Erfolg einer Therapie, war ein weiteres Anliegen dieser Studie. Es sollte untersucht werden, ob diese Unterstützung die Therapie positiv beeinflussen kann. Nach den gewonnenen Ergebnissen, kann diese Frage mit ja beantwortet werden. Patienten, die sich unterstützt fühlten, hatten durchweg, sowohl auf symptomatischer, als auch auf interpersonaler Ebene einen größeren Therapieeffekt. Die Anzahl der *gebesserten* und *geheilten* Patienten bei Katamnese war um ca. 1/3 höher. Auch die Patientenbefragung bei der Katamnese ergab einen signifikanten Einfluss der Unterstützung durch Angehörige auf die Beurteilung des Therapieerfolges.

5.6 Persönliche Mitteilungen der Patienten

Bei der Katamnesebefragung wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben, eine persönliche Mitteilung an die Klinik zu formulieren. 88 Patienten, also ca. 2/3 der Patienten, nahmen diese Möglichkeit wahr, viele von ihnen äußerten sich umfangreich. Diese Mitteilungen eignen sich zwar nicht zur statistischen Auswertung, da sie größtenteils sehr individuelle Probleme, Lebensläufe und Erlebnisse betreffen, sie sind jedoch dennoch von Interesse, da sie ein Feedback an die Klinik und die Therapeuten darstellen. Viele Patienten wollten sich einfach nur für die Hilfe, die sie durch den Klinikaufenthalt erfahren haben, bedanken. Es wurden sowohl negative, als auch positive Erfahrungen während der Therapie geschildert, sowie die momentane Lebenssituation und weitere therapeutische Erfahrungen. Nachfolgend wurde versucht die Antwortschreiben grob einzuteilen und einige Anmerkungen zusammenzustellen (Tabelle 49).

Inhalt der Mitteilung	Anzahl	Bemerkung
Bedankung	41	
Negative Erfahrungen	11	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnsituation, gem. Unterbringung mit Traumapatienten • persönliche Probleme mit dem Therapeuten, Mitpatienten • Therapeutenwechsel • Kopflastigkeit der Therapien, zu wenig Körperarbeit
Positive Erfahrungsschilderung	17	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräche mit Mitpatienten, Tagebuch • gute und hilfreiche Beziehung zum Therapeuten • Anregung zu weiteren Therapien
Momentane Situation positiv	11	<ul style="list-style-type: none"> • Familie, Kinder • neue Ziele und Mut im Leben
Momentane Situation negativ	13	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme mit Partner, Familie, • körperliche Beschwerden
Anregungen	2	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Einbeziehung des Partners • mehr Sport
sonstiges	5	<ul style="list-style-type: none"> • man kann sich nur alleine helfen (2 mal) • richtige Verbesserung erst in Anschlusstherapie

Tabelle 49: Mitteilungen der Patienten bei der Katamnesebefragung

5.7 Resümee, Ausblick

Diese Studie konnte insgesamt die Wirksamkeit stationärerer, psychoanalytisch orientierter Psychotherapie für die Behandlung schwer depressiver Patienten bestätigen. Insbesondere konnte die Nachhaltigkeit der Therapieergebnisse über einen Zeitraum von 3-5 Jahren belegt werden. Auch wenn ein Teil der Patienten ein normales psychosoziales Funktionsniveau nicht ganz erzielen konnte, erreichte die Therapie bei einer hoch belasteten Patientengruppe mit erheblichen Komorbiditäten eine deutliche Verbesserung der symptomatischen und interpersonellen Problematik.

Die Tatsache, dass ein Großteil der Patienten eine meistens ambulante Anschlusstherapie besuchte, sollte nicht als Defizit, sondern als weiterer positiver Aspekt, bzw. als Erreichen eines wesentlichen Therapiezieles der stationären Psychotherapie gesehen werden.

In Hinblick auf Faktoren, die die erzielten Ergebnisse, die Höhe der Belastungen und die Stabilität der erzielten Veränderungen beeinflussen, konnten interessante Zusammenhänge aufgezeigt werden. So unterscheiden sich Männer und Frauen sowohl in der Höhe der Ausgangsbelastungen, als auch in der Nachhaltigkeit der Ergebnisse. Das Alter der Patienten, die Schulbildung und insbesondere die Unterstützung durch Angehörige scheinen ebenfalls Auswirkungen auf die Therapieergebnisse zu haben. Der Einfluss dieser aufgezeigten Faktoren und die Relevanz für den klinischen Alltag könnte Inhalt künftiger Arbeiten sein.

6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird die Wirksamkeit und Stabilität der Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei depressiven Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching, einem städtischen Akutklinikum, untersucht. Ziel der Arbeit war die Betrachtung einer möglichst großen Patientenzahl unter unbeeinflussten klinischen Bedingungen. In die Studie wurden alle depressiven Patienten eingeschlossen, die in den Jahren 2000 bis 2002 eine stationäre psychotherapeutische Behandlung begonnen hatten und deren Therapie vollständig dokumentiert war. Die katamnestische Befragung erfolgte drei bis fünf Jahre nach Beendigung der stationären Behandlung, im Jahr 2005. Die Patienten erhielten standardisierte Fragebögen zu symptomatischen (Symptom-Checkliste, SCL-90-R), und interpersonalen Problemen (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP), welche im Rahmen der Therapiedokumentationen ebenfalls zu Beginn und Ende des stationären Aufenthaltes ausgefüllt wurden. Zusätzlich wurden soziodemographische Daten, das Erreichen von persönlichen Therapiezielen, sowie Daten zur globalen Therapieeinschätzung und –wirksamkeit erhoben. Aus einer Grundgesamtheit von 214 depressiven Patienten konnte mit mehrmaligem Mahnsystem eine Rücklaufquote von 69% erreicht werden. Eine Drop-out Analyse konnte nachweisen, dass sich die Stichprobe weder soziodemographisch noch bezüglich der Krankheitsverläufe von der Grundgesamtheit unterscheidet. Für die Beurteilung der Therapieverläufe standen die Daten der sehr ausführlichen Basisdokumentation der Klinik zur Verfügung, welche neben den bereits erwähnten Fragebögen auch die Therapeutenperspektive mit dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), der Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) und den Clinical Global Impressions (CGI) erfasst. Die statistischen Auswertungen, die ermittelten Effektstärken, sowie die klinischen Signifikanzen zeigten signifikante Verbesserungen der symptomatischen und interpersonalen Belastungen, sowohl von Therapiebeginn zu Therapieende, als auch zum Katamnesezeitpunkt. Auf symptomatischer Ebene konnten im Mittel hohe Effekte, auf interpersonaler Ebene mittlere Effekte nachgewiesen werden. Auch die Therapeutenbeurteilungen, sowie weitere Selbsteinschätzungen der Patienten wiesen deutliche Therapieerfolge nach. Die Therapieergebnisse blieben auch über den Katamnesezeitraum stabil, wobei die symptomatischen Belastungen leicht zunahmten, während es auf interpersonaler Ebene zu weitere Verbesserungen kam. Als Einflussfaktoren für Behandlungserfolg und die Stabilität der Ergebnisse konnten insbesondere das Geschlecht, das Alter, sowie das „Gefühl unterstützt zu werden“ selektiert werden. So zeigten sich die Therapieergebnisse für Frauen stabiler als für Männer, für Patienten unter 40 Jahren stabiler als für ältere Patienten. Das Gefühl der Unterstützung durch Angehörige hatte sowohl positiven Einfluss auf das Therapieergebnis als auch auf dessen Stabilität.

7 Abbildungs-, Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Diagnosegruppen	30
Abbildung 2: BSS-Werte bei Behandlungsbeginn, 12 Monate, bzw. 7 Tage vor Therapie, ..	31
Abbildung 3: GAF-Werte bei Therapiebeginn, 12 Monate, bzw. 7 Tage vor Therapie,	31
Abbildung 4: Mittelwerte SCL-90-R bei Therapiebeginn, zum Vergleich Normgruppe N1	32
Abbildung 5: Mittelwerte SCL-90-R bei Behandlungsbeginn, Frauen / Männer / Normgruppe N1	33
Abbildung 6: Mittelwerte IIP bei Behandlungsbeginn, zum Vergleich Normgruppe	33
Abbildung 7: psychiatrische Komorbiditäten der Patienten	34
Abbildung 8: Patientenmotivation bei Behandlungsbeginn	34
Abbildung 9: Vorbehandlungen, stationär, ambulant	35
Abbildung 10: Anzahl der ambulanten Vorbehandlungen	35
Abbildung 11: Krankheitsdauer vor Therapie für alle Patienten mit depressiven Störungen	36
Abbildung 12: Behandlungsdauer in Wochen	39
Abbildung 13: Mittelwerte SCL-90-R, t0= Therapiebeginn, t1= Therapieende t2= Katamnese	47
Abbildung 14: SCL-90-R bei Katamnese, Einteilung in „geheilt“, „gebessert“, „unverändert“, „verschlechtert“	50
Abbildung 15: SCL-90-R bei Katamnese, d= dysfunktionale Gruppe, f= funktionale Gruppe, Vergleich der verschiedenen Einteilungen	51
Abbildung 16: Mittelwerte IIP-D, t0= Therapiebeginn, t1= Therapieende t2= Katamnese, ...	52
Abbildung 17: IIP-D _{ges} bei Katamnese, d= dysfunktionale Gruppe, f= funktionale Gruppe ...	55
Abbildung 18: BSS-Werte bei Therapiebeginn und Therapieende	56
Abbildung 19: GAF-Werte bei Therapiebeginn und Therapieende	56
Abbildung 20: Therapiebeurteilung, Beurteilung durch den Therapeuten	57
Abbildung 21: CGI für die Hauptdiagnose, Beurteilung durch den Therapeuten	58
Abbildung 22: Therapiebeurteilung, Beurteilung durch die Patienten	58
Abbildung 23: HAQ, Beurteilung der therapeutischen Beziehung durch die Patienten, HAQ 1: Zufriedenheit mit der Beziehung zum Therapeuten, HAQ 2: Zufriedenheit mit der Therapie	59
Abbildung 24: Therapieziele, Beurteilung der Zielerreichung am Therapieende	59
Abbildung 25: Beurteilung der einzelnen Therapien durch die Patienten, Therapie hat <i>sehr geholfen</i> oder <i>geholfen</i> , Mindestteilnehmerzahl ≥ 10 Patienten	60
Abbildung 26: Patientenantworten auf die Frage: „Fühlten Sie sich von Ihren Angehörigen (Partner, Familie) bei Ihrer Entscheidung für eine Behandlung in der psychosomatischen Abteilung im KH Harlaching unterstützt?“	61

Abbildung 27: Patientenantworten auf die Frage: „Fühlten Sie sich von Ihren Angehörigen nach der Entlassung aus Harlaching unterstützt?“	61
Abbildung 28: Befinden der Patienten zum Katamnesezeitpunkt.....	63
Abbildung 29: Therapieziele, Beurteilung der Zielerreichung bei Katamnese	64
Abbildung 30: Therapieerfolg, bei Therapieende, Anteil erfolgreicher Therapien bezogen auf verschiedene bewertungsverfahren	64
Abbildung 31: erfolgreiche Therapien, bei Katamnese	65
Abbildung 32: Korrelationen der Erfolgsbeurteilungen, -messungen bei Therapieende,.....	66
Abbildung 33: Korrelationen der Erfolgsbeurteilungen zum Katamnesezeitpunkt	67
Abbildung 34: Vergleich der Effektstärken, bei Therapieende	68
Abbildung 35: Klinische Signifikanz, Vergleich für de GSI der SCL-90-R, Therapieende / Katamnese	70
Abbildung 36: Klinische Signifikanz, Vergleich für IIP _{ges} , Therapieende / Katamnese.....	70
Abbildung 37: Effektstärken, Therapieende / Katamnese	70
Abbildung 38: Patientenbeurteilung, Therapieende / Katamnese, sowie das momentane Befinden der Patienten	71
Abbildung 39: Skalen der SCL-90-R für die Untergruppen der Depression, Mittelwerte bei Therapiebeginn.....	72
Abbildung 40: Skalen des IIP-D für die Untergruppen der Depression, Mittelwerte bei Therapiebeginn.....	72
Abbildung 41: Effektstärken für SCL GSI und IIP _{ges}	73
Abbildung 42: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für die unterschiedliche Motivation der Patienten	75
Abbildung 43: Mittelwerte des IIP _{ges} für die unterschiedliche Motivation der Patienten	76
Abbildung 44: Mittelwerte der SCL-90-R für Frauen	77
Abbildung 45: Mittelwerte der SCL-90-R für Männer	77
Abbildung 46: Mittelwerte des IIP-D für Frauen	78
Abbildung 47: Mittelwerte des IIP-D für Männer	78
Abbildung 48: Veränderung der Effektstärken des GSI Wertes der SCL-90-R.....	81
Abbildung 49: Veränderung der Effektstärken des IIP _{ges}	81
Abbildung 50: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für die Männer und Frauen.....	82
Abbildung 51: Mittelwerte des IIP _{ges} für die Männer und Frauen.....	82
Abbildung 52: Einzeltherapien, Teilnahme in Prozent, Unterschied Frauen, Männer.....	83
Abbildung 53. Einzeltherapien, Beurteilung: „Therapie hat geholfen“, Unterschied Frauen, Männer	83

Abbildung 54: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für die unterschiedlichen Schulabschlüsse.....	84
Abbildung 55: Mittelwerte des IIP _{ges} für die unterschiedlichen Schulabschlüsse.....	85
Abbildung 56: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für das Alter der Patienten.....	86
Abbildung 57: Mittelwerte des IIP _{ges} für das Alter der Patienten.....	86
Abbildung 58: Mittelwerte des GSI der SCL-90-R für den Faktor Unterstützung.....	88
Abbildung 59: Mittelwerte des IIP _{ges} für den Faktor Unterstützung.....	88
Tabelle 1: Zusammenstellung von Studien zur stationären Psychotherapie	8
Tabelle 2: Behandlungsspektrum der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching	9
Tabelle 3: Therapiespektrum der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Harlaching	10
Tabelle 4: Studien zur Depressionsbehandlung,	15
Tabelle 5: Unterlagen der Basisdokumentation (BaDo) des Klinikum Harlaching,	19
Tabelle 6: Messinstrumente, Zeitpunkte des Einsatzes,.....	21
Tabelle 7: SCL-90-R, Einzelskalen,.....	22
Tabelle 8: IIP-D, Einzelskalen	24
Tabelle 9: soziodemographische Daten der untersuchten Stichprobe, 135 Patienten mit depressiven Störungen	29
Tabelle 10: GAF und BSS bei Therapiebeginn, Anteil der Patienten die ein normales, bzw. pathologisches Funktionsniveau (FN) aufweisen	32
Tabelle 11: durchschnittlicher Therapieplan depressiver Patienten im Klinikum Harlaching pro Woche	37
Tabelle 12: Therapien, Anteil der Patienten, die an den einzelnen Therapien teilgenommen haben	39
Tabelle 13: Messinstrumente zur Erfolgsbeurteilung,	41
Tabelle 14: Messinstrumente zur Erfolgsbeurteilung, Definition „erfolgreiche Therapie“	42
Tabelle 15: SCL-90-R für die Zeiträume: Therapiebeginn bis Therapieende (t0 bis t1) und Therapiebeginn bis Katamnese (to bis t2).....	48
Tabelle 16: SCL-90-R, Cut-off-Werte für den RCI und die klinische Signifikanz	49
Tabelle 17: Prozentsatz der Patienten die der funktionalen Gruppe zugeordnet werden können.....	50
Tabelle 18: genauere Unterteilung der klinischen Signifikanz, d= dysfunktionale Gruppe, f= funktionale Gruppe.....	51

Tabelle 19: Skalen des IIP-D für die Zeiträume: Therapiebeginn bis Therapieende (t0 bis t1) und Therapiebeginn bis Katamnese (to bis t2).....	53
Tabelle 20: IIP-D, Cut-off-Werte für den RCI und die klinische Signifikanz.....	54
Tabelle 21: IIP-D, Prozentsatz der Patienten die der funktionalen Gruppe zugeordnet werden können	54
Tabelle 22: GAF und BSS bei Therapiebeginn und Therapieende, Anteil der Patienten die ein normales, bzw. pathologisches Funktionsniveau (FN) aufweisen.....	56
Tabelle 23: BSS und GAF für die Zeiträume 1 Jahr vor Therapie, während der Therapie, 1 Jahr vor Therapie bis Therapieende.....	57
Tabelle 24: soziodemographische Daten der Patienten bei Therapiebeginn und Katamnese	62
Tabelle 25: Skalen der SCL-90-R für den Zeitraum: Therapieende bis Katamnese.....	69
Tabelle 26: Skalen des IIP-D für den Zeitraum: Therapieende bis Katamnese.....	69
Tabelle 27: Korrelation der unterschiedlichen Patientenbeurteilungen: Therapieerfolg bei Therapieende und Katamnese, Beurteilung des momentanen Befindens	71
Tabelle 28: einfaktorielle Anova, Faktor Untergruppen der Depression,	73
Tabelle 29: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Untergruppen der Depression für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP _{ges})	73
Tabelle 30: einfaktorielle Anova, Faktor Therapiedauer und Krankheitsdauer vor Therapie	74
Tabelle 31: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Therapiedauer und Krankheitsdauer für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP _{ges}).....	74
Tabelle 32: einfaktorielle Anova, Faktor Motivation	75
Tabelle 33: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Motivation für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP _{ges})	75
Tabelle 34: SCL-90-R Signifikanztestung, univariate Varianzanalyse mit Faktor Geschlecht.....	77
Tabelle 35: SCL-90-R, Effektstärken für die Veränderung der einzelnen Skalen, unterschieden nach Frauen und Männern.....	80
Tabelle 36: GSI der SCL und IIP _{ges} unterteilt nach Geschlechtern.....	81
Tabelle 37: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Geschlecht für den globalen Kennwert der SCL-90-R (GSI), sowie den IIP _{ges}	81
Tabelle 38: t-Test, Faktor Geschlecht.....	82
Tabelle 39: Einzeltherapien, t-Test für unabhängige Stichproben, Faktor Geschlecht	84

Tabelle 40: einfaktorielle Anova, Faktor Schulabschluss, für GSI der SCL-90-R und des IIP _{ges} jeweils zu Therapiebeginn und Therapieende	85
Tabelle 41: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte, Faktor Patientenalter für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP _{ges})	85
Tabelle 42: einfaktorielle Anova, Faktor BSS und GAF bei Therapiebeginn,	87
Tabelle 43: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor BSS und GAF jeweils zu Behandlungsbeginn für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP _{ges})	87
Tabelle 44: Varianzanalyse mit Messwiederholung über 3 Zeitpunkte: t0 – t1 – t2, Faktor Unterstützung für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP _{ges})	88
Tabelle 45: t-Test, Faktor Unterstützung, für die globalen Kennwerte der SCL-90-R (GSI), sowie IIP-D (IIP _{ges})	89
Tabelle 46: GSI der SCL und IIP _{ges} unterteilt nach Unterstützung	89
Tabelle 47: t-Test, Faktor Unterstützung	89
Tabelle 48: Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien	97
Tabelle 49: Mitteilungen der Patienten bei der Katamnesebefragung	101

8 Literaturverzeichnis

- 1 American psychiatric association APA, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders", APA, Washington D.C., fourth edition, 1994
- 2 Assmann, J. "Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch - psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen", Dissertation, Tübingen, 2003
- 3 Bassler, M., Krauthauser, H., Hoffmann, S.-O. Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 45 (1995) 167-175
- 4 Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H. Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 40 (1995) 23-32
- 5 Bateman, A., Fonagy, P. Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality disorder: A Randomized controlled Trial. Am. J. Psychiatry 156 (1999) 1563-1569
- 6 Bauer, Ch., Machold, C., Geyer, M., Plöttner, G. Persönlichkeitsstörungen nach stationärer psychodynamischer Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 51 (2005) 360-373
- 7 Berking, M., Jacobi, C., Masuhr, O. Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 34 (2001) 259-272
- 8 Beutel, M., Höflich, A., Kurth, R., Brosig, B., Gieler, U., Leweke, F., Milch, W., Reimer, Ch. Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 51 (2005) 145-162
- 9 Böker, H., Gramigna, R. Psychotherapie bei depressiv Erkrankten: Ein Überblick über den Stand der Therapieforschung. In: "Therapie der affektiven Störungen", Böker, H., Hell, D., (Hrsg.), Schattauer GmbH Verlag, Stuttgart, 2002, 209-229
- 10 Böker, H. Vergleichende Psychotherapieforschung bei Depressionen. In: "Depression - Pluralismus in Praxis und Forschung", Leuzinger-Bohleber, M., Hau, S., Deserno, H. (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2005
- 11 Brockmann, J., Schlüter, Th., Brodbeck, D., Eckert, J. Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Psychotherapeut 47 (2002) 347-355
- 12 Brockmann, J., Schlüter, Th., Eckert, J. Frankfurt-Hamburg Langzeit Psychotherapiestudie. Psychotherapeutenjournal 3 (2003) 184-194
- 13 Broda, M., Dahlbender, R. W., Schmidt, J., Rad von, M., Schors, R. DKPM - Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 43 (1993) 214-223
- 14 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). „gesundheitsziele.de – 6. nationales Gesundheitsziel – Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“, BMAS, Bonn, 2006
- 15 Cohen, J. "Statistical power analysis for behavioral sciences", Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1988
- 16 Cruppe de, W., Martens, U., Löwe, B., Herzog, W., Eich, W. Versorgungsaspekte stationärer psychosomatischer Behandlung am Allgemeinkrankenhaus. Psychotherapie, Psychosomatische Medizin 55 (2005) 386-391

- 17 Davies-Osterkamp, S., Kriebel, R. Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das "Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme" (IIP). Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik 29 (1993) 295-307
- 18 Dinger-Broda, A., Broda, M. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychosomatischen Rehabilitation. Praxis, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 40 (1997) 7-12
- 19 Faller, H. Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei psychotherapeutischer Erstuntersuchung. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 50 (2000) 292-300
- 20 Fliege, H., Rose, M., Bronner, E., Klapp, B. F. Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. Psychotherapie, Psychosomatische Medizin 52 (2002) 47-55
- 21 Fonagy, P., Roth, A. Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikation. Psychotherapeutenjournal 3 (2004) 204-218
- 22 Fonagy, P., Roth, A., Higgitt, A. Psychodynamic psychotherapies, Evidence-based practice and clinical wisdom. Bulletin of the menninger clinic 69 (1) (2005) 1-58
- 23 Franke, G.H. "SCL-90-R Symptomcheckliste von L.R. Derogatis. Deutsche Version. Manual", Beltz Verlag, Göttingen, 2.Auflage, 2002
- 24 Franke, G.H., Hoffmann, Th., Frommer, J. Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese? Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 51 (2005) 128-144
- 25 Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 46 (2000) 242-258
- 26 Geiser, F., Imbierowicz, K., Conrad, R., Schilling, G., Liedtke, R. Zur Unterscheidung von "geheilten" und "gebesserten" sowie von "unveränderten" und "verschlechterten" Patienten in einer Therapieerfolgsstudie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 47 (2001) 250-261
- 27 Geiser, F., Imbierowicz, K., Schilling, G., Conrad, R., Liedtke, R. Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom Checklist-90-R. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 50 (2000) 447-453
- 28 Hannover, W., Dogs, Ch. P., Kordy, H. Patientenzufriedenheit- ein Maß für Behandlungserfolg? Psychotherapeut 45 (2000) 292-300
- 29 Hartkamp, N., Franz, M. STOP-D – stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Patientinnen. Psychodynamische Psychotherapie 6 (2007) 119-130
- 30 Hartmann, S., Zepf, S. Einflüsse auf die Symptombesserung in der Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern. Psychotherapie, Psychosomatische Medizin 54 (2004) 65-72
- 31 Hau, S. Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Psychotherapeutenjournal 2 (2005) 123-126
- 32 Hautzinger, M., Jong-Meyer de, R., Treiber, R., Rudolf, G.A.E., Thien, U., Bailer, M. Verlaufsanalysen und Prädiktoren des Therapieerfolgs bei psychologischer und pharmakologischer Therapie nicht-endogener Depressionen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 25(2) (1996) 146-154

- 33 Heuft, G., Eich, W., Henningsen, P., Janssen, P.L., Merkle, W., Fichter, M., Senf, W., Giere, W. Psychosomatic and Psychotherapeutic Medicine goes DRG - Prozeduren-Katalog OPS-301 2.1 als erster Schritt. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 48 (2002) 90-103
- 34 Heymann, F., Zaudig, M., Tritt, K. Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Praxis, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 62 (2003) 209-221
- 35 Hildenbrand, G. Zur Differenzierung psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung und stationärer Rehabilitation. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 49 (2003) 308-322
- 36 Hildenbrand, G., Janssen, P.L. Aktuelle Probleme der Krankenhausplanung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Psychotherapeut 50 (2005) 229-235
- 37 Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. "Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme Deutsche Version IIP-D", Beltz-Verlag, Weinheim, 2000
- 38 Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bartholomew, K. Interpersonale Probleme in der Psychotherapie. Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik 29 (1993) 170-197
- 39 Huber, D. Der stationär-ambulante Übergang von psychosomatisch und psychoneurotisch Erkrankten. In: „Klinische Psychotherapie“, Hofmann, P., Lux, ., Probst, C., Steinbauer, M., Taucher, J., Zapotoczky, H.-G. (Hrsg.), Springer, Wien, 1997, 179-186
- 40 Huber, D., Klug, G., Rad von, M. Münchner Psychotherapie-Studie (MPS), In: „Psychoanalysen im Rückblick“, Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.), Psychosozial-Verlag, Gießen, 1997, 454-469
- 41 Huber, D., Brandl, T., Henrich, G., Klug, G. ambulant oder stationär. Psychotherapeut 47 (2002) 16-23
- 42 Huber, D., Brandl, T., Henrich, G., Rad von, M. Zufriedenheit und Therapieakzeptanz nach einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Beratungsgespräch. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 32(2) (2003) 85-94
- 43 Huber, D., Klug, G., Wallenstein, R. S. "Skalen Psychischer Kompetenz (SPK)", W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006
- 44 Huber, D., Henrich, G., Klug, G. The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. Psychotherapy Research 17(4) (2007) 474-481
- 45 Jacobson, N. S., Folette, W. C., Revenstorf, D. Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior Therapy 15, (1984) 336-352
- 46 Jacobson, N. S., Truax, P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology 59(1) (1991) 12-19
- 47 Janssen, P.L., Martin, K., Tress, W., Zaudig, M. Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Psychotherapeut 43 (1998) 265-276
- 48 Junge, A., Ahrens, S. Stationäre psychosomatische Behandlung- Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 46 (1996) 430-437
- 49 Kobelt, A., Schmid-Ott, G., Künsebeck, H.-W., Grosch, E., Lamprecht, F. Ambulante Rehabilitation zur Nachbereitung stationärer Psychotherapie. Praxis, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 44 (1998) 13-18

- 50 Laireiter, A.-R. Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Einblicke in die Werkstatt. In: "Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung", Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hrsg.), Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1998
- 51 Lamprecht, F., Schmidt, J. Das Zauberberg-Projekt, zwischen Verzauberung und Ernüchterung. In: "Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland", Ahrens, S. (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin, 1990, 97-115
- 52 Lange, C., Heuft, G. Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 48 (2002) 256-269
- 53 Laux, G. Affektive Störungen. In: „Duale Reihe, Psychiatrie und Psychotherapie“, Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A. (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart, 3.Auflage, 2005
- 54 Leichsenring, F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. Clinical Psychology Review 21(3) (2001) 401-419
- 55 Leichsenring, F. Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 48 (2002) 139-162
- 56 Leichsenring, F., Leibing, E. Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 80 (2007) 217-228
- 57 Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., Beutel, M. Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. Psyche 55 (2001) 193-277
- 58 Leuzinger-Bohleber, M. Depressionsforschung zwischen Verweigerung und Anpassung. In: "Depression - zwischen Lebensgefühl und Krankheit", Hau, S., Busch, H.J., Deserno, H. (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2005, 11-45
- 59 Leuzinger-Bohleber, M. Depression - Pluralität in Praxis und Forschung, . In: "Depression - Pluralität in Praxis und Forschung", Leuzinger-Bohleber, M., Hau, S., Deserno, H. (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2005, 13-61
- 60 Leuzinger-Bohleber, M. Schwere Depressionen - Psychoanalyse und kognitive Verhaltenstherapie im Dialog. In: "Störungen der Persönlichkeit", Springer, A., Gerlach, A., Schlösser, A.-M. (Hrsg.), Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006, 15-52
- 61 Lieberz, K. Leitlinien zur stationären Psychotherapie. In: "Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie", Bassler, M. (Hrsg.), Psychosozial-Verlag, Gießen, 2000, 88-97
- 62 Liedtke, R., Geiser F. Veränderungen interpersonaler Probleme während und zwei Jahre nach stationärer Psychotherapie. Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik 37 (2001) 214-228
- 63 Mestel, R., Erdmann, A., Schmid, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K., Hautzinge, M. 1-3-Jahres-Katamnesen bei 800 depressiven Patienten nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. In: „Leitlinien zur Stationären Psychotherapie Pro und Kontra“, Bassler, M. (Hrsg.), Psychosozial-Verlag, Gießen, 2000 243-273
- 64 Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F., Schulte, D. Messung des Therapieerfolgs, Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 32(2) (2003) 94-103

- 65 National Institute of Mental Health. Clinical Global Impressions. In: "ECDEU Assessment for psychopharmacology", Guy, W. (Hrsg.), Rev. Ed. Rockville, Maryland, 1976 217-222
- 66 Nosper, M. „Psychosomatische Rehabilitation“ Logos Verlag, Berlin, 1999
- 67 Paar, G.H., Kriebel, R. Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. *Psychotherapeut* 43 (1998) 310-315
- 68 Percevic, R., Bauer, S., Kordy, H. Was ist klinisch bedeutsam an klinisch bedeutsamer Veränderung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33(3) (2004) 165-171
- 69 Rad von, M., Klug, G., Huber, D. Unterwegs zum Wirksamkeitsnachweis von Psychoanalysen und Psychotherapien - Sisyphos zwischen therapeutischer Scylla und methodischer Charybdis, Ein Kommentar aus der Sicht der empirischen Psychotherapieforschung. *Psyche* 55 (2001) 311-319
- 70 Rad von, M., Schors, R., Henrich, G. Stationäre psychoanalytische Psychosomatik. In: „Psychoanalytische Psychosomatik“, Strauß, B. & Bahnson C.-B. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 1994, 152-164
- 71 Rad von, M., Senf, W., Bräutigam, W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese Projektes. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48 (1998) 88-100
- 72 Riedel, W.-P. Einige Patientenmerkmale als Determinanten des Therapieerfolgs in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 37 (1991) 14-30
- 73 Roth, A., Fonagy, P. "What works for whom?", The Guildford press, New York-London, 2.Auflage, 2005
- 74 Rudolf, G., Grande, T., Porsch, U. Die Berliner Psychotherapiestudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 34 (1988) 2-18
- 75 Rudolf, G., Jakobsen, Th., Micka, R., Schumann, E. Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50 (2004) 37-52
- 76 Rudolf, G., Manz, R. Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 43 (1993) 193-199
- 77 Rudolf, G., Manz, R., Öri, C. Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 40 (1994) 25-40
- 78 Sack, M., Schmid-Ott, G., Lempa, W., Lamprecht, F. Individuell vereinbarte und fortgeschriebenen Therapieziel - ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45 (1999) 64-69
- 79 Sack, M., Schmid-Ott, G., Lempa, W., Lamprecht, F. Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49 (2003) 63-73
- 80 Sammet, I., Rabung, S., Schauenburg, H., Stationsklima, Beziehungserleben und Symptomentwicklung in der stationären Psychotherapie. Eine zeitreihenanalytische Studie mit dem Stationerfahrungsbogen SEB. In: "Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie", Bassler, M., (Hrsg.), Psychosozial-Verlag, Gießen, 2001, 240-254

- 81 Sammet, I., Staats, H., Schauenburg, H. Beziehungserleben und Therapieergebnis in stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50 (2004) 376-393
- 82 Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Garlsson, J., Broberg, J., Schubert, J. Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche* 55 (2001) 278-310
- 83 Sandweg, R., Sängler-Alt, C., Rudolf, G. Erfolge in der stationären Psychotherapie - Ergebnisse eines Katamneseprojektes in einer Fachklinik für psychogene Erkrankungen. *Öff. Gesundh. Wes.* 53 (1991) 801-809
- 84 Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. "Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV", Hogrefe Verlag, Göttingen, 4. Auflage, 1998
- 85 Schauenburg, H., Sammet, I., Strack, M. Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolges in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 47 (2001) 380-395
- 86 Schauenburg, H., Strack, M. Die Symptom Checklist 90 R -Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48 (1998) 257-264
- 87 Schepank, H. "Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score", Hogrefe Verlag, Göttingen, 1995
- 88 Scheider, W., Klauer, T. Symptom Level, Treatment Motivation, and the effects of Inpatient Psychotherapy. *Psychotherapy Research* 11(2) (2001) 153-167
- 89 Schmidt, J. "Evaluation einer Psychosomatischen Klinik", Verlag für akademische Schriften, Frankfurt/Main, 1991
- 90 Schmitz, N., Davies-Osterkamp, S. Klinische und statistische Signifikanz - diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). *Diagnostica* 43(1) (1997) 80-96
- 91 Schmitz, N., Hartkamp, N., Franke, G. assessing clinically significant change application to the SCL 90 R. *Psychological Reports* 86 (2000) 263-274
- 92 Schramm, E., Calkers van, D., Berger, M. Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung – Ergebnisse. *Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* 54 (2004) 65-72
- 93 Schulz, H., Loth-Rambaldi, W., Koch, U., Jürgensen, R., Rüdell, H. 1-Jahres Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutische orientierter Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 49 (1999) 114-130
- 94 Senst, R., Kloß, R., Oberbillig, R., Schowalter, M., Kielmann, S., Heuft, G. Erfahrungen mit der Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. *Psychotherapeut* 45 (2000) 308-314
- 95 Sitta, P., Brand, S., Schneider F., Gaebel, W., Berger, M., Farin, E., Härter, M. Faires Benchmarking der Behandlungsdauer depressiver Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken, *Psychotherapie Psychosomatische Medizin* 56 (2006) 128-137
- 96 Steyer, R., Hannover, W., Telsler, C., Kriebel, R. Zur Evaluation intraindividuelle Veränderung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26(4) (1997) 291-299
- 97 Tschuschke, V. Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Psychotherapeutenjournal* 2 (2005) 106-114

- 98 Uexküll, T., Adler, R. (Hrsg.). "Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik", Schattauer Verlag, Stuttgart, 3.Auflage 1994
- 99 Wolfersdorf, M., Schell, G., Heindl, Andrea, Sitta, Petra, Härter, M. Stationäre Depressionsbehandlung bei Patienten mit Dysthymia und bei Patienten mit depressiver Episode. Krankenhauspsychiatrie 15 Sonderheft 1 (2004) 39-43
- 100 World Health Organization (WHO). "International classification of mental disorders, ICD-10, Clinical description and diagnostic guidelines", World Health Organization, Genf, 1992
- 101 Zaudig, M. Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 50 (2004) 355-375
- 102 Zeeck, A., Scheidt, C.E., Hartmann, A., Wirsching, M. Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? Psychotherapeut 45 (2003) 420-425

9 Anhang

Anhang A: Fragebögen, Formblätter	115
A1 SCL-90-R	116
A2 IIP	118
A3 HAQ	122
A4 Patientenfragebogen, Therapiebewertung	123
A5 Therapeutenangaben – Diagnostik – Behandlungsbeginn	124
A6 Therapieziele	126
A7 Therapeutenangaben – Behandlungsende	128
A8 Fragen zur stationären Psychotherapie - Katamnesefragebogen	130
Anhang B: Ergebnistabellen	131
B1 Testung der Patienten mit kompletten Datensätzen	131
B2 Testung des Katamneserücklaufes	132

Anhang A1

Codenummer / Name:

Geschlecht: männlich weiblich

Bildungsstand: Haupt-/Realschule Abitur abgeschl. Studium unbekannt

Alter:

Datum:

SCL-
90-R

Anleitung

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?

Stärke Ihrer Zustimmung:

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen = „sehr stark“ an.

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	22. der Befürchtung, erappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30. Schwermut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Zittern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SCL-90-R

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234
Einschlafschwierigkeiten	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234
51. Leere im Kopf	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	011234
64. frühem Erwachen am Morgen	011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	011234

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	011234
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	011234
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	011234
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	011234
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	011234
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	011234
72. Schreck- und Panikanfällen	011234
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	011234
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	011234
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	011234
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	011234
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	011234
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	011234
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	011234
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	011234
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	011234
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	011234
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnützen, wenn Sie es zulassen würden	011234
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	011234
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	011234
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	011234
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	011234
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	011234
89. Schuldgefühlen	011234
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	011234

Anhang A2
IIP

Name/Code-Nr. _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

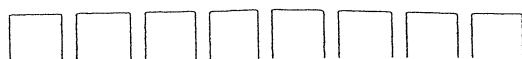
Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellten und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Beispiel						
Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?						
Es fällt mir schwer ...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
		0	1	2	3	4
0.	mit meinen Angehörigen zurechtzukommen					

Teil I. Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

Es fällt mir schwer ...

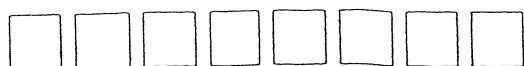
	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen	0	1	2	3	4
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	0	1	2	3	4
3. mich Gruppen anzuschließen	0	1	2	3	4
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	0	1	2	3	4
5. andere wissen zu lassen, was ich will	0	1	2	3	4
6. jemandem zu sagen, daß er mich nicht weiter belästigen soll	0	1	2	3	4
7. mich fremden Menschen vorzustellen	0	1	2	3	4
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	0	1	2	3	4
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	0	1	2	3	4
10. andere wissen zu lassen, daß ich wütend bin	0	1	2	3	4
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	0	1	2	3	4
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	0	1	2	3	4
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	0	1	2	3	4
14. mit anderen etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	0	1	2	3	4
16. mit anderen zurechtzukommen	0	1	2	3	4
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	0	1	2	3	4
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	0	1	2	3	4
19. wenn nötig, standfest zu sein	0	1	2	3	4
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	0	1	2	3	4
21. anderen Grenzen zu setzen	0	1	2	3	4



3

Es fällt mir schwer ...

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	0	1	2	3	4
23. mich anderen nahe zu fühlen	0	1	2	3	4
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	0	1	2	3	4
25. mich mit jemand anderem zu streiten	0	1	2	3	4
26. alleine zu sein	0	1	2	3	4
27. jemandem ein Geschenk zu machen	0	1	2	3	4
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	0	1	2	3	4
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	0	1	2	3	4
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	0	1	2	3	4
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	0	1	2	3	4
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	0	1	2	3	4
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
34. mich über andere zu ärgern	0	1	2	3	4
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	0	1	2	3	4
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	0	1	2	3	4
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist	0	1	2	3	4
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	0	1	2	3	4
39. selbstbewußt zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	0	1	2	3	4



4

Teil II. Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zuviel mit anderen	0	1	2	3	4
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	0	1	2	3	4
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	0	1	2	3	4
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	0	1	2	3	4
44. Ich bin zu unabhängig	0	1	2	3	4
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	0	1	2	3	4
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	0	1	2	3	4
47. Ich spiele zu oft den Clown	0	1	2	3	4
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden	0	1	2	3	4
49. Ich vertraue anderen zu leicht	0	1	2	3	4
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	0	1	2	3	4
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	0	1	2	3	4
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	0	1	2	3	4
53. Ich bin zu leichtgläubig	0	1	2	3	4
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	0	1	2	3	4
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst	0	1	2	3	4
56. Ich bin anderen gegenüber zu mißtrauisch	0	1	2	3	4
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	0	1	2	3	4
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	0	1	2	3	4
59. Ich streite zu oft mit anderen	0	1	2	3	4
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	0	1	2	3	4
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	0	1	2	3	4
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	0	1	2	3	4
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	0	1	2	3	4
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	0	1	2	3	4



Anhang A4

Städtisches Krankenhaus München-Harlaching
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

PSYCHODOK

Patientenfragebogen

Name, Vorname

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum Abschluss Ihrer Behandlung haben wir noch einige Fragen an Sie, um zu erfahren, ob und wie weit Ihnen die Behandlung aus Ihrer Sicht geholfen hat. Ihre Beurteilung unserer Arbeit ist uns sehr wichtig. Wir bitten Sie, uns aus datenschutzrechtlichen Gründen durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass die Beurteilung freiwillig erfolgt ist.

Vielen Dank.

.....
(Unterschrift)

1. Wie hat Ihnen die Behandlung insgesamt geholfen?

- sehr geholfen
- ziemlich geholfen
- etwas geholfen
- nicht geholfen
- geschadet

2. Wie haben Ihnen die einzelnen Therapieformen und Maßnahmen geholfen, mit denen Sie im Laufe Ihres stationären Aufenthalts bekannt wurden?

Bitte kreuzen Sie zunächst alle Maßnahmen an, an denen Sie teilgenommen haben (Spalte "teilgenommen"), und beurteilen Sie dann alle angekreuzten Maßnahmen.

	teilgenommen	sehr geholfen	ziemlich geholfen	etwas geholfen	nicht geholfen	geschadet
Stationsgruppe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung durch die Sozialarbeiterin _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essgruppe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Schwester / Pfleger _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit anderen Patienten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunsttherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Gruppe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbgeschlossene Gruppe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integrationsgruppe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycho-Soma-Gruppe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefarztvorstellung, -visite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrierte Bewegungstherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzels psychotherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung durch den Körperarzt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paar- / Familiengespräche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angsttraining _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport, Schwimmen, Frühgymnastik _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziales Kompetenztraining _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatherapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang A5

Therapeutenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn

2.1. Patienten-Wiederaufnahme ja nein

Name _____

Datum

Vorname _____

P.-Chiffre

vollstationär

Th.-Chiffre

teilstationär primär sekundär

2.3. Vermittlung der Behandlung durch

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt / Praktischer Arzt | 8 <input type="checkbox"/> geplante Wiederaufnahme (Klinik) |
| 2 <input type="checkbox"/> Psychiater / Nervenarzt | 9 <input type="checkbox"/> andere Klinik |
| 3 <input type="checkbox"/> Arzt für Psychotherapeutische Medizin | 10 <input type="checkbox"/> Beratungsstelle |
| 4 <input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut | 11 <input type="checkbox"/> nicht-ärztlicher Psychotherapeut |
| 5 <input type="checkbox"/> Internist | 12 <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt/Ordnungsamt/Sozialamt |
| 6 <input type="checkbox"/> Sonstiger Facharzt | 13 <input type="checkbox"/> Patient selbst |
| 7 <input type="checkbox"/> Kostenträger / Leistungsträger | 14 <input type="checkbox"/> unbekannt / sonstiges |
| | 15 <input type="checkbox"/> Langerstraße |

2.4. Psychotherapeutische / psychiatrische Diagnosen

Hauptdiagnosen
ICD-10

1. _____

2. _____

3. _____

Zeit seit Erstmanifestation der 1. psychotherapeutischen/psychiatrischen Diagnose in Monaten

2.5. Somato-medizinische Diagnosen

Hauptdiagnosen
ICD-10

1. _____

2. _____

3. _____

Therapeutenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn

2.6. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beurteilung für: letzte 7 Tage Körperlich <input type="checkbox"/> Psychisch <input type="checkbox"/> Sozialkommunikativ <input type="checkbox"/>	Skalierung 0 = gar nicht 1 = geringfügig 2 = deutlich 3 = stark 4 = extrem	Beurteilung für: letzte 12 Monate Körperlich <input type="checkbox"/> Psychisch <input type="checkbox"/> Sozialkommunikativ <input type="checkbox"/>
--	---	---

2.7. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

I. Die letzten 7 Tage □ □ II. Der max. GAF (über mindestens 1 Woche) während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn □ □	Skalierung (Zwischenstufen sind möglich) 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung 70 = Leichte Beeinträchtigung 60 = Mäßig ausgeprägte Störung 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
---	---

2.8. Vorbehandlungen

I. Ambulant

Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Vorbehandler □ □ 00 = keine
99 = unbekannt

II. Stationär

Dauer der stationären *psychosomatisch-psychotherapeutischen* Vorbehandlungen (in Monaten) □ □ □ □ 000 = keine
999 = unbekannt

Dauer der stationären *psychiatrischen* Vorbehandlungen (in Monaten) □ □ □ □

2.9. Ambulante Fachpsychotherapie in der Anamnese (Mehrfachnennungen möglich)

	ET GT
<input type="checkbox"/> 1 keine	
tiefenpsychologisch-fundierte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
psychoanalytisch-orientierte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
andere:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

Suizidversuch in der Vorgeschichte

1 ja
2 nein

Anhang A6

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Klinikum Harlaching, Städtisches Klinikum München GmbH

PSYCHODOK

Patient

Therapieziele

A+E

Name, Vorname _____

A: Datum der Therapiezielformulierung

--	--	--	--	--	--	--	--

E: Datum der Therapiezieleinschätzung

--	--	--	--	--	--	--	--

Ihre Therapieziele für diese Behandlung

Wir bitten Sie, nach Möglichkeit bis zu **3 Ihnen wichtige Ziele** für diese psychotherapeutische Behandlung zu nennen. Die Ziele sollten möglichst konkret sein und für Sie in der vor Ihnen liegenden Psychotherapie erreichbar sein. Die Therapieziele können alle Problembereiche / Symptome und Schwierigkeiten umfassen. Bitte erläutern Sie zusätzlich mit Beispielen, woran Sie am Behandlungsende feststellen könnten, dass Sie das jeweilige Therapieziel erreicht haben.
 Zum Ende der Behandlung werden wir Ihnen denselben Bogen erneut vorlegen mit der Frage, in welchem Ausmaß diese Therapieziele tatsächlich erreicht werden konnten.

1. Therapieziel (Hauptziel) _____

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
 (1 - 3 Beispiele)

1. _____

2. _____

3. _____

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

* Grau unterlegte Felder bitte erst bei Therapieende ausfüllen.

- 2 -

2. Therapieziel

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
(1 - 3 Beispiele)

1.

2.

3.

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

3. Therapieziel

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen?
(1 - 3 Beispiele)

1.

2.

3.

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

Anhang A7

Therapeutenangaben - Behandlungsende

5. Name	_____	Datum	<input type="text"/>
Vorname	_____	P. - Chiffre	<input type="text"/>
			1 2 3 4 5 6 7 8
		Th. - Chiffre	<input type="text"/>
			1 2 3

5.1. Diagnosen bei Behandlungsende/Entlassung

	Hauptdiagnosen ICD-10	Behandlungs- ergebnis (CGI, Teil 2)
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.2. Somato-medizinische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-10	Behandlungs- ergebnis (CGI, Teil 2)
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Clinical Global Impressions (CGI), Teil 2, Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Behandlungsbeginn
 1 = nicht beurteilbar 5 = unverändert
 2 = sehr viel besser 6 = etwas schlechter
 3 = viel besser 7 = viel schlechter
 4 = nur wenig besser 8 = sehr viel schlechter

5.3. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beurteilung für: letzte 7 Tage	
Körperlich	<input type="checkbox"/>
Psychisch	<input type="checkbox"/>
Sozialkommunikativ	<input type="checkbox"/>

Skalierung
 0 = gar nicht
 1 = geringfügig
 2 = deutlich
 3 = stark
 4 = extrem

OPD-ACHSE IV: Struktur

- 1 gut integriert
- 2 mäßig integriert
- 3 gering integriert
- 4 desintegriert
- 5 nicht beurteilbar / nicht überprüft

2

Ther. ⇔ Behandlungsende

Therapeutenangaben - Behandlungsende

5.4. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Die letzten 7 Tage 1

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich)

90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten

80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung

70 = Leichte Beeinträchtigung

60 = Mäßig ausgeprägte Störung

50 = Ernsthafte Beeinträchtigung

40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen

30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen

20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit

10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

5.5. Art der Beendigung

- | | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> | regulär | 5 <input type="checkbox"/> | Verlegung/Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme |
| 2 <input type="checkbox"/> | vorzeitig durch Patienten | 6 <input type="checkbox"/> | Verlegung |
| 3 <input type="checkbox"/> | vorzeitig durch Therapeuten/Klinik | 7 <input type="checkbox"/> | sonstiges |
| 4 <input type="checkbox"/> | vorzeitig mit beiderseitigem Einverständnis | | |

5.5b Ereignisse während der Therapie (Mehrfachnennung möglich)

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | Therapeutenwechsel | 6 <input type="checkbox"/> | neue Partnerschaft |
| 2 <input type="checkbox"/> | Tod einer Bezugsperson | 7 <input type="checkbox"/> | Verlust des Arbeitsplatzes |
| 3 <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft | 8 <input type="checkbox"/> | Rentenbegehren, -antrag |
| 4 <input type="checkbox"/> | dramatische Erkrankung/Komplikation | 9 <input type="checkbox"/> | sonstiges: _____ |
| 5 <input type="checkbox"/> | Trennung vom Partner | 0 <input type="checkbox"/> | kein Ereignis |

5.6. Dauer der Behandlung *in Wochen* Wochen

5.7. Einschätzung der Therapieziele durch den Therapeuten (3.1 ErgeDoku A - Therapeut)

⇔ Ausfüllen auf ErgeDoku A - Therapeut

[⇔ Patient: ErgeDoku A - Patient erneut vorlegen]

5.9. Empfohlene weitere Maßnahmen nach Behandlungsende (Mehrfachnennung möglich)

- | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> | hausärztliche Behandlung | 9 <input type="checkbox"/> | andere berufsfördernde Maßnahmen |
| 2 <input type="checkbox"/> | stationäre Behandlung | 10 <input type="checkbox"/> | Rentenantrag |
| 3 <input type="checkbox"/> | ambulante Psychotherapie (Arzt/Psychologe) | 11 <input type="checkbox"/> | gestufte Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß |
| 4 <input type="checkbox"/> | Selbsthilfegruppe | 12 <input type="checkbox"/> | Intervallbehandlung |
| 5 <input type="checkbox"/> | Psychosozialer Dienst | 13 <input type="checkbox"/> | ambulante Psychotherapie/Nachsorge durch die Klinik |
| 6 <input type="checkbox"/> | Beratungsstelle | 14 <input type="checkbox"/> | teilstationäre Psychotherapie/Nachsorge durch die Klinik |
| 7 <input type="checkbox"/> | Arbeitsplatzwechsel | 15 <input type="checkbox"/> | ambulante psychiatrische Behandlung |
| 8 <input type="checkbox"/> | Umschulung/Berufswechsel | | |

Anhang A8

Fragen zur stationären Psychotherapie

1. Wie hat Ihnen rückblickend die Therapie in der Psychosomatischen Abteilung im KH-Harlaching insgesamt geholfen.

- sehr geholfen
- ziemlich geholfen
- etwas geholfen
- nicht geholfen
- geschadet

2. Fühlten Sie sich von Ihren Angehörigen (Partner, Familie) bei Ihrer Entscheidung für eine Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung im KH-Harlaching unterstützt?

- ja nein

3. Fühlten sie sich von Ihren Angehörigen nach der Entlassung aus Harlaching unterstützt?

- ja nein

4. Haben Sie nach der Entlassung eine ambulante Psychotherapie gemacht (bzw. machen Sie noch eine)?

- ja nein

5. Wenn ja, war Ihnen die ambulante Psychotherapie während des stationären Aufenthaltes empfohlen worden?

- ja nein

6. Wie oft waren sie seit Ihrer Entlassung aus der Psychosomatischen Abteilung im KH-Harlaching erneut in stationärer psychotherapeutischer Behandlung?

..... mal Welche Einrichtung?.....

7. Als Sie zu uns kamen, klagten Sie über eine Reihe von Beschwerden und Probleme. Wie geht es Ihnen heute damit?

- sehr gut
- gut
- teils, teils
- schlecht
- sehr schlecht

8. Möchten Sie uns von sich aus noch etwas mitteilen? (ggf. Rückseite benutzen)

.....
.....

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT

Gesamtstichprobe, Testung komplette Datensätze

Anhang B1

	Gesamtstichprobe, nicht komplette Datensätze n=78 (26,7%)		Gesamtstichprobe, komplette Datensätze n=214 (73,3%)			
Alter	M=37		M=37			
Aufenthaltsdauer (Tage)	M=64		M=64			
	Häufigk.	Prozente	Häufigk.	Prozente	Chi- Quadrat	Signi- fikanz
Geschlecht						
männlich	19	24,4%	55	25,7%	0,054	0,816
weiblich	59	75,6%	159	74,3%		
Nation						
deutsch	76	97,4%	199	93,0%	2,060	0,151
nicht deutsch	2	2,6%	15	7,0%		
Familienstand						
ledig	39	54,0%	114	54,0%	3,163	0,675
verheiratet	15	26,1%	55	26,1%		
getrennt lebend	6	5,2%	11	5,2%		
geschieden	7	10,9%	23	10,9%		
verwitwet	1	1,4%	3	1,4%		
wieder verheiratet	0	2,4%	5	2,4%		
Partnersituation						
kein fester Partner	37	48,1%	101	48,1%	1,853	0,173
fester Partner	27	51,9%	109	51,9%		
Kinder						
ja	27	38,3%	80	38,3%	0,087	0,768
nein	37	61,7%	129	61,7%		
Haushalt						
im Haushalt der Eltern	14	10,4%	22	10,4%	5,572	0,062
eigener Haushalt	45	80,2%	170	80,2%		
sonstiges	7	9,4%	20	9,4%		
Schulabschluß						
noch in der Schule	5	3,8%	8	3,8%	1,979	0,740
Hauptschule	12	18,8%	40	18,8%		
Realschule	20	34,7%	74	34,7%		
Abitur	27	40,4%	86	40,4%		
sonstiges	2	2,3%	5	2,3%		
Berufsabschluss						
in Ausbildung	6	7,9%	16	7,9%	3,690	0,595
Lehre	23	46,5%	94	46,5%		
Meister	1	3,0%	6	3,0%		
Universität	17	18,8%	38	18,8%		
ohne Berufsabschluss	11	13,4%	27	13,4%		
sonstiges	6	10,4%	21	10,4%		
Beruf, jetzige Situation						
berufstätig	37	53,8%	113	53,8%	6,262	0,282
Hausfrau/mann	2	5,7%	12	5,7%		
Ausbildung	10	10,5%	22	10,5%		
ohne Beschäftigung	11	21,0%	44	21,0%		
Rente	3	2,4%	5	2,4%		
unklar	10	6,7%	14	6,7%		
laufendes Rentenverfahren						
nein	59	95,1%	195	95,1%	2,991	0,393
Renten Antrag	0	3,4%	7	3,4%		
Rentenstreit	0	0,5%	1	0,5%		
Zeitrente	0	1,0%	2	1,0%		
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	F	Signi- fikanz
SCL GSI Therapiebeginn	1,2618	0,7473	1,4407	0,6420	3,213	0,074
SCL GSI Therapieende	0,9543	0,5823	0,8709	0,6181	0,528	0,468
IIP ges Therapieende	1,7162	0,5605	1,8067	0,4729	1,616	0,205
IIP ges Therapiebeginn	1,5666	0,5613	1,5676	0,4937	0,005	0,991

Patientenstichprobe, Testung des Katamneserücklaufes

Anhang B2

	keine Katamneseteilnehmer		Katamneseteilnehmer (komplett Antworten)		Chi- Quadrat	Signi- fikanz
	n=79 (37%)		n=135 (63%)			
Alter	M=36,4 (SD=10,6 17-59)		M=37,6 (SD=10,8 19-62)			
Aufenthaltsdauer (Tage)	M=62 (SD=20,7 17-122)		M=64 (SD=23,4 15-127)			
	Häufigk.	gültige Prozente	Häufigk.	gültige Prozente		
Geschlecht						
männlich	17	21,5%	38	28,1%	1,147	0,284
weiblich	62	78,5%	97	71,9%		
Nation						
deutsch	72	91,1%	127	94,1%	0,659	0,417
nicht deutsch	7	8,9%	8	5,9%		
Familienstand						
ledig	43	55,8%	71	53,0%	2,688	0,748
verheiratet	17	22,1%	38	28,4%		
getrennt lebend	4	5,2%	7	5,2%		
geschieden	11	14,3%	12	9,0%		
verwitwet	1	1,3%	2	1,5%		
wieder verheiratet	1	1,3%	4	3,0%		
Partnersituation						
kein fester Partner	35	46,1%	66	49,3%	0,199	0,655
fester Partner	41	53,9%	68	50,7%		
Kinder						
ja	32	42,1%	48	36,1%	0,741	0,389
nein	44	57,9%	85	63,9%		
Haushalt						
im Haushalt der Eltern	12	15,4%	10	7,5%	3,593	0,166
eigener Haushalt	58	74,4%	112	83,6%		
sonstiges	8	10,3%	12	9,0%		
Schulabschluß						
noch in der Schule	4	5,1%	4	3,0%	2,120	0,714
Hauptschule	15	19,2%	25	18,5%		
Realschule	27	34,6%	47	34,8%		
Abitur	29	37,2%	57	42,2%		
sonstiges	3	3,8%	2	1,5%		
Berufsabschluss						
in Ausbildung	12	9,2%	12	9,2%	2,573	0,765
Lehre	61	46,6%	61	46,6%		
Meister	4	3,1%	4	3,1%		
Universität	24	18,3%	24	18,3%		
ohne Berufsabschluss	19	14,5%	19	14,5%		
sonstiges	11	8,4%	11	8,4%		
Beruf, jetzige Situation						
berufstätig	39	51,3%	74	55,2%	3,443	0,632
Hausfrau/mann	3	3,9%	9	6,7%		
Ausbildung	7	9,2%	15	11,2%		
ohne Beschäftigung	20	26,3%	24	17,9%		
Rente	1	1,3%	4	3,0%		
unklar	6	7,9%	8	6,0%		
laufendes Rentenverfahren						
nein	70	94,6%	125	95,4%	3,042	0,385
Rentantrag	4	5,4%	3	2,3%		
Rentenstreit	0	0,0%	1	0,8%		
Zeitrente	0	0,0%	2	1,5%		
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	F	Signi- fikanz
SCL GSI Therapiebeginn	1,4208	0,6081	1,4524	0,6629	0,121	0,729
SCL GSI Therapieende	0,9624	0,6563	0,8174	0,5906	2,763	0,098
IIP ges Therapiebeginn	1,8177	0,4443	1,8003	0,4903	0,068	0,795
IIP ges Therapieende	1,6244	0,4612	1,5344	0,5105	1,662	0,199

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Frau Dr. Dr. D. Huber für die Überlassung des Themas, die immer freundliche Unterstützung und fachliche Betreuung bei der Bearbeitung.

Bei Herrn Dr. Henrich möchte ich mich für seine fachliche und computertechnische Unterstützung bei allen statistischen Problemen bedanken, Herrn Dr. Klug danke ich für die angenehme Arbeitsatmosphäre im Klinikum Harlaching und seine fachliche Unterstützung. Frau Dr. Marten-Mittag stellte die Datenbank der Klinik zur Verfügung, wofür ich Ihr herzlich danken möchte. Auch dem Sekretariat des Klinikum Harlaching, sowie dem Sekretariat der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum rechts der Isar gilt mein Dank für die Unterstützung bei der Datenrecherche und die Geduld bei der Entgegennahme von Patientennachfragen.

Meiner Familie, und insbesondere meinem Mann danke ich dafür, dass sie mir immer mit ihrem Rat zur Seite standen und mir während meiner Doktorarbeit immer die volle Unterstützung schenkten.