Ergebnisse und Vorhersagemerkmale einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktor der Humanbiologie

des Fachbereichs Medizin

der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Anke Höflich

aus Berlin

Gießen 2005

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen

Direktor: Prof. Dr. med. Ch. Reimer

Gutachter: Prof. Dr. Beutel

Gutachter: PD Dr. Stark

Tag der Disputation: 20.02.2006

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 5

2. Literaturübersicht 6

2.1 Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie 6
2.1.1 Wirksamkeit stationärer Psychotherapie 8

2.2 Psychodynamische Kurzzeit-Therapie 11
2.2.1 Indikationen für psychodynamische Kurzzeit-Therapie 13
2.2.2 Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeit-Therapie 14

2.3 Prädiktoren für Therapieerfolg 17
2.3.1 Patientenvariablen 18
2.3.1.1 Interpersonale Beziehungen und Objektbeziehungen 19
2.3.1.2 Persönlichkeitsmerkmale 21
2.3.2 Therapeutenvariablen 23
2.3.3 Therapeutische Allianz 24
2.3.4 Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg 26
2.3.5 Bedeutung ambulanter Nachbehandlung 27

2.4 Zusammenfassung 29

3. Fragestellungen und Hypothesen 30

4. Methode 34

4.1 Behandlungssettings 34
4.1.1 Kurzzeit-Therapie 34
4.1.2 Langzeit-Therapie 35

4.2 Studiendesign 36

4.3 Stichprobenbeschreibung 37
4.3.1 Teilnehmer der 1-Jahres-Katamnese 37
4.3.1.1 Teilnehmer der 1-Jahres-Katamnese: Kurzzeit-Therapie vs. Langzeit-Therapie 39
4.3.2 Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese 41
4.3.2.1 Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese: Kurzeit-Therapie vs. Langzeit-Therapie 43

4.4 Messverfahren 46
4.4.1 Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) 46
4.4.2 Gießener Beschwerdebogen (GBB-24) 47
4.4.3 Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D) 47
4.4.4 Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO) 48
4.4.5 Helping Alliance Questionnaire (HAQ) 49
4.4.6 Global Assessment of Functioning (GAF) 50

4.5 Statistische Auswertung 51

5. Ergebnisse 52

5.1 Kurz- und langfristige Effekte einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie unter klinischen Bedingungen 52
5.1.1 Symptom-Checkliste-90-R 52
5.1.1.1 Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese 52

5.1.1.2 Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese 54
5.1.2 Gießener Beschwerdebogen 55
5.1.2.1 Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese 55
5.1.2.2 Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese 57
5.1.3 Fremdbeurteilung des Therapieerfolges 58

5.2 Patientenmerkmale als Prädiktoren für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie 60
5.2.1 Komorbidität psychischer Diagnosen 60
5.2.2 Komorbidität somatischer Diagnosen 61
5.2.3 Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen 61
5.2.4 Prämorbide Anpassung 62
5.2.5 Krankheitsdauer 62
5.2.6 Interpersonale Probleme 62
5.2.7 Objektbeziehungen 64

5.3 Die therapeutische Beziehung als Prädiktor für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie 65
5.3.1 Patienteneinschätzung 65
5.3.2 Therapeuteneinschätzung 65

5.4 Der Einfluss positiver oder negativer Veränderungen im Katamnesezeitraum auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie 66
5.4.1 Negative berufliche oder private Veränderungen 66
5.4.2 Positive berufliche oder private Veränderungen 67
5.4.3 Partnerschaft und soziale Einbindung 68
5.4.4 Regressionsanalysen 69
5.4.4.1 Kurzzeit-Therapie 69
5.4.4.2 Langzeit-Therapie 70

5.5 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach stationärer Kurzzeit-Therapie und Langzeit-Therapie 72

5.6 Prädiktoren für die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach Entlassung 73

5.7 Einfluss ambulanter Psychotherapie auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie 74

6. Diskussion 75

6.1 Kurz- und langfristige Effekte einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie unter klinischen Bedingungen 75

6.2 Patientenmerkmale als Prädiktoren für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie 77

6.3 Die therapeutische Beziehung als Prädiktor für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie 80

6.4 Der Einfluss positiver oder negativer Veränderungen im Katamnesezeitraum auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie 80

6.5 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach stationärer Kurzzeit- und Langzeit-Therapie 82

6.6 Prädiktoren für die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach Entlassung 82

6.7 Der Einfluss ambulanter Psychotherapie auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie ____ **83**

7. Zusammenfassung ____ **85**

8. Summary ____ **87**

9. Literaturverzeichnis ____ **89**

Anhang ____ **97**

Lebenslauf ____ **127**

Veröffentlichungen, Vorträge, Poster ____ **129**

Danksagung ____ **130**

Erklärung ____ **131**

1. Einleitung

Der Nutzen von Psychotherapie wurde mit Hilfe vieler Studien und Metaanalysen untersucht und kann als gesichert angesehen werden (Lambert & Ogles 2004, Grawe et al. 1994, Smith, Glass & Miller 1980, Shapiro & Shapiro 1982, Lipsey & Wilson 1993). Zahlreiche Untersuchungen wurden bisher unter kontrollierten Bedingungen (ausgewählte Patienten, manualisierte Behandlungen, bestimmte Therapiedauer, Placebo- oder Wartekontrollgruppe, etc.) durchgeführt. Wenige Studien belegen hingegen die Wirksamkeit von Psychotherapie unter klinischen Bedingungen (Shadish et al. 1997, 2000). Naturalistische Studien gewinnen an Bedeutung um zu zeigen, dass die „Labor-Ergebnisse" der Psychotherapieforschung auch im klinischen Alltag Gültigkeit haben (Lambert & Ogles 2004, Freyberger 2000, Lambert 2001).

Keine Untersuchungen gibt es bisher zur Wirksamkeit von stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapien. Ziel dieser Doktorarbeit ist es daher, die kurz- und langfristigen Ergebnisse einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie unter klinischen Bedingungen zu untersuchen. Dazu wurde eine Langzeiterhebung über vier Messzeitpunkte in einer psychosomatischen Klinik mit einem Kurzzeit- und einem Langzeitsetting durchgeführt.

Weiterer Forschungsbedarf in der Psychotherapieforschung besteht in der Ermittlung von Prädiktoren für Therapieerfolg oder -misserfolg (Lambert & Ogles 2004). Die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse zu diesem Thema sind schwer zu interpretieren, da vielfältige Variablen und Kombinationen als Vorhersagemerkmale in Betracht kommen (Clarkin & Levy 2004). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass sich ein Großteil der Varianz des Therapieergebnisses auf Patientenvariablen zurückführen lässt (Bergin & Lambert 1979, Frank 1979, Lambert 1992). In diesem Bereich existieren auch die meisten empirischen Befunde. Das Wissen um Risikofaktoren soll helfen, Therapiemisserfolge rechtzeitig zu erkennen und ihnen wenn möglich entgegenzuwirken. Daher werden für die oben genannten Settings nach Prädiktoren für den langfristigen Therapieerfolg gesucht.

Die ambulante Nachbehandlung wurde in bisherigen Katamnesestudien kaum beachtet. In dieser Studie wurden daher Häufigkeit und Dauer ambulante Nachbehandlung erfasst und in die Ergebnisinterpretation mit einbezogen.

2. Literaturübersicht

2.1 Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie

Die Wirksamkeit von Psychotherapie wurde in den letzten Jahrzehnten in vielen Studien und Metaanalysen untersucht und gilt heute insgesamt als gesichert (Lambert & Ogles 2004). Ein Auslöser des regen Forschungsinteresses war eine Veröffentlichung von Eysenck (1952), in welcher er 25 Studien zusammenstellte und zu dem Schluss kam, dass Psychotherapie keine Effekte habe. Daraufhin setzte eine Vielzahl von Studien und Metaanalysen zum Thema Wirksamkeit von Psychotherapien ein.

Übereinstimmend konnte gezeigt werden, dass Psychotherapie gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen oder Gruppen mit Placebo-Behandlung überlegen ist (Lambert & Ogles 2004, Grawe et al. 1994, Smith, Glass & Miller 1980, Shapiro & Shapiro 1982, Lipsey & Wilson 1993). Die Effektstärken[1] (im Folgendem mit ES abgekürzt) unterscheiden sich dabei deutlich (siehe Tabelle 1). Die Metaanalyse von Lipsey und Wilson (1993) umfasste 302 Studien und ergab eine durchschnittliche ES von .47. Smith et al. (1980) berichteten eine ES von .85 zusammengefasst über 475 Studien mit 1.761 Einzeleffektstärken. Shapiro und Shapiro (1982) errechneten über 143 Studien eine ES von 1.03. Grawe et al. (1994) berichteten in ihrem Buch zum Stand der Psychotherapieforschung ES von 1.21 gemittelt über 1401 einzelne ES aus 41 verschiedenen Studien. Die ES für die Kontrollgruppen lagen dagegen bei .36. Der "reine" Behandlungseffekt lag damit bei .85. Grawe et al. (1994) fassten ihre Ergebnisse folgendermaßen zusammen: "Alle wichtigen psychischen Störungen können nachweislich wirksam psychotherapeutisch behandelt werden" (S. 673). Dabei wurden neben der Symptomreduktion positive Auswirkungen auf zahlreiche andere Lebensbereiche, wie z.B. auf die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen, das Selbstwertgefühl, das allgemeine Wohlbefinden oder auch Arbeits- und Leistungsfähigkeit beobachtet. Folgt man der Einteilung von Bortz und Dörring (2002; S. 604) zur Klassifikation von Effektstärken, so handelt es sich bei den in Psychotherapie-Studien erreichten Effektstärken um mittlere bis große Effekte.

[1] Effektstärken sind deskriptive, dimensionale Kennwert, die im Fall eines Mittelwertunterschiedes die Mittelwertdifferenz in Standardabweichungen ausdrücken. Sie berechnen sich bei gleichen Varianzen nach der Formel: Mittelwert $_{\text{Gruppe 1}}$ – Mittelwert $_{\text{Gruppe 2}}$ / Standardabweichung $_{\text{Gruppe 1}}$; siehe hierzu auch S. 52 und Maier-Riehle & Zwingmann 2000

Tabelle 1

Effektstärken für den Therapieerfolg aus verschiedenen Metaanalysen

Metaanalyse	Anzahl der Studien	Gemittelte ES
Lipsey und Wilson 1993	302	.47
Smith et al. 1980	475	.85
Shapiro und Shapiro 1982	143	1.03
Grawe et al. 1994	41	1.21

Die verschiedenen Effektstärken der oben zitierten Metaanalysen sind unter anderem Folge von Unterschieden in den methodischen Vorgehensweisen, den Ein- und Ausschlusskriterien, den Effektstärkeberechnungen und den Erfolgsmaßen. Hinzu kommt, dass Metaanalysen immer das Problem des Publication-Bias haben. Es werden nur Studien berücksichtigt, die auch publiziert wurden. Dadurch werden Studien ohne signifikante Ergebnisse nicht in die Analysen einbezogen. Auch unterscheidet sich die Qualität der einzelnen Studien, ohne dass dies in den Metaanalysen Berücksichtigung findet (Lambert & Ogles 2004).

Die meisten Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapien in der Vergangenheit waren sogenannte "Efficacy"-Studien (Effizienz-Studien). Damit sind Studien gemeint, die versuchen, alle relevanten Variablen zu kontrollieren (z.B. Selektion bestimmter Patienten, manualisierte und standardisierte Therapien, Training der Therapeuten für die Studie, bestimmte Therapiedosis, Kontrollgruppe etc.), also Therapien, die unter "Laborbedingungen" stattfinden. Weniger Studien gibt es zur "Effectiveness" (Effektivität), d.h. Studien, die unter klinischen Bedingungen ohne Veränderungen des Behandlungssettings durch das Studiendesign durchgeführt werden (Shadish, Navarro, Crits-Christoph, Jorm, Nietzel & Robinson 1997, Freyberger 2000, Lambert & Ogles 2004).

Shadish et al. (1997) untersuchten 15 Metaanalysen mit insgesamt 1082 Studien, davon erfüllten nur 56 Studien (5%) zumindest ein Kriterium für eine Untersuchung unter klinisch relevanten Bedingungen. Alle Kriterien (keine gezielte Auswahl der Patienten, kein spezifisches manualgeleitetes Training der Therapeuten, etc.) erfüllte nur eine der 1082 Studien. Shadish et al. 1997 haben weiter untersucht, ob Studien zu "Efficacy" und "Effectiveness" zu den gleichen Ergebnissen hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychotherapien kommen. Die Autoren kamen zu dem Resultat, dass sich die

Effektstärken in den beiden Designs nicht unterscheiden. Bei diesem Ergebnis muss man jedoch bedenken, dass die 56 "Effectiveness – Studien“ keine reinen Studien zur Effektivität waren. Auch Shadish, Navarro, Matt und Phillips (2000) fanden keinen Unterschied in den Effektstärken von Studien zu "Efficacy" und "Effectiveness".

Therapieforschung unter klinisch repräsentativen Bedingungen gewinnt zunehmend an Bedeutung, um die bisherigen Forschungsergebnisse im klinischen Alltag zu überprüfen (Lambert & Ogles 2004, Freyberger 2000, Lambert 2001, Leichsenring, Raburg & Leibing 2004).

2.1.1 Wirksamkeit stationärer Psychotherapie

Die oben dargestellten Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie beruhen meist auf ambulant durchgeführten standardisierten Therapien. Weniger Untersuchungen gibt es zu stationären Psychotherapien (Grawe et al. 1994). In den letzten Jahren wurden jedoch einige Studien zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapien vor allem im psychosomatischen Bereich durchgeführt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Effektstärken für Therapieerfolg bei stationärer Psychotherapie[1)]

Studie	Messinstrument	Zeitraum	ES
Franz et al. 2000	GSI des SCL-90-R	Aufnahme - Entlassung	.52 - 1.11
	IIP-D	Aufnahme - Entlassung	.37 - .73
Paar und Kriebel 1998	Somatisierung des SCL-90-R	Aufnahme - Entlassung	.36 - .93
Sack et al. 2003	GSI des SCL-90-R	Aufnahme - Entlassung	1.22
		Aufnahme - Katamnese	1.18
	GBB-Beschwerdedruck	Aufnahme - Entlassung	0.98
		Aufnahme - Katamnese	1.10
Mestel et al. 2000	GSI des SCL-90-R	Aufnahme - Entlassung	.96
		Aufnahme - Katamnese	.96
	GAF	Aufnahme - Entlassung	1.68

[1)] nur Studien mit Angaben zur Effektstärke

So berichteten Franz et al. (2000) in ihrer multizentrischen Studie von durchschnittlichen Effektstärken von .84 (.52; .72; 1.11) gemessen mit dem GSI[2] und ES von .54 (.37, .42 und .73) im Bereich interpersonaler Probleme. Die drei untersuchten Kliniken waren vorwiegend tiefenpsychologisch-dynamisch orientiert, weitere z.B. verhaltens-therapeutische Angebote waren integriert. Die Unterschiede in den ES führen die Autoren auf die längere Behandlungsdauer in einer Klinik und den hohen Ausgangswert im GSI in einer anderen Klinik zurück.

Paar und Kriebel (1998) berichteten ES zwischen .36 und .93 für die Skala "Somatisierung" des SCL-90-R, erhoben in sechs Kliniken. Dabei unterschieden sich die Kliniken hinsichtlich Behandlungsdauer, Behandlungssetting und Zusammensetzung der

[2] Global Severity Index des SCL-90-R (Symptom Check List)

Patienten. Die Anzahl der untersuchten Patienten variierte zwischen 24 und 514. Die Differenzen in den ES werden von den Autoren mit Unterschieden in der Häufigkeit bestimmter Diagnosen erklärt. Insbesondere ein hoher Anteil an Essstörungen scheint die Wirksamkeit der stationären Behandlung ungünstig zu beeinflussen.

Sack, Lempa, Lambrecht und Schmid-Ott (2003) untersuchten die Effekte einer konflikt- und lösungsorientierten stationären psychoanalytischen Therapie. Sie berichteten eine ES von 1.22 im GSI (SCL-90-R) von der Aufnahme zur Entlassung und eine ES von 1.18 von der Aufnahme zur Katamnese (durchschnittlich 14 Monate nach Entlassung). Bei den körperlichen Beschwerden erhöhte sich die ES von der Aufnahme zur Katamnese sogar (Aufnahme - Entlassung: .98; Aufnahme - Katamnese: 1.1).

Mestel, Erdmann, Schmid, Klingelhöfer, Strauss und Hautzinger (2000) berichteten für eine Stichprobe depressiver Patienten nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation eine ES für den GSI von je .96 von der Aufnahme zur Entlassung und zur 1-Jahres-Katamnese. Eine sehr hohe ES von 1.68 fanden sie für das „Global Assessment of Functioning“ (GAF) nach DSM IV.

Junge und Ahrens (1996) konnten ebenfalls eine signifikante Verbesserung der Symptombelastung (SCL-90-R) und der interpersonalen Probleme (IIP) während einer stationären psychosomatischen Behandlung an 164 Patienten nachweisen, die auch ein Jahr nach Entlassung stabil blieb. Die Autoren teilten leider keine ES mit. Berechnet man diese aus den angegebenen statistischen Kennwerten ergeben sich ES für den GSI von je .77 und im IIP von 1.04 bzw. 1.05 (Aufnahme zur Entlassung bzw. zur Katamnese).

Ebenfalls positive Befunde bei ca. 2/3 der Patienten berichteten Deter, Sameith, Maroska, Ferner und Reindell (1986) sowie Wilke, Grande, Rudolf und Porsch (1988) in früheren Studien zu stationären psychodynamisch ausgerichteten Psychotherapien. Die Behandlungsdauer lag in beiden Studien bei etwa zwei Monaten, und die Zahl der untersuchten Patienten betrug 46 bzw. 82.

2.2 Psychodynamische Kurzzeit-Therapie

Die psychodynamische Kurzzeit-Therapie (im Folgenden mit KZT abgekürzt) unterscheidet sich von psychoanalytischen Standardverfahren vor allem durch zwei Merkmale: erstens, die begrenzte Dauer der Behandlung und zweitens, die Konzentration auf einen Behandlungsfokus (Kipp 1987). Die Angaben zur Dauer von KZT unterscheiden sich in der Literatur geringfügig. Laut Dorsch Psychologisches Wörterbuch liegt sie bei etwa 30 Therapiesitzungen (Häcker & Stapf 1998). Klüwer nannte 1971 etwa 20 Behandlungsstunden als zeitliches Kriterium einer KZT und Kipp (1987) 10 - 40 Stunden. Mattke und Tschuschke (1997) gaben 8 - 25 Sitzungen als zeitlichen Rahmen an. Die Dauer der Therapie wird bei Beginn festgelegt. Ambulante Kurzzeit-Therapien sollten in der Regel niederfrequent durchgeführt werden (Lachauer 1999).

Das zweite wichtige Kennzeichen einer KZT ist der Behandlungsfokus. Der Fokus stellt eine hohe Verdichtung psychologischer Aussagen dar und sollte möglichst frühzeitig formuliert werden. Der Fokus soll es dem Therapeuten ermöglichen, sich in der beschränkten Zeit auf ein bestimmtes Symptom oder Problem unter Vernachlässigung anderer zu konzentrieren und ihm damit die Arbeit erleichtern (Klüwer 1971, Lachauer 1999). Der Fokus sollte sich auf einen bewusstseinsnahen, gegenwärtig emotional fühlbaren Konflikt des Patienten beziehen und außerdem einen lebensgeschichtlich relevanten Hintergrund haben (Reimer 1996). Ein Beispiel für einen solchen Fokus (in diesem Fall in der Ich-Form formuliert) nennt Beutel (2000): "Ich fühle mich völlig hilflos und abhängig vom Wohlwollen anderer. Um ihre fortgesetzte Hilfe sicherzustellen, muss ich mich unterwerfen und meinen Ärger unterdrücken, dass ich wie in meiner Kindheit wieder in eine unterlegene und minderwertige Position geraten bin. Dabei merke ich nicht, wie meine Sorge um meine Familie die Tyrannei verdeckt, die ich ausübe, damit sie meinen Wünschen folgen." Der Fokus kann dem Patienten vollständig oder teilweise mitgeteilt werden. Die psychodynamische KZT verfolgt entsprechend dem Fokus eine begrenzte Zielsetzung. Dennoch wird das psychoanalytische Behandlungskonzept von unbewussten Konflikten und Widerständen, Übertragung und Gegenübertragung beibehalten und mit den Techniken der Konfrontation, Klärung und Deutung gearbeitet. Vom Therapeuten wird erwartet, dass er verstärkte Aktivität bei der Entwicklung der

therapeutischen Allianz zeigt und sich am Behandlungsfokus orientiert (Beutel 2000). Wichtig ist, dass der Therapeut sich auf die momentanen Probleme und Schwierigkeiten des Patienten beschränkt und lebensgeschichtliche Zusammenhänge nur dann aufgreift, wenn ein Bezug zur aktuellen Problematik besteht (Reimer 1996). Die Einschränkung durch den Fokus ist "horizontal", aber nicht "vertikal", in der Annahme, dass eine tiefe fokale Bearbeitung eines Konfliktbereichs sich auch auf andere Bereiche positiv auswirkt (Leuzinger-Bohleber 1988). Im Rahmen einer stationären KZT muss der Fokus so formuliert sein, dass er von allen Teammitgliedern akzeptiert werden kann. Damit wird das therapeutische Vorgehen klarer und es besteht Konsens darüber, voran mit dem Patienten gearbeitet werden soll (Horzetzky 1999). Insgesamt muss der Therapeut eine erhöhte Aktivität zeigen und vorhandene Ressourcen des Patienten nutzen (Beutel 2003). Psychodynamische KZT haben eine lange Tradition, die mit Freuds Behandlungen Anfang des 20. Jahrhunderts begann. Eine Darstellung der Geschichte und Entwicklung findet sich bei Beutel (2000, 2003) und Lachauer (1999).

Neben therapeutischen Gesichtspunkten (siehe 2.2.1) gibt es pragmatische Motive, eine KZT durchzuführen wie z.B. begrenzte Zeit des Patienten oder Therapeuten, begrenzte Abrechnungsmöglichkeiten, kurze Wartezeiten. KZT können zudem als Intervallbehandlungen oder als Vorbereitung auf eine längere Analyse durchgeführt werden (Lachauer 1999).

Viele ambulant durchgeführte Therapien und viele stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlungen sind nach dem Kriterium der Therapiedauer KZT, allerdings ohne dass der Behandlung ein entsprechendes Konzept zugrunde liegt (Kipp 1987, Lambert, Garfield & Bergin 2004, Olfson, Marcus, Druss & Pincus 2002). Olfson et al. (2002) erfassten in einer repräsentativen Erhebung der amerikanischen Bevölkerung unter anderem die Dauer psychotherapeutischer Behandlungen. Durchschnittlich kam es in ambulanten Psychotherapien zu 10.9 therapeutischen Kontakten. 35% der Patienten nahmen nur 1 bis 2 Sitzungen wahr, 40% nahmen 3-10 und 15% nahmen 11 - 20 Behandlungsstunden in Anspruch. Nur 10% der Patienten nahmen mehr als 20 Sitzungen wahr. Die meisten kontrollierten Psychotherapiestudien haben eine Behandlungsdauer unter 20 Sitzungen (Lambert, Garfield & Bergin 2004). Lambert, Garfield und Bergin (2004) kommen daher zu dem Schluss: "Kurztherapien sind die Norm" (S. 814). Dies gilt allerdings nur für das zeitliche Kriterium einer KZT, nicht für ein dahinterstehendes Konzept.

Kurzzeitbehandlungen werden noch immer eher skeptisch betrachtet, da viele Analytiker es als paradox ansehen, den psychoanalytischen Prozess von vornherein zeitlich begrenzen zu wollen (Leuzinger-Bohleber 1988). Oft spielen sie in der tiefenpsychologischen Ausbildung nur eine untergeordnete Rolle (Beutel 2000, Horzetzky 1999, Grawe, Donati & Bernauer 1994).

2.2.1 Indikationen für psychodynamische Kurzzeit-Therapie

Stärker als bei anderen Therapieformen wird bei der KZT die Rolle von Ein- und Ausschlusskriterien diskutiert. Dabei ist es zum Teil schwer, zwischen Indikatoren und Prädiktoren (siehe 2.3.1) zu unterscheiden.

Clarkin und Frances (1982) stellten Indikations- und Ausschlusskriterien für psychodynamische KZT zusammen. Indikationskriterien waren mindestens eine wichtige Beziehung in der Kindheit, Fähigkeit zum Ausdruck und zur Regulation von Emotionen, Änderungsmotivation, Fähigkeit mit einem Fokus zu arbeiten, Interesse und Verständnis für psychologische Probleme, höhere Bildung und gute Verbalisierungsfähigkeit. Insgesamt sei KZT bei Patienten mit der Bereitschaft zur Bearbeitung begrenzter Zielsetzung, klar umschriebenen Problemen und guter prämorbider Anpassung angezeigt.

Kontraindikationen einer psychodynamischen KZT sind nach Clarkin und Frances: Psychosen, lange Krankheitsgeschichte, Drogen und Alkoholmissbrauch, hohe Suizidgefahr, schwere Persönlichkeitsstörungen, bereits gescheiterte psychotherapeutische Behandlungen und diffuse Probleme.

Sifneos (1987) stellte ähnliche Indikatoren für eine KZT zusammen: Intelligenz, Interesse an psychologischen Themen, wichtige Beziehungen in der Vergangenheit, angemessene Affekte im Erstgespräch, Möglichkeit, ein spezifisches Problem zu formulieren und Veränderungsmotivation. Als Kontraindikation gibt Sifneos, vergleichbar mit Clarkin und Frances, Psychosen, schwere Depressionen, Substanzmissbrauch und Suizidgefahr an.

Koss und Shiang (1994) fanden ebenfalls vergleichbare Patientientenvariablen, bei denen eine KZT indiziert erscheint: akute Problematik, gute prämorbide Anpassung, gute Beziehungsfähigkeit und eine hohe Motivation des Patienten. Hoglend und Heyerdahl

(1994) nannten Veränderungsmotivation, realistische Erwartungen und einen identifizierbaren Fokus als Indikatoren für eine KZT.

Hoglend, Sorlie, Heyerdahl, Sorby und Amlo (1993) untersuchten den Einfluss von Indikationskriterien für eine KZT (eng umschriebenes Problem, Motivation, Engagement, gute prämorbide interpersonale Beziehungen) hinsichtlich ihres Einflusses auf den Therapieerfolg. Patienten, die diese Kriterien erfüllten, konnten besser von einer dynamischen KZT profitieren. Insbesondere die Qualität interpersonaler Beziehungen scheint ein wichtiger Indikator zu sein.

Sigal, Paris, Kardos, Zimmermann und Buonvino (1999) testeten Indikationsvariablen, welche sie der Literatur entnommen hatten oder die von erfahrenen Therapeuten für eine KZT genannt wurden. Eine Faktorenanalyse ergab 5 Faktoren als Indikator für KZT: Zugang zu Affekten, stabile Persönlichkeit, stabile Beziehungen, positive Einstellung gegenüber der Therapie, Kreativität. Keiner dieser Faktoren korrelierte signifikant mit dem Behandlungserfolg. Weiter testeten die Autoren Items, die von Experten als Indikatoren ausgewählt wurden: Identifizierbarer Fokus, Fähigkeit, sich an Emotionen zu erinnern, keine Probleme, das Ende der Therapie zu akzeptieren, Übertragungsangebote, Problemeinsicht. Auch hier fand sich kein signifikanter Zusammenhang zum Therapieerfolg. Allerdings war die Stichprobe sehr klein, und es gab nur eine geringe Varianz in den Erfolgsmaßen. Dies lässt sich damit erklären, dass die untersuchten Patienten bereits nach den Indikationskriterien ausgewählt worden waren.

Die dargestellten Indikationsvariablen scheinen darauf hinzudeuten, dass nur relativ „gesunde“ Patienten von KZT profitieren können.

2.2.2 Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeit-Therapie

Viele Fragestellungen in der Psychotherapieforschung wurden meist aus praktischen Gründen an Therapien mit begrenzter Dauer untersucht, ohne dass ihnen das Konzept einer KZT zugrunde lag (Lambert et al. 2004). Im Bereich psychodynamischer KZT finden sich fast ausschließlich Studien zu ambulant durchgeführten Therapien. Grawe et al. 1994 fanden von 29 Studien in diesem Bereich nur drei Studien mit stationär durchgeführten KZT. Die vier Metaanalysen zu KZT von Svartberg und Stiles (1991), Crits-Christoph (1992), Anderson und Lambert (1995) sowie Leichsenring et al. (2004) erfassten ausschließlich ambulant durchgeführte psychodynamische KZT.

Die Metaanalyse von Svartberg und Stiles (1991) umfasste 19 Studien zwischen 1978 und 1988, die psychodynamische KZT im Vergleich mit einer Kontrollgruppe oder alternativen Verfahren (z.B. kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, systematische Desensibilisierung) untersucht haben. Bedingung war, dass die KZT von vornherein als zeitlich begrenzte Therapie geplant worden war. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass KZT zwar signifikant bessere Erfolge zeigte als Wartekontrollgruppen, aber den alternativen Therapien vor allem langfristig unterlegen war. Insbesondere bei depressiven Erkrankungen hatte die psychodynamische KZT im Vergleich zu den kognitiven Verfahren geringere Therapieerfolge. Gleich gute Ergebnisse erzielte sie hingegen bei gemischten neurotischen Erkrankungen. Die Autoren wiesen jedoch darauf hin, dass die Verallgemeinerung ihrer Ergebnisse fraglich ist, da nur sehr wenige Studien in diesem Bereich vorlagen und zum Teil sehr kleine Stichproben untersucht wurden.

Grawe et al. (1994) berichteten von 29 Studien zu psychoanalytischen KZT. Drei davon wurden in einem stationären Setting durchgeführt (dabei handelte es sich um Patienten mit Alkoholproblemen, Psychosen und Schizophrenie), keine Studie lag zu psychosomatischen Patienten vor. Leider machten die Autoren keine Angaben zu ihren Auswahlkriterien. Grawe et al. bewerteten die Wirksamkeit von psychoanalytischen KZT, ähnlich wie Svartberg und Stiles (1991), als gering. Dies führten sie hauptsächlich darauf zurück, dass die Therapeuten in ihrer Ausbildung nicht auf solche Therapien vorbereitet wurden.

Die Metaanalyse von Crits-Christoph (1992) umfasste 11 Studien mit ambulanten psychodynamischen KZT. In die Analyse wurden ebenfalls nur Studien aufgenommen, welche manualisierte Therapien mit erfahrenen oder geschulten Therapeuten durchführten, die eine Wartekontrollgruppe oder eine andere Therapieform als Kontrollgruppe hatten und deren Datenqualität die Berechnung von Effektstärken ermöglichten. Der Autor fasste drei Erfolgsmaße zusammen: Verbesserung der Hauptsymptomatik, Verbesserung der allgemeinen psychischen Symptomatik und soziale Anpassung. Im Vergleich zu Wartekontrollgruppen zeigte die KZT eine ES von 1.1 in der Hauptsymptomatik, .82 in der allgemeinen psychischen Symptomatik und .81 in der sozialen Anpassung. Verglichen mit alternativen Therapien (z.B. Placebo-Behandlungen, Selbsthilfegruppen etc.) waren die ES geringer (.32; .20 und .09). Im Vergleich zu anderen Therapien zeigten sich keine Unterschiede in den Behandlungserfolgen, mit der Ausnahme anderer psychodynamischer Langzeit-Therapien, die in der Hauptsymptomatik etwas größere Effekte erzielten.

Anderson und Lambert (1995) führten eine Metaanalyse mit Studien zu psychodynamisch orientierten KZT durch. Die Autoren berücksichtigten Studien von 1974 bis 1994, die folgende Kriterien erfüllten: es handelte sich um eine psychodynamische oder psychoanalytische Therapie, es gab eine Wartekontrollgruppe oder eine Gruppe mit minimaler Behandlung oder Behandlung mit einer anderen Therapieform, maximal 40 Wochen Behandlung, Ausschluss von psychotischen Patienten und ausreichende Datendarstellung zur Effektstärkenberechnung. Diese Kriterien wurden von 26 Studien erfüllt, darunter auch Studien, welche bereits in die Metaanalysen von Svartberg und Stiles (1991) sowie Crits-Christoph (1992) eingingen. Die Autoren berichteten folgende Ergebnisse: die ES von Kurzzeit-Therapie gegenüber keiner Therapie lag bei .57. Allerdings hatten zwei Studien mit psychosomatischen Patienten (Bronchitis- und Ulcus-Patienten) sehr schlechte Effekte. Nimmt man diese beiden Studien aus der Analyse stieg die ES auf .69 und lag damit im mittleren Bereich. Gegenüber minimaler Therapie lag die ES bei .30. Keine Unterschiede fanden sich im Vergleich zu anderen Therapien.

Leichsenring et al. (2004) untersuchten 17 Studien zu ambulanter psychodynamischer KZT aus den Jahren 1970 bis 2004. 13 dieser Studien waren bisher nicht in frühere Metaanalyen eingegangen. Die Studien sollten folgende Kriterien erfüllen: randomisierte Kontrollgruppen, Nutzung von Behandlungsmanualen, Evaluation der Behandlung, erfahrene Therapeuten oder Therapeuten mit speziellem Training, Patientengruppen mit spezifischen psychiatrischen Störungen, reliable und valide Messinstrumente, Möglichkeiten zur Effektstärkenberechnung. Die Autoren nahmen nur 2 der 19 Studien von Svartberg und Stiles, 4 der 26 Studien von Anderson und Lambert und 4 der 11 Studien von Crist-Christoph in ihre Metaanalyse auf. Hauptgrund war, dass die Autoren Studien zur Interpersonalen Therapie ausschlossen.

Die gemittelten ES lagen von der Aufnahme zur Entlassung für das Zielproblem bei 1.39 und für die psychische Symptomatik bei .90. Zur Katamnese (durchschnittlich 61 Wochen nach Entlassung) waren die ES sogar leicht angestiegen (1.57 bzw. .95). Leichsenring et al. kommen zu dem Schluss, dass KZT eine effektive Behandlungsmethode darstellt. Sie fordern in Zukunft KZT mit „Effectiveness“ Studien zu untersuchen.

Die Unterschiede in der Bewertung der KZT durch Crits-Christoph, Anderson und Lambert sowie Leichsenring et al. im Vergleich zu Svartberg und Stiles und Grawe et al. lassen sich damit erklären, dass in den Metaanalysen von Crits-Christoph, Anderson und Lambert und Leichsenring et al. nur Studien aufgenommen wurden, die manualisierte

Therapien mit erfahrenen oder in KZT trainierten Therapeuten durchführten. Zudem schlossen Anderson und Lambert Studien wegen methodischer Probleme aus, die bei Svartberg und Stiles berücksichtigt wurden.

Die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, dass KZT in ihrer Wirkung vergleichbar waren mit anderen Therapien. Allerdings waren die Ergebnisse deutlich besser, wenn die Behandlung nach einem Manual durchgeführt wurde und wenn es sich um erfahrene oder speziell in diesem Verfahren geschulte Therapeuten handelte. Dies entspricht den Forderungen anderer Autoren, die KZT in der tiefenpsychologischen Ausbildung stärker zu berücksichtigen (Beutel 2000, Horzetzky 1999).

2.3 Prädiktoren für Therapieerfolg

Ein besonders für die klinische Praxis bedeutsames Forschungsgebiet ist die Suche nach Variablen, die den Therapieerfolg oder -misserfolg vorhersagen können. Wichtig ist, solche Risikofaktoren zu kennen und sie möglichst frühzeitig zu erfassen, um noch während des therapeutischen Prozesses und vor einem möglichen Therapieabbruch bzw. -misserfolg reagieren zu können (Lambert & Ogles 2004).

Die Suche nach Prädiktorvariablen ist schwierig, da potentiell sehr viele Variablen den Therapieverlauf und das Therapieergebnis beeinflussen können, und Patienten eine Therapie unter sehr verschiedenen Bedingungen beginnen (Clarkin & Levy 2004). Zudem hängt es von zahlreichen methodischen Faktoren ab, welche Prädiktoren gefunden werden (Bottlender, Strauß & Möller 2000).

Einige Wissenschaftler vertreten jedoch den Standpunkt, dass sich ein Großteil des Therapieergebnisses auf Patientenvariablen zurückführen lässt (Bergin & Lambert 1979, Frank 1979, Lambert 1992).

Da Patientenvariablen als möglicher Prädiktor für den Therapieerfolg in dieser Arbeit zentral sind, wird nachfolgend verstärkt auf sie eingegangen.

2.3.1 Patientenvariablen

Clarkin und Levy (2004) gaben einen Überblick über den derzeitigen Stand der Prädiktorforschung hinsichtlich von Patientenvariablen. Die Autoren kamen zu der allgemeinen Schlussfolgerung, dass die Ergebnisse in diesem Bereich inkonsistent und schwer zu interpretieren sind. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Crits-Christoph und Connoly (1993). Dies ist jedoch nicht weiter verwunderlich, wenn man bedenkt, dass verschiedene Therapieschulen und therapeutische Techniken zum Einsatz kommen. Zudem verändern sich bestimmte Variablen im Laufe der Therapie und können je nach Kontext verschiedene Wirkungen haben. Es ist davon auszugehen, dass es Interaktionen zwischen verschiedenen Prädiktoren gibt (Crits-Christoph & Connoly 1993; Clarkin & Levy 2004). So ist z.B. die Diagnose als Vorhersagevariable problematisch, da Patienten mit derselben Diagnose nicht zwangsläufig auch dieselben Symptome haben und oft eine zweite oder dritte Störung vorliegt. Zudem können sich Patienten in anderen wichtigen Variablen unterscheiden (Clarkin & Levy 2004).

Inkonsistente Ergebnisse liegen auch zur Schwere der Symptomatik vor. Einige Autoren (z.B. Garfield 1994; Mohr 1995) sahen einen negativen Zusammenhang zwischen der Schwere der Symptome und dem Therapieerfolg. Aber es gibt auch Untersuchungen, in denen die Symptomschwere keine Rolle spielte (Joyce & Piper 1998, Shapiro, Berkham, Rees, Hardy, Reynolds & Startup 1994). Ein vom Patienten wahrgenommener hoher Beschwerdedruck kann sich sogar positiv auf die Behandlung auswirken (Deter, Sameith, Maroska, Ferner & Reindell 1986, Mohr 1995, Mohr et al. 1990).

Fliege, Rose, Bronner und Klapp (2002) berichteten ein schlechteres Therapieergebnis für Patienten mit zusätzlichen somatischen Diagnosen in einer stationären psychosomatischen Behandlung.

Viele Studien, welche die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen untersuchten, kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten mit einer zusätzlichen Achse-II-Störung weniger von einer Psychotherapie profitierten (Clarkin & Levy 2004, McDermut & Zimmermann 1998, AuBuchon & Maleatesta 1994, Rossiter et al. 1993, Andreoli et al. 1993, Diguer et al. 1993; Shea et al. 1990).

McDermut und Zimmermann (1998) sowie Shea et al. (1990) fanden schlechtere Therapieergebnisse bei depressiven Patienten mit zusätzlicher Persönlichkeitsstörung. Auch Andreoli et al. (1993) und Diguer et al. (1993) berichteten schlechtere Therapieerfolge einer ambulanten Krisenintervention bei depressiven Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung. In einer Studie von AuBuchon und Maleatesta (1994) profitierten Patienten mit zwanghafter Störungen und zusätzlicher Persönlichkeitsstörung weniger von Psychotherapie. Rossiter, Agras, Telch und Schneider (1993) sowie Cooper, Coker und Fleming (1994) fanden geringere Erfolge der Therapie bei essgestörten Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung. Tyrer und Johnson (1996) berichteten einen negativen Zusammenhang von Schwere der Persönlichkeitsstörung und verschiedenen Behandlungen (Medikamente, kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, Selbsthilfe).

Einige Autoren fanden negative Ergebnisse der Therapie nur bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen oder bestimmten Therapierichtungen (Mohr 1995, Greenberg, Craighead, Evans & Craighead 1995, Ilardy, Craighead & Evans 1997, Hardy, Barkham, Shapiro, Rees, Stiles, & Reynold 1995). Leibbrand, Schröder, Hiller und Fichter (1998) konnten keinen Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen finden.

Ein eindeutigeres Ergebnis der Prädiktorforschung ist, dass Patienten mit schlechten interpersonalen Beziehungen bzw. dysfunktionalen Objektbeziehungen und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Perfektionismus) weniger von Psychotherapie profitierten. Zudem scheint eine gute prämorbide Anpassung (im Sinne einer guten allgemeinen psychologischen Gesundheit) einen günstigen Effekt auf den Therapieerfolg zu haben (Free, Green, Grace, Chernus & Whitman 1985, Luborsky, Barber & Beutler 1993, Crits-Christoph & Connoly 1993).

2.3.1.1 Interpersonale Beziehungen und Objektbeziehungen

Nachfolgend werden Ergebnisse zu Interpersonalen Beziehungen und Objektbeziehungen dargestellt. Objektbeziehungen können konzeptualisiert werden „als phantasierte bzw. vorgestellte Beziehung zu einer anderen Person im Unterschied zum tatsächlichen Interaktionsverhalten, dabei haben wir bestimmte Gedanken und Erwartungen, wie diese Person auf uns reagiert“ (Mertens 1992, S. 46). Die Konstrukte der Objektbeziehungen und

der Interpersonalen Beziehungen haben eine erhebliche Überschneidungsmenge und lassen sich daher nicht klar von einander trennen. So werden Interpersonale Beziehungen auch als Objektbeziehungen konzeptualisiert und die Qualität von Objektbeziehungen spiegeln die Beziehungsmuster einer Person und ihre Art, soziale Informationen wahrzunehmen und darauf zu reagieren, wider (Clarkin & Levy 2004).

Pavio und Bahr (1998) untersuchten den Zusammenhang von interpersonalen Problemen, der therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg anhand von erfahrungsorientierten KZT. Die Therapien dauerten durchschnittlich 12 Sitzungen. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass interpersonale Probleme im Zusammenhang mit Feindseligkeit, Kälte, sozialer Vermeidung und sozialer Unsicherheit negativ mit der therapeutischen Allianz korrelierten, nicht jedoch mit dem Therapieerfolg. Allerdings hing die Qualität der therapeutischen Beziehung mit dem Therapieerfolg zusammen. Ein ähnliches Ergebnis berichteten Moras und Strupp (1982). Sie fanden einen Zusammenhang zwischen guten interpersonalen Beziehungen vor Beginn einer KZT und der therapeutischen Allianz sowie einen wenn auch geringeren Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Die Autoren gingen davon aus, dass dieser Zusammenhang moderiert wurde durch die bessere therapeutische Beziehung.

Piper, DeCarufel und Szkrumelak (1985) führten eine Studie mit 21 Patienten durch, die mit einer ambulanten psychodynamischen KZT behandelt wurden. Die Autoren fanden zwei Prädiktoren für den Therapieerfolg: zum einen ein hohes Niveau an Abwehrmechanismen (z.B. Humor, Altruismus), zum anderen gute Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen. Die Autoren zogen daraus den Schluss, dass Patienten mit Ressourcen im interpersonalen Bereich besser von einer psychodynamischen KZT profitieren können. Piper, Azim, Joyce, McCallum, Nixon und Segal (1991) untersuchten den Zusammenhang von Objektbeziehungen, therapeutischer Allianz und dem Therapieerfolg anhand einer KZT mit 64 Patienten. Die Autoren fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Qualität der Objektbeziehungen der Patienten, der therapeutischen Allianz und der Verbesserung spezifischer und allgemeiner Symptome. Ähnliches berichten Piper, Joyce, Azim und Rosie (1994) in einer Studie mit 165 Patienten, welche über 18 Wochen täglich ambulant behandelt wurden. Auch hier fanden sich gute Objektbeziehungen sowie Interesse an psychologischen Themen als Prädiktoren für den Therapieerfolg.

Joyce und Piper (1998) fanden ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Qualität der Objektbeziehungen und dem Therapieerfolg. Zu hohe Erwartungen der Patienten an den Therapieerfolg korrelierten hingegen negativ mit dem Therapieergebnis. Eine additive Verknüpfung von Therapieerwartungen und Qualität der Objektbeziehungen klärte die meiste Varianz des Therapieergebnisses einer individuellen KZT auf. Strauß und Hess (1993) berichteten, dass Patienten mit interpersonalen Schwierigkeiten im Bereich "Dominanz" weniger von einer stationären Gruppenpsychotherapie profitieren konnten. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen Eckert und Strauss (1993). Sie fanden in einer multizentrischen Studie verschiedener stationärer Therapien feindselige Dominanz, freundliche Submissivität, Introversion und Selbstunsicherheit als ungünstige Prädiktoren für den Therapieerfolg.

Mohr (1995) berichtete in seinem Übersichtsartikel über Therapiemisserfolg, dass interpersonale Probleme und geringe Motivation Prädiktoren für ein negatives Therapieergebnis waren. In einer Studie von Mohr et al. (1990) konnten Patienten mit interpersonalen Problemen weniger von kognitiven und stützenden Therapien profitieren. Clementel-Jones, Malan und Trauer (1990) stellten fest, dass Beziehungsfähigkeit und Problemlösefähigkeit signifikant mit dem Therapieergebnis ambulanter psychoanalytischer Kurz- und Langzeittherapien korrelierten.

Fasst man die Ergebnisse zusammen lässt sich sagen, dass für verschiedene Therapieformen und -settings interpersonale Probleme und schlechte Objektbeziehungen als negative Prädiktoren für den Erfolg einer Therapie gefunden wurden (Piper et al. 1985, Piper et al. 1991, Piper et al. 1994, Joyce & Piper 1998, Mohr 1995, Eckert & Strauss 1993, Mohr et al. 1990). Häufig fand sich ein Zusammenhang zwischen interpersonalen Problemen und der therapeutischen Beziehung, welche als gesicherter Prädiktor für Therapieerfolg gilt (siehe 2.3.3) und oft als Mediator bzw. Moderator fungiert (Moras & Strupp 1982, Pavio & Bahr 1998).

2.3.1.2 Persönlichkeitsmerkmale

Blatt, Zuroff, Quinlan und Pilkonis (1996) untersuchten im Rahmen der NIMH Studie zur Behandlung von Depressionen die Beziehung von Perfektionismus, therapeutischer Allianz und Therapieerfolg anhand von vier verschiedenen KZT (kognitiv - behaviorale Therapie, Interpersonale Therapie, Imipramin plus unspezifische stützende Gespräche von 20-30

Minuten und ein Placebomedikament plus stützende Gespräche) bei schweren Depressionen. Sie fanden keinen Unterschied in der Symptomreduktion in den vier Bedingungen von der Aufnahme zur Entlassung bzw. 18-Monats-Katamnese. Es zeigt sich aber, dass Perfektionismus negativ korreliert war mit dem Therapieergebnis, während die vom Patienten wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung positiv mit dem Therapieerfolg zusammenhing.

Zuroff et al. (2000) beschrieben einen etwas anderen Zusammenhang von therapeutischer Allianz, Perfektionismus und Therapieerfolg. Sie fanden heraus, dass Patienten mit hohem Perfektionismus im Verlauf der Therapie keine Zunahme der therapeutischen Allianz zeigten. Da die Allianz mit dem Therapieerfolg korrelierte, war sie Mediator der Beziehung zwischen hohem Perfektionismus und geringerem Therapieerfolg.

Shahar, Blatt, Zuroff und Pilkonis (2003) fanden einen Zusammenhang zwischen Perfektionismus und negativem Therapieerfolg, schlechterer therapeutischer Allianz sowie Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen. Ein schlechteres Therapieergebnis hing zudem mit externer Attribution und depressiven Persönlichkeitszügen zusammen.

Fliege et al. (2002) berichteten, dass sich Pessimismus negativ auf das Therapieergebnis einer stationären psychosomatischen Behandlung auswirkte. Einen etwas geringeren Zusammenhang fanden die Autoren zwischen geringer Selbstwirksamkeit und dem Therapieerfolg.

Fassino, Abbate-Daga, Piero und Rovera (2002) sowie Fassino, Abbate-Daga, Piero, Leombruni und Rovera (2003) fanden, dass Patienten mit Essstörungen die Therapie häufiger abbrachen, wenn sie Probleme in der Regulation von Ärger hatten, oder impulsiv und wenig kooperativ waren. Klages (2002) berichtete einen Zusammenhang von Internalisierung von Misserfolg und einem schlechteren Therapieergebnis einer ambulanten Verhaltenstherapie.

Zusammenfassend scheinen unterschiedliche Variablen der Persönlichkeit eine Rolle bei der Vorhersage des Therapieerfolgs zu spielen, zum Beispiel Perfektionismus (Blatt et al. 1996, Zuroff et al. 2000, Shahar et al. 2003), Tendenz zu Ärger und Impulsivität (Fassino et al. 2002, 2003) oder Internalisierung (Klages 2002). Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass es Interaktionen zwischen der Persönlichkeit der Patienten sowie den Therapeuten und ihrer therapeutischen Ausrichtung gibt.

2.3.2 Therapeutenvariablen

In dieser Arbeit wurden keine Therapeutenvariablen erhoben, daher wird an dieser Stelle nur eine kurze Darstellung über den derzeitigen Stand der Forschung zu diesem Thema gegeben. Etwas ausführlicher werden einige Ergebnisse zur KZT dargestellt.

Einen Überblick über den Stand der Forschung zum Einfluss von Therapeutenvariablen auf den Therapieerfolg gaben Beutler et al. (2004). Die Autoren beklagten ein abnehmendes Interesse an diesem Thema. So ließen sich nur wenige gültige Aussagen zu diesem Bereich treffen. Wenn Effekte gefunden wurden, waren diese eher gering. Alter und Geschlecht des Therapeuten zeigten keinen oder einen geringen Einfluss auf das Therapieergebnis. Auch der Effekt therapeutischer Erfahrungen und Fähigkeiten schien gering zu sein. Beutler et al. (2004) berichteten eine gemittelte ES von .07. Die Autoren wiesen darauf hin, dass in Zukunft die Interaktion von Patienten- und Therapeutenvariablen sowie das Behandlungssetting berücksichtigt werden sollten, da es keine einfachen linearen Zusammenhänge zu geben scheint. Mohr (1995) kam in seinem Übersichtsartikel zu dem Schluss, dass auf Seiten des Therapeuten fehlende Empathie, Unterschätzung des Problems des Patienten, negative Gegenübertragung, geringe technische Fähigkeiten und fehlende Übereinstimmung hinsichtlich des therapeutischen Prozesses zu schlechteren Therapieergebnissen führten. In einer Studie von Burns und Noeln-Hoeksema (1992) zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Empathie des Therapeuten und dem Therapieerfolg bei 185 Patienten, welche mit einer kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurden.

Nachfolgend werden einige spezielle Ergebnisse zur psychodynamischen KZT dargestellt. Götze (2003) untersuchte den Therapieerfolg einer ambulanten psychodynamischen KZT. Wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes war die Formulierung eines Behandlungsfokus. Therapeuten, die den Fokus signifikant häufiger ansprachen und ihn komplexer und interpersonaler formulierten, führten öfter erfolgreiche Therapien durch. Free et al. (1985) untersuchten den Zusammenhang von Empathie des Therapeuten und Therapieerfolg bei einer psychodynamischen KZT. Die vom Patienten wahrgenommene Empathie des Therapeuten korrelierte lediglich mit einer Unterskala (Feindseligkeit) des SCL-90-R. Kein Zusammenhang fand sich in den Empathieratings der Therapeuten und Supervisoren und dem Therapieerfolg der Patienten. Svartberg und Stiles (1991) fanden in ihrer Metaanalyse Hinweise darauf, dass psychodynamische KZT vor allem dann

erfolgreich waren, wenn sich Patient und Therapeut hinsichtlich sozioökonomischem Status und Wertvorstellungen ähnlich waren. Zudem fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Erfahrung des Therapeuten und dem Therapieerfolg, vor allem bei neurotischen Störungen. Piper, Joyce et al. (1993) berichteten, dass die Genauigkeit der Deutungen durch den Therapeuten in einer KZT mit dem Therapieerfolg zusammenhing. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Crits-Christoph und Cooper (1988). Sie berichteten einen Zusammenhang zwischen der Genauigkeit von Interpretationen und dem Therapieerfolg, allerdings erst nachdem die Technik des Therapeuten und die Qualität der therapeutischen Beziehung statistisch kontrolliert wurden.

2.3.3 Therapeutische Allianz

Die Bedeutung der Qualität der therapeutischen Beziehung für das Therapieergebnis ist in unterschiedlichsten Therapierichtungen nachgewiesen und gilt als einer der sichersten Wirkfaktoren der Psychotherapie, auch wenn es sich eher um kleine Effekte handelt (Grawe et al. 1994, Horvath & Symonds 1991, Beutler et al. 2004).

Beutler et al. (2004) fanden eine mittlere Varianzaufklärung über 43 Studien von 17%. Dabei unterschieden sich die in den Studien berichteten ES erheblich (.04 bis .78). Horvath und Symonds (1991) führten eine Metaanalyse mit 24 Studien zum Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg durch. Die Autoren kamen zu einem ähnlichen Ergebnis wie Beutler et al. (2004). Sie fanden eine eher geringe aber konstante Beziehung zwischen der therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg (durchschnittliche ES .26). Dabei war der Zusammenhang am stärksten, wenn Patienten oder externe Beobachter die therapeutische Allianz einschätzten, unabhängig davon, ob der Therapieerfolg durch die Patienten, die Therapeuten oder durch externe Beobachter beurteilt wurde. Die Einschätzung der Allianz durch die Therapeuten hingegen korrelierte nur mit der Erfolgsbeurteilung der Patienten, nicht jedoch mit den Erfolgsbeurteilungen durch externe Beobachter. Es fand sich sogar ein negativer Zusammenhang zwischen den Beziehungseinschätzungen durch die Therapeuten und dem Therapieerfolg. Für dieses überraschende Ergebnis führten die Autoren zwei mögliche Gründe an: zum einen enthält die Metaanalyse eine Studie mit einer starken negativen Korrelation zwischen Therapeutenrating der Allianz und dem Therapieerfolg; zum anderen könnte es sein, dass

Therapeuten, welche die Allianz zu optimistisch einschätzten dadurch einen schlechteren Therapieerfolg provozierten. Der Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg war in der Metaanalyse von Horvath und Symonds unabhängig von therapeutischen Verfahren, der Therapiedauer und der Stichprobengröße.

Luborsky, McLellan und Woody (1985) berichteten einen starken Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg. Sie fanden eine signifikante Korrelation von .65 zwischen der Patienteneinschätzung der therapeutischen Allianz (gemessen mit dem HAQ) und dem Therapieerfolg in verschiedenen Therapieformen (stützende Therapie, kognitive Verhaltenstherapie, Drogenberatung) bei insgesamt 110 Patienten.

Joyce und Piper (1998) untersuchten die Beziehung von Therapieerwartungen hinsichtlich Schwierigkeit und Erfolg der Therapie, therapeutischer Allianz und dem Therapieergebnis. Die an der Studie beteiligten Patienten wurden durchschnittlich 19 Sitzungen mit einer manualisierten ambulanten psychodynamischen KZT behandelt. Die Erwartungen der Patienten und Therapeuten an die Therapie korrelierten hoch mit den jeweiligen Einschätzungen der therapeutischen Allianz. Die therapeutische Allianz war ein Prädiktor für den Therapieerfolg, allerdings klärte sie nur einen geringen Teil der Varianz (7-13%) auf.

Piper, Azim, Joyce und McCallum (1991) untersuchten anhand von 64 Patienten, welche mit einer ambulanten individuellen Kurzzeit-Therapie behandelt wurden den Zusammenhang von Übertragungsinterpretationen, therapeutischer Allianz und Therapieerfolg. Die Autoren fanden einen negativen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Übertragungsinterpretationen durch die Therapeuten, der therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg. Dieser Zusammenhang fand sich jedoch nur bei Patienten mit guten Objektbeziehungen. Piper et al. erklären sich ihr Ergebnis so, dass die Therapeuten höhere Erwartungen an diese Patienten hatten und versuchten, intensiver mit ihnen zu arbeiten. Die Patienten fühlten sich jedoch in der kurzen Zeit mit den vielen Interpretationen überfordert und kritisiert.

2.3.4 Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg

Grawe et al. (1994) stellten 155 Studien zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Wirksamkeit der Therapie zusammen: 99 mal wurde ein positiver Zusammenhang gefunden, 6 mal ein negativer und 50 mal wurde kein Zusammenhang berichtet. Dieses Ergebnis scheint dafür zu sprechen, dass eine längere Therapie eher zu besseren Ergebnissen führt.

Zu einem anderen Ergebnis kamen Howard, Kopta, Krause und Orlinsky (1986). Sie untersuchten den Zusammenhang von Therapiedauer und Verbesserung der Symptomatik an 2.431 Patienten. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass ein logarithmischer Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg besteht. Das heißt, der Zuwachs an Besserung wird mit zunehmender Dauer der Therapie geringer; bei 50% der Patienten traten deutliche Besserungen bereits nach 6 - 8 Therapiesitzungen ein; bei 75% bis zur 26. Therapiesitzung. Nach 52 Sitzungen zeigten die Patienten keine signifikante Verbesserung mehr. Die Aussagen von Howard et al. bezogen sich ausschließlich auf psychodynamische Therapien. Etwas andere Befunde berichteten Lambert, Hansen und Finch (2001). Sie fanden eine Besserung der Symptome bei 50% erst nach 21 Sitzungen, bei 75% erst nach über 40 Sitzungen. Dobson (1989) konnte in einer Metaanalyse mit 28 Studien zu ambulanten kognitiven Therapien mit depressiven Patienten keinen Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg feststellen.

Im stationären Bereich sind die Ergebnisse ebenfalls inkonsistent. Keinen Zusammenhang zwischen Therapiedauer und dem Therapieerfolg einer integrativen stationären Psychotherapie konnten Bassler, Kauthauser und Hoffmann (1995) finden. Allerdings tendierten die Therapeuten dazu, die stationäre Behandlung auszudehnen, wenn eine gute therapeutische Beziehung bestand. Nosper (1999) untersuchte eine Stichprobe von 207 Patienten, welche in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik behandelt wurden. Er testete (unter anderem mit dem SCL-90-R) die Patienten am 21. Behandlungstag und bei Entlassung (nach durchschnittlich 45 Tagen). Nosper fand eine ES von .37 nach 21 Tagen, eine ES von .66 bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung von .46 (SCL-90-R). Der Autor kam zu dem Schluss, dass eine 6-wöchige Behandlung einer 3-wöchigen deutlich überlegen ist.

Die Frage nach Merkmalen, welche die Therapiedauer beeinflussen, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Heymann et al. (2003) untersuchten den Einfluss verschiedener Variablen auf die Dauer einer stationären psychosomatischen Behandlung an 17.860 Patienten aus 17 Kliniken. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass eine Vielfalt von Variablen und unterschiedliche Wechselwirkungen Einfluss auf die Behandlungsdauer haben. So waren Frauen länger in stationärer Behandlung als Männer, ledige und geschiedene Patienten länger als verheiratete Patienten. Bei den diagnosebezogenen Auswertungen zeigten Zwangsstörungen die längste Aufenthaltsdauer, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen. Patienten ohne therapeutische Vorbehandlungen, ohne Komorbidität und mit geringerer Gesamterkrankungsdauer waren kürzer in stationärer Behandlung.

Zielke et al. (1997) fanden bei Rehabilitations-Patienten ebenfalls unterschiedlichste Variablen als Einflussgröße auf die Behandlungsdauer, so z.B. Behandlungskonzept, Diagnose, Komorbidität, Schweregrad, Bildung, Alter, Familienstand, soziale Kompetenz, Motivation, Beruf und soziale Integration.

Insgesamt sind die Befunde zur Therapiedauer unklar, die Interpretation fällt auch deswegen schwer, weil viele Therapien ohnehin von kurzer Dauer sind (siehe 1.1). Die Länge der Therapie richtet sich in der Praxis danach, was der Patient an „therapeutischer Dosis“ aus Sicht von Therapeuten, Patienten bzw. Kostenträgern braucht.

2.3.5 Bedeutung ambulanter Nachbehandlung

Bisher liegen wenige Untersuchungen zur Inanspruchnahme und Bedeutung von ambulanten Behandlungen nach stationärer psychosomatischer Behandlung vor.

Eine der wenigen Studien zu dem Thema stammt von Sack et al. (2003). Die Autoren gaben an, dass 78% der stationär behandelten Patienten nach der Entlassung in ambulanter Psychotherapie waren. Patienten, welche keine weiterführende Therapie in Anspruch nahmen, hatten bei Aufnahme und Entlassung tendenziell weniger Beschwerden und eine signifikant höhere Zielerreichung.

Junge und Ahrens (1996) berichteten, dass 10% der Patienten nach einer stationärer Behandlung eine Kur oder Anschlussheilbehandlung in Anspruch nahmen, 18.3% wurden

erneut stationär aufgenommen, fast zwei Drittel machten eine ambulante Psychotherapie. Hier fanden sich keine Angaben zu Unterschieden im Therapieerfolg von Patienten, welche ambulant oder stationär nachbehandelt wurden. Wilke et al. (1988) gaben an, dass 25% der Patienten im ersten Jahr nach einer stationären Behandlung eine ambulante Psychotherapie begonnen hatten. 19% der Patienten waren auf der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz, 16% waren erneut in stationärer Behandlung (6% erneut in psychotherapeutischer Behandlung) und 27% planten einen erneuten stationären Aufenthalt. Auch hier fehlten Aussagen zum langfristigen Befinden der Patienten in Abhängigkeit von der poststationären Behandlung.

Lamprecht, Kobelt, Künsebeck, Grosch und Schmid-Ott (1999) konnten zeigen, dass Patienten, welche nach einer psychosomatischen Rehabilitation das Angebot einer weiterführenden ambulanten Nachsorge annahmen, sich positiver entwickelten als Patienten, welche dieses Angebot nicht wahrnahmen. Die ambulante Behandlung orientierte sich inhaltlich an den Zielen der Rehabilitation, Angaben zur Häufigkeit und Dauer fehlten leider.

2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der allgemeine Nutzen von Psychotherapie als gesichert angesehen werden kann. Dies gilt vor allem für Studien, welche die Effizienz von Psychotherapie nachgewiesen haben. Was fehlt sind Studien, welche die Wirksamkeit von Psychotherapien unter klinischen Bedingungen belegen und hier vor allem Studien zur Wirksamkeit stationärer Behandlungen im Bereich psychosomatischer Erkrankungen.

Zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer KZT bei psychosomatischen Patienten liegt bisher keine Studie vor.

Als mögliche Prädiktoren für den Therapieerfolg werden in der Literatur vor allem Patientenvariablen diskutiert. Hinsichtlich von Diagnose und Schwere der Symptomatik liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Es gibt jedoch Hinweise, dass zusätzliche somatische Diagnosen oder komorbide Persönlichkeitsstörungen den Therapieerfolg reduzieren. Als sichere negative Prädiktoren für das Therapieergebnis gelten Probleme im Bereich interpersonaler Beziehungen bzw. dysfunktionale Objektbeziehungsmuster. Auch eine schlechte therapeutische Beziehung gilt als Risikofaktor für den Therapieerfolg. Der Effekt scheint jedoch eher gering zu sein. Inkonsistente Ergebnisse liegen zum Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg vor.

Obwohl die meisten Patienten nach stationärer Psychotherapie eine ambulante Therapie wahrnehmen, wurden diese bei der Beurteilung der langfristigen Therapieergebnisse bisher kaum berücksichtigt. Auch Ereignisse im Katamnesezeitraum spielten bei der Bewertung langfristiger Therapieerfolge keine Rolle.

Aus der Literaturübersicht leiten sich folgende Fragestellungen und Hypothesen ab.

3. Fragestellungen und Hypothesen

Der Hauptschwerpunkt der Auswertung liegt auf der Kurzzeit-Therapie (KZT). Unter bestimmten Teilaspekten werden Daten einer stationären Langzeit-Therapie (LZT) zu Vergleichen herangezogen.

1. Welche kurz- und langfristigen Effekte hat eine stationäre psychodynamische KZT unter klinischen Bedingungen?

Es wird davon ausgegangen, dass psychodynamische KZT, entsprechend den bisherigen Ergebnissen der Psychotherapieforschung, kurz- und langfristig wirksam ist.

1.a Die allgemeine psychische Belastung (gemessen mit dem GSI des SCL-90-R) reduziert sich von der Aufnahme zur Entlassung.

1.b Die allgemeine psychische Belastung (gemessen mit dem GSI des SCL-90-R) bleibt von der Entlassung bis zur 1-Jahres-Katamnese stabil.

1.c Die allgemeine psychische Belastung (gemessen mit dem GSI des SCL-90-R) bleibt von der Entlassung bis zur 3-Jahres-Katamnese stabil.

Neben der Hauptzielgröße (GSI) werden die körperlichen Beschwerden (GBB) der Patienten und eine Einschätzung der Therapeuten („Global Assessment of Functioning“, GAF nach DSM IV) dargestellt.

2. Welche Patientenmerkmale beeinflussen das langfristige Ergebnis einer stationären KZT?

Den Fragestellungen zur Vorhersage des Therapieerfolgs liegen aufgrund der größeren Stichprobe die Daten der 1-Jahres-Katamnese zugrunde.

Ausgehend von früheren Studien wurden Patientenvariablen aus dem Bereich der Diagnose, Symptomschwere und interpersonalen Beziehungen hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes für den langfristigen Therapieerfolg getestet.

Ein schlechteres Therapieergebnis haben Patienten mit:

2.1 hoher Komorbidität psychischer Diagnosen

2.2 zusätzlicher somatischer Diagnose

2.3 komorbiden Persönlichkeitsstörungen

2.4 geringer prämorbider Anpassung (GAF letzte 12 Monate bei Aufnahme)

2.5 langer Krankheitsdauer

2.6 einem hohen Ausmaß an interpersonalen Problemen

2.7 dysfunktionalen Objektbeziehungen

3. Welchen Einfluss hat die therapeutische Beziehung auf das langfristige Ergebnis einer stationären KZT?

Entsprechend den Befunden der Literatur wurde erwartet, dass sich eine schlechte therapeutische Beziehung negativ auf den Therapieerfolg auswirkt.

3.1 Patienten mit einer schlechten therapeutischen Beziehung (Patienteneinschätzung) haben langfristig ein schlechteres Therapieergebnis als Patienten mit guter therapeutischer Beziehung.

3.2 Patienten mit einer schlechten therapeutischen Beziehung (Therapeuten-einschätzung) haben langfristig ein schlechteres Therapieergebnis als Patienten mit guter therapeutischer Beziehung.

4. Welchen Einfluss haben positive oder negative Veränderungen im Katamnesezeitraum auf das langfristige Ergebnis einer stationären KZT?

Zu Veränderungen im Katamnesezeitraum liegen bisher keine Ergebnisse vor. Es wurde vermutet, das positive private oder berufliche Veränderungen mit Therapieerfolg korreliert sind und negative Veränderungen mit Therapiemisserfolg.

4.1 Patienten mit belastenden beruflichen oder privaten Veränderungen im Katamnesezeitraum haben langfristig ein schlechteres Therapieergebnis als Patienten ohne solche Erfahrungen.

4.2 Patienten mit positiven beruflichen oder privaten Veränderungen im Katamnesezeitraum haben langfristig ein besseres Therapieergebnis als Patienten ohne solche Erfahrungen.

5. Inwieweit unterscheiden sich stationäre KZT und stationäre LZT in der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach der Entlassung?

Bisher liegen keine Erkenntnisse zum Zusammenhang von Dauer der stationären Behandlung und Häufigkeit und Dauer der ambulanten Nachsorge vor. Daher wird die Hypothese ungerichtet formuliert.

5.1 Patienten einer stationären KZT nehmen ein Jahr nach Ende der stationären Behandlung gleich viel ambulante Psychotherapie in Anspruch wie Patienten einer stationären LZT.

6. Wie unterscheiden sich Patienten, die nach der Entlassung eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen, von Patienten, die keine ambulante Psychotherapie wahrnehmen?

Hier liegen keine Erfahrungen aus der Literatur vor. Man könnte vermuten, dass Patienten die poststationär keine ambulante Psychotherapie wahrnehmen bei Aufnahme ein höheres Funktionsniveau aufweisen.

6.1 Patienten, die nach einer stationären KZT keine ambulante Therapie in Anspruch nehmen, haben eine bessere prämorbide Anpassung als Patienten mit ambulanter Nachbehandlung in Bezug auf folgende Variablen:

6.1.a GAF der letzten 12 Monate

6.1.b GSI bei Aufnahme

6.1.c Erkrankungsdauer

7. Welchen Einfluss hat eine ambulante Psychotherapie auf das langfristige Therapieergebnis?

Auch zum Einfluss ambulanter Psychotherapie auf den langfristigen Therapieerfolg liegen keine Daten vor. Da man vermuten könnte, dass die Dosis an ambulanter Psychotherapie dem entspricht, was der Patient benötigt wird folgend Hypothese formuliert.

7.1 Patienten, die eine ambulante Psychotherapie wahrnehmen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des langfristigen Therapieerfolgs von Patienten ohne ambulante Nachbehandlung.

4. Methode

4.1 Behandlungssettings

Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen bietet Behandlungsmöglichkeiten für 22 Patienten. Die Station ist unterteilt in ein kurzzeit- und zwei langzeit-therapeutische Behandlungssettings mit bis zu acht Betten. Die Behandlung ist in allen drei Settings multimodal. Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf neurotischen und psychosomatischen Störungen, akuten Lebenskrisen und verschiedenen Hauterkrankungen mit psychosomatischem Hintergrund. Die Vermittlung der Patienten erfolgt meist durch die institutseigene Poliklinik. Vor der Aufnahme erfolgt ein ausführliches beratendes Gespräch mit dem Behandlungsteam.

4.1.1 Kurzzeit-Therapie

Die Behandlung der Kurzzeit-Therapie (KZT) bestand aus psychoanalytisch orientierter Einzel- und Gruppentherapie sowie Körper-, Kunst- und Musiktherapie. Außerdem wurden eine Laufgruppe, eine Entspannungsgruppe, eine Milieutherapie in Form einer wöchentlichen Stationsgruppe aller Patienten, Paar- und Familiengespräche, Notgespräche mit dem Pflegepersonal und gegebenenfalls medikamentöse Behandlung angeboten. Die Unterbringung erfolgte in 2- und 3-Bettzimmern, bei Bedarf stand ein Einzelzimmer zur Verfügung. Zu Behandlungsbeginn wurde im Team ein Behandlungsfokus formuliert. Dieser war in den Worten des Patienten abgefasst und sollte das Hauptproblem des Patienten, eine psychodynamische Hypothese zur Entstehung des Problems und konkrete Therapieziele enthalten. Der Fokus war interpersonal formuliert. Seine bewussten Anteile wurden mit dem Patienten besprochen, um das Therapieziel mit dem Patienten abzustimmen und die therapeutische Allianz zu fördern. Weiter diente der Fokus zur Orientierung im Therapieprozess und im Behandlungsteam. Die stationäre Aufnahme sollte schnell erfolgen, die Behandlung war auf vier Wochen beschränkt, konnte aber nach Absprache bis zu sechs Wochen verlängert werden.

Indikationen für die Kurzzeit-Therapie waren: Belastungsreaktionen nach akuten Lebensereignissen, Krisen bei Persönlichkeitsstörungen und Neurosen, Krisen in laufenden Therapien, mangelnde soziale Anpassung und Unterstützung sowie Vorbereitung auf eine

Langzeitbehandlung. Ausschlusskriterien waren: akute Psychosen, akute Selbst- und Fremdgefährdung, Suchterkrankungen und Erkrankungen, bei denen eine intensive medizinische Überwachung und Betreuung notwendig sind.

4.1.2 Langzeit-Therapie

Da keine Kontrollgruppe im Sinne einer unbehandelten Wartegruppe oder einer Placebogruppe vorhanden war, werden neben den Daten der KZT auch Daten der Langzeit-Therapie (LZT) dargestellt. Bei der LZT handelte es sich um ein vergleichbares Therapieangebot (Einzel- und Gruppentherapie, Körper-, Kunst- und Musiktherapie etc.) wie in der KZT. Die Behandlungsdauer war jedoch auf acht bis 12 Wochen angelegt mit der Möglichkeit einer Verlängerung bis zu 16 Wochen. Der Schwerpunkt der Behandlung lag hier bei Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen (vor allem Hauterkrankungen, Essstörungen, somatoforme, körperdysmorphe und Artefakterkrankungen) sowie Persönlichkeitsstörungen. Die Therapie war stärker einzeltherapeutisch orientiert. Aufgrund der längeren Aufenthaltszeiten spielten paar- und familientherapeutische Interventionen sowie Wochenendbeurlaubungen eine größere Rolle.

Die Betrachtung der beiden Settings erfolgte unter der Einschränkung, dass es sich um verschiedene Patientenkollektive handelte. Patienten der LZT waren häufiger chronisch krank, seltener Vollzeit berufstätig und häufiger arbeitslos (siehe 4.3.1.1).

4.2 Studiendesign

In die Stichprobe wurden alle Patienten eingeschlossen, die in den Jahren 2000 und 2001 in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen aufgenommen wurden und folgende Bedingungen erfüllten: a) schriftliches Einverständnis zur Studie, b) ausreichende Deutschkenntnisse, c) eine Behandlungsdauer von mindestens 9 Tagen und d) vorhandene Basisdokumentation bei Aufnahme und Entlassung. Diese Kriterien trafen auf 235 Patienten zu[3].

Neben den Befragungen bei Aufnahme und Entlassung wurden die Patienten ein und drei Jahre nach der Entlassung postalisch befragt. Die Patienten wurden bis zu dreimal angeschrieben (Anschreiben siehe Anhang) und um eine Teilnahme an der Katamnese gebeten. Ein frankierter Rückumschlag lag bei. Falls Patienten verzogen waren wurde versucht, die neue Adresse zu ermitteln. Bei der 3-Jahres-Katamnese erhielten die Patienten neben dem Fragebogen eine kurze Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse (siehe Anhang). 166 (70.6%) der 235 Studienteilnehmer nahmen nach einem Jahr und 134 (57.0%) nach drei Jahren an der Katamnese teil (siehe Tabelle 3).

Die Befragung der stationären Ärzte / Therapeuten erfolgte im Rahmen der Basisdokumentation. Für diese Arbeit relevant ist die Diagnose bei Entlassung, die Dauer der Beschwerden und der GAF der letzten 7 Tage und der letzten 12 Monate.

Tabelle 3

Rücklaufquoten der 1-Jahres- und 3-Jahres-Katamnese

	Aufnahme und Entlassung [1)]	1-Jahres-Katamnese	3-Jahres-Katamnese
	N	N (%)	N (%)
Gesamt	235	166 (70.6)	134 (57.0)
KZT	110	83 (75.5)	67 (60.9)
LZT	125	83 (66.4)	67 (53.6)

[1)] Studienteilnehmer: schriftliches Einverständnis zur Studie, ausreichende Deutschkenntnisse, Behandlungsdauer > 9 Tage, Aufnahme- und Entlassungsbogen ausgefüllt

[3] 30 Patienten brachen die Therapie innerhalb von 9 Tagen ab, von 33 Patienten fehlten Aufnahme und / oder Entlassungsbogen der Basisdokumentation

Folgende Messverfahren wurden zu den vier Messzeitpunkten eingesetzt. Eine genaue Beschreibung der verwandten Instrumente findet sich unter 4.4.

Tabelle 4
Studiendesign und Messverfahren

	Aufnahme	Entlassung	1-Jahres-Katamnese	3-Jahres-Katamnese
Selbst-beurteilung	Soziodemographische Variablen (z.B. Alter, Geschlecht) Erfahrungen mit Psychotherapie SCL-90-R GBB IIP-D IPO	SCL-90-R GBB IIP-D HAQ	Soziodemographische Variablen (z.B. Partner) Ereignisse im Katamnesezeitraum Ambulante Psychotherapie SCL-90-R GBB IIP-D	Soziodemographische Variablen (z.B. Partner) Ereignisse im Katamnesezeitraum Ambulante Psychotherapie SCL-90-R GBB IIP-D
Stationäre Ärzte / Therapeuten	GAF	Psychische und somatische Diagnosen GAF HAQ		

4.3 Stichprobenbeschreibung

4.3.1 Teilnehmer der 1-Jahres-Katamnese

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer der 1-Jahres-Katamnese (N = 166) lag bei 34.1 Jahren (s = 10.9). Die Stichprobe bestand aus 77.7% Frauen und 22.3% Männern. Die meisten Patienten (57.2%) waren bei Aufnahme ledig, 22.3% waren verheiratet und 20.5% waren geschieden, verwitwet oder getrennt lebend. Die meisten Patienten hatten einen Realschulabschluss (34.9%) oder Abitur (36.7%). Einen Hauptschulabschluss hatten 21.1% und eine sonstige Schulbildung (z.B. noch in der Schule) gaben 7.2% an.

Bei Aufnahme waren 38.0% in Vollzeit beschäftigt, 13.9% in Teilzeit beschäftigt, 19.3% arbeitslos, 4.2% waren berentet und 14.5% befanden sich noch in Ausbildung, 10.2% gaben ein sonstiges Beschäftigungsverhältnis (z.B. Hausfrau / mann) an. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 8.1 Wochen (s = 4.6). Die durchschnittliche Krankheitsdauer (Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose) lag bei 37.8 Monaten (s = 58.3, siehe Tabelle 18 im Anhang).

Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt. Die häufigsten psychischen Erst-Diagnosen waren Depressionen (F32; 33, 22.4%) und Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (F43, 20.6%). Angststörungen und Angst und

Depression gemischt (F40; 41; 41.2) wurden in 15.2% der Fälle vergeben. Die Diagnose einer somatoformen Störung (F45) erhielten 13.3% der Patienten. Jeweils 9.1% bekamen die Diagnose einer Essstörung (F50) bzw. einer Dysthymia (F34.1). Eine Persönlichkeitsstörung (F60) als erste psychische Diagnose erhielten 6.1% der Patienten (siehe Tabelle 19 im Anhang).

Insgesamt erhielten 52 Patienten (31.5%) die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (erste, zweite oder dritte psychische Diagnose). 76 Patienten (46.1%) hatten zusätzlich mindestens eine somatische Diagnose.

In der Gruppe der Katamnese-Teilnehmer waren signifikant mehr Frauen als in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer (77.7% vs. 63.8%; $Chi^2 = 4.88$; $p < .05$). Ansonsten unterschieden sich Teilnehmer der 1-Jahres-Katamnese und Nicht-Teilnehmer nicht hinsichtlich soziodemographischer Variablen und Erkrankungs- oder Behandlungsdauer. Allerdings besteht ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{(1)} = 4.81$; $p < .05$) dahingehend, dass Studienteilnehmer eine größere Reduktion ihrer psychischen Beschwerden (gemessen mit dem GSI des SCL-90-R) angaben. Teilnehmer der Katamnese hatten bei Beginn einen GSI von 1.25 (s = 0.66) und bei Entlassung von 0.73 (s = 0.59). Nicht-Teilnehmer hatten dagegen bei Aufnahme durchschnittlich niedrigere GSI-Werte von 1.16 (s = 0.69) und bei Entlassung höhere GSI-Werte von 0.80 (s = 0.66).

4.3.1.1 Teilnehmer der 1-Jahres-Katamnese: Kurzzeit-Therapie vs. Langzeit-Therapie

Patienten der KZT unterschieden sich von Patienten der LZT in den Variablen Behandlungsdauer, Krankheitsdauer, Beschäftigungsverhältnis, Diagnose, komorbide somatische Erkrankung und Persönlichkeitsstörung (siehe Tabellen 5 und 6). Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag in der KZT bei 4.5 Wochen (s = 1.5) und in der LZT bei 11.7 Wochen (s = 3.9, $t_{(105.6)}$ = 15.33; p < .001). Patienten der KZT waren durchschnittlich seit 14.6 (s = 28.8) Monaten erkrankt und Patienten der LZT seit 60.0 Monaten (s = 67.0, $t_{(101.9)}$ = 5.24, p < .001). LZT-Patienten waren (entsprechend dem Behandlungskonzept) länger in stationärer Behandlung und hatten eine längere Krankheitsdauer.

KZT-Patienten waren deutlich häufiger in Vollzeit oder in Teilzeit beschäftigt und seltener arbeitslos. Sie gaben auch seltener ein sonstiges Beschäftigungsverhältnis an als LZT-Patienten ($Chi^2_{(5)}$ = 11.46, p < .05).

Patienten der KZT hatten häufiger die Diagnose einer Angststörung (F40; 41; 41.2) und Anpassungsstörung (F43). LZT-Patienten hatten häufiger eine Dysthymia (F34.1), Essstörung (F50) oder Persönlichkeitsstörung (F60) als KZT-Patienten ($Chi^2_{(7)}$ = 45.51, p < .001). KZT-Patienten hatten signifikant seltener eine komorbide Persönlichkeitsstörung (KZT: 19.5%, LZT: 43.4%, $Chi^2_{(1)}$ = 10.88, p < . 01) und seltener eine komorbide somatische Diagnose (KZT: 31.7%, LZT: 60.2%, $Chi^2_{(1)}$ = 13.52, p < .001).

Tabelle 5

Merkmale von Teilnehmern der 1-Jahres Katamnese in Kurzzeit-Therapie (KZT) und Langzeit-Therapie (LZT)

	KZT (N=83)	**LZT (N=83)**	**Gesamt (N=166)**	**t-Test**	**Sign.**
	m (s)	m (s)	m (s)		
Alter (Jahre)	33.1 (10.8)	35.2 (10.9)	34.1 (10.9)	$t_{(161)} = 1.22$	n.s.
Dauer der Behandlung (in Wochen)	4.5 (1.5)	11.7 (3.9)	8.1 (4.6)	$t_{(105.6)} = 15.33$	***
Krankheitsdauer (in Monaten) [1)]	14.6 (28.8)	60.0 (67.0)	37.8 (58.3)	$t_{(101.9)} = 5.24$	***
	KZT (N=83)	**LZT (N=83)**	**Gesamt (N=166)**	**Chi^2-Test**	**Sign.**
	N (%)	N (%)	N (%)		
Geschlecht					
männlich	16 (19.3)	21 (25.3)	37 (22.3)	$Chi^2_{(1)} = 0.87$	n.s.
weiblich	67 (80.7)	62 (74.7)	129 (77.7)		
Familienstand					
ledig	50 (60.2)	45 (54.2)	95 (57.2)	$Chi^2_{(2)} = 1.71$	n.s.
verheiratet	15 (18.1)	22 (26.5)	37 (22.3)		
getrennt lebend, geschieden, verwitwet	18 (21.7)	16 (19.3)	34 (20.5)		
Schulbildung					
Hauptschule	13 (15.7)	22 (26.5)	35 (21.1)	$Chi^2_{(3)} = 3.07$	n.s.
Realschule	31 (37.3)	27 (32.5)	58 (34.9)		
Abitur	32 (38.6)	29 (34.9)	61 (36.7)		
Sonstiges[2)]	7 (8.4)	5 (6.0)	12 (7.2)		
Beschäftigungs-verhältnis					
Vollzeit	38 (45.8)	25 (30.1)	63 (38.0)	$Chi^2_{(5)} = 11.46$	*
Teilzeit	14 (16.9)	9 (10.8)	23 (13.9)		
arbeitslos	10 (12.0)	22 (26.5)	32 (19.3)		
Rente	3 (3.6)	4 (4.8)	7 (4.2)		
in Ausbildung	13 (15.7)	11 (13.3)	24 (14.5)		
Sonstiges[3)]	5 (6.0)	12 (14.5)	17 (10.2)		

[1)] Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose; [2)] z.B. noch in der Schule, kein Abschluss, sonstiger Schulabschluss; [3)] zum Beispiel Hausfrau / mann, Wehrdienst
* $p < .05$; *** $p < .001$; n.s. = nicht signifikant

Tabelle 6

Diagnosen (ICD-10) bei Entlassung von Teilnehmern der 1-Jahres Katamnese in Kurzzeit-Therapie (KZT) und Langzeit-Therapie (LZT)

	KZT (N=82)	LZT (N=83)	Gesamt (N=165)	Chi^2-Test	Sign.
	N (%)	N (%)	N (%)		
Psychische Erstdiagnosen					
Depression (F32; 33)	16 (19.5)	21 (25.3)	37 (22.4)		
Dysthymia (F34.1)	1 (1.2)	14 (16.9)	15 (9.1)		
Angststörungen; Angst und Depression (F40; 41; 41.2)	19 (23.2)	6 (7.2)	25 (15.2)		
Belastungsstörung / PTSD / Anpassungsstörung (F43)	29 (35.4)	5 (6.0)	34 (20.6)	$Chi^2_{(7)}$ = 45.51	***
Somatoforme Störung (F45)	9 (11.0)	13 (15.7)	22 (13.3)		
Essstörung (F50)	3 (3.7)	12 (14.5)	15 (9.1)		
Persönlichkeitsstörung (F60)	2 (2.4)	8 (9.6)	10 (6.1)		
Sonstige[1)]	3 (3.7)	4 (4.8)	7 (4.2)		
Persönlichkeitsstörungen[2)]					
ja	16 (19.5)	36 (43.4)	52 (31.5)	$Chi^2_{(1)}$ = 10.88	**
nein	66 (80.5)	47 (56.6)	113 (68.5)		
Somatische Diagnosen[3)]					
ja	26 (31.7)	50 (60.2)	76 (46.1)	$Chi^2_{(1)}$ = 13.52	***
nein	56 (68.3)	33 (39.8)	89 (53.9)		

[1)] z.B. bipolare Störung, Schlafstörung; [2)] Persönlichkeitsstörung als erste, zweite oder dritte Diagnose;
[3)] mindestens eine somatische Diagnose
** $p < .01$; *** $p < .001$

4.3.2 Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese (N = 134) lag bei 35.0 Jahren (s = 10.7). Die Stichprobe bestand aus 76.9% Frauen und 23.1% Männern. Die meisten Patienten (54.5%) waren bei Aufnahme ledig, 25.4% waren verheiratet und 20.1% waren geschieden, verwitwet oder getrennt lebend. Die meisten Patienten hatten einen Realschulabschluss (36.6%) oder Abitur (35.8%). Einen Hauptschulabschluss hatten

21.6% aller Studien-Teilnehmer. Eine sonstige Schulbildung (z.B. noch in der Schule) gaben 6.0% an.

Bei Aufnahme waren 40.3% in Vollzeit beschäftigt, 15.7% in Teilzeit beschäftigt, 17.9% arbeitslos, 6.0% waren berentet und 10.4% befanden sich noch in Ausbildung, 9.7% gaben ein sonstiges Beschäftigungsverhältnis (z.B. Hausfrau / mann) an. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 8.0 Wochen (s = 4.5). Die durchschnittliche Krankheitsdauer (Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose) lag bei 36.8 Monaten (s = 55.3, siehe Tabelle 20 im Anhang).

Die häufigsten psychischen Erst-Diagnosen waren Depressionen (F32; 33, 23.9%), Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (F43, 19.4%) und Angststörungen (incl. Angst und Depression gemischt, F40; 41; 41.2, 18.7%). Die Diagnose einer somatoformen Störung (F45) erhielten 12.7% der Patienten. 9.7% bekamen die Diagnose einer Dysthymia (F34.1), 6.7% die einer Essstörung (F50) und 3% eine sonstige Diagnose. Eine Persönlichkeitsstörung (F60) als erste psychische Diagnose erhielten 6.0% der Patienten (siehe Tabelle 21 im Anhang). Tendenziell hatten Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese häufiger Angststörungen und seltener Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen als Nicht-Teilnehmer.

Insgesamt erhielten 45 Patienten der 3-Jahres-Katamnese (33.6%) die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (erste, zweite oder dritte psychische Diagnose). 68 Patienten (50.7%) hatten zusätzlich mindestens eine somatische Diagnose.

Die Gruppe der Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese war signifikant älter als die Gruppe der Nicht-Teilnehmer. Ansonsten fanden sich keine Unterschiede zwischen Teilnehmern der 3-Jahres-Katamnese und Nicht-Teilnehmern hinsichtlich soziodemographischer Variablen und Erkrankungs- oder Behandlungsdauer (siehe Tabelle 20 und Tabelle 21 im Anhang). Allerdings besteht ein signifikanter Interaktionseffekt ($F_{(1)} = 5.56$; $p < .05$) dahingehend, dass Studien-Teilnehmer eine größere Reduktion ihrer psychischen Beschwerden (gemessen mit dem GSI des SCL-90-R) angaben. Dies geht darauf zurück, dass Teilnehmer der Katamnese bei Beginn einen höheren GSI (1.29, s = 0.68) hatten als Nicht-Teilnehmer (1.11, s = 0.63), während bei Entlassung die GSI-Werte etwa gleich waren.

4.3.2.1 Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese: Kurzeit-Therapie vs. Langzeit-Therapie

Signifikante Unterschiede zwischen Patienten der KZT und LZT fanden sich – entsprechend dem Behandlungskonzept – in der Behandlungsdauer. Patienten der KZT waren durchschnittlich 4.5 (s = 1.6) Wochen und Patienten der LZT 11.6 (s = 3.6) Wochen in stationärer Behandlung ($t_{(90.4)}$ = -14.67; p < .001). Auch in der Erkrankungsdauer unterschieden sich die beiden Settings. Patienten der KZT waren signifikant kürzer erkrankt als Patienten der LZT (m_1 = 14.5, s_1 = 29.8; m_2 = 58.3, s_2 = 65.2, $t_{(86.1)}$ = -4.8; p < .001). Auch waren Patienten in KZT häufiger Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt, seltener arbeitslos oder in Ausbildung und hatten seltener sonstige Beschäftigungsverhältnisse (siehe Tabelle 7).

Patienten der KZT hatten (wie in der 1-Jahres-Katamnese) häufiger die Diagnosen Angststörungen (F40; 41; 41.2) und Anpassungsstörungen (F43) als Patienten der LZT. In der LZT wurden hingegen häufiger die Erstdiagnosen Dystymia (F34.1), Essstörungen (F50) und Persönlichkeitsstörungen (F60) vergeben ($Chi^2_{(7)}$ = 38.84, p < .001). Auch hatten KZT-Patienten signifikant seltener eine komorbide Persönlichkeitsstörung (KZT: 20.9%, LZT: 46.3%, $Chi^2_{(1)}$ = 9.67, p < . 01) und seltener eine komorbide somatische Diagnose (KZT: 38.8%, LZT: 62.7%, $Chi^2_{(1)}$ = 7.64, p < .01, siehe Tabelle 8).

Tabelle 7

Merkmale von Teilnehmern der 3-Jahres-Katamnese in Kurzzeit-Therapie (KZT) und Langzeit-Therapie (LZT)

	KZT (N=67)	**LZT (N=67)**	**Gesamt (N=134)**	**t-Test**	**Sign.**
	m (s)	m (s)	m (s)		
Alter (Jahre)	33.7 (10.1)	36.2 (11.2)	35.0 (10.7)	$t_{(126,7)} = -1.35$	n.s.
Dauer der Behandlung (in Wochen)	4.5 (1.6)	11.6 (3.6)	8.0 (4.5)	$t_{(90,4)} = -14.67$	***
Krankheitsdauer (in Monaten)[1)]	14.5 (29.8)	58.3 (65.2)	36.8 (55.3)	$t_{(86,1)} = -4.80$	***

	KZT (N=67)	**LZT (N=67)**	**Gesamt (N=134)**	**Chi²-Test**	**Sign.**
	N (%)	N (%)	N (%)		
Geschlecht					
männlich	13 (19.4)	18 (26.9)	31 (23.1)	$Chi^2_{(1)} = 1.05$	n.s.
weiblich	54 (80.6)	49 (73.1)	103 (76.9)		
Familienstand					
ledig	40 (59.7)	33 (49.3)	73 (54.5)	$Chi^2_{(2)} = 1.77$	n.s.
verheiratet	14 (20.9)	20 (29.9)	34 (25.4)		
getrennt lebend, geschieden, verwitwet	13 (19.4)	14 (20.9)	27 (20.1)		
Schulbildung					
Hauptschule	11 (16.4)	18 (26.9)	29 (21.6)	$Chi^2_{(3)} = 2.46$	n.s.
Realschule	26 (38.8)	23 (34.4)	49 (36.6)		
Abitur	25 (37.3)	23 (34.3)	48 (35.8)		
Sonstiges[2)]	5 (7.5)	3 (4.5)	8 (6.0)		
Beschäftigungs-verhältnis					
Vollzeit	34 (50.7)	20 (29.9)	54 (40.3)	$Chi^2_{(5)} = 11.73$	*
Teilzeit	13 (19.4)	8 (11.9)	21 (15.7)		
arbeitslos	9 (13.4)	15 (22.4)	24 (17.9)		
Rente	3 (4.5)	5 (7.5)	8 (6.0)		
in Ausbildung	5 (7.5)	9 (13.4)	14 (10.4)		
Sonstiges[3)]	3 (4.5)	10 (14.5)	13 (9.7)		

[1)] Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose; [2)] z.B. noch in der Schule, kein Abschluss, sonstiger Schulabschluss; [3)] zum Beispiel Hausfrau / mann, Wehrdienst;
* $p < .05$; *** $p < .001$; n.s. = nicht signifikant

Tabelle 8

Diagnosen (ICD-10) bei Entlassung von Teilnehmern der 3-Jahres-Katamnese in Kurzzeit-Therapie (KZT) und Langzeit-Therapie (LZT)

	KZT (N=67)	**LZT (N=67)**	**Gesamt (N=134)**	**Chi²-Test**	**Sign.**
	N (%)	N (%)	N (%)		
Psychische Erstdiagnosen					
Depression (F32; 33)	14 (20.9)	18 (26.9)	32 (23.9)		
Dysthymia (F34.1)	1 (1.5)	12 (17.9)	13 (9.7)		
Angststörungen; Angst und Depression (F40; 41; 41.2)	18 (26.9)	7 (10.4)	25 (18.7)		
Belastungsstörung / PTSD / Anpassungsstörung (F43)	23 (34.3)	3 (4.5)	26 (19.4)	$Chi^2_{(7)}$ = 38.84	***
Somatoforme Störung (F45)	7 (10.4)	10 (14.9)	17 (12.7)		
Essstörung (F50)	2 (3.0)	7 (10.4)	9 (6.7)		
Persönlichkeitsstörung (F60)	1 (1.5)	7 (10.4)	8 (6.0)		
Sonstige[1)]	1 (1.5)	3 (4.5)	4 (3.0)		
Persönlichkeitsstörungen[2)]					
ja	14 (20.9)	31 (46.3)	45 (33.6)	$Chi^2_{(1)}$ = 9.67	**
nein	53 (79.1)	36 (53.7)	89 (66.4)		
Somatische Diagnosen[3)]					
ja	26 (38.8)	42 (62.7)	68 (50.7)	$Chi^2_{(1)}$ = 7.64	**
nein	41 (61.2)	25 (37.3)	66 (49.3)		

[1)] z.B. bipolare Störung, Schlafstörung; [2] Persönlichkeitsstörung als erste, zweite oder dritte Diagnose;
[3] mindestens eine somatische Diagnose;
** $p < .01$; *** $p < .001$

4.4 Messverfahren

Die Patienten wurden bei Aufnahme, Entlassung und ein Jahr bzw. drei Jahre nach der Entlassung (1-Jahres- und 3-Jahres-Katamnese) gebeten eine Zusammenstellung verschiedener standardisierter Selbsteinschätzungsbögen auszufüllen. Fehlende Daten zur Krankheitsdauer und Diagnose wurden (wenn möglich) aus den Arztbriefen ergänzt.

Die psychische Belastung der letzten sieben Tage wurde mit der Symptom-Check-Liste SCL-90-R von Derogatis (1977, deutsch: Franke 1995) erhoben. Zur Erfassung der körperlichen Beschwerden diente die Kurzversion des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24) von Brähler und Scheer (1995). Interpersonale Schwierigkeiten wurden mit dem Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D) von Horowitz, Strauß und Kordy (2000) erfragt. Nur bei Aufnahme füllten die Patienten das Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO) von Dammann, Smole-Lindinger und Buchheim (2000) aus.

Bei Entlassung und Katamnese wurde zusätzlich die deutsche Version des „Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky (Bassler, Potratz & Krauthauser 1995) vorgelegt. Weiter beantworteten die Patienten Fragen der PsyBado (Heuft & Senf 1998) zu soziodemographischen Variablen und zur Vorbehandlung. Bei den Katamnesen wurden zudem Fragen zur ambulanten Nachbehandlung und zu Erfahrungen in den letzten 12 bzw. 36 Monaten gestellt.

Die stationären Therapeuten füllten die medizinische Dokumentation bei Aufnahme und Entlassung aus, einschließlich ICD-10 Diagnosen, „Global Assessment of Functioning" (GAF) nach DSM IV und den HAQ bei Entlassung.

Eine Aufstellung der zu den verschiedenen Messzeitpunkten eingesetzten Fragebögen findet sich unter 4.2.

4.4.1 Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R)

Als Hauptzielgröße für den Therapieerfolg wurde die Symptom Checkliste-90-R (SCL-90-R, Derogatis 1977, deutsch: Franke 1995) eingesetzt. Die SCL-90-R erfasst die allgemeine

psychische Belastung mit den Unterskalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Sie besteht aus 90 Items, die je ein Symptom beschreiben. Der Patient soll auf einer fünf-stufigen Skala (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark) angeben, inwieweit er in den letzten 7 Tagen unter diesem Symptom gelitten hat. Die Items lassen sich zu den oben genannten 9 Skalen zusammenfassen. Allerdings korrelieren die Skalen untereinander sehr hoch und die faktorenanalytische Struktur der Skalen ließ sich nicht bestätigen (Hessel, Schumacher, Geyer & Bräher 2001). Daher wird in dieser Arbeit nur der Global Severity Index (GSI) als Gesamtwert verwendet. Die SCL-90-R wurde bereits in vielen Psychotherapiestudien als Erfolgsmaß eingesetzt (Franz et al. 2000, Sack et al. 2003, Klages 2002, Mestel et al. 2000, Nosper 1999, Junge & Ahrens 1996, Free et al. 1985).

4.4.2 Gießener Beschwerdebogen (GBB-24)

Der GBB-24 (Brähler & Scheer 1995) ist die Kurzform des Gießener Beschwerdebogens. Er enthält 24 Items, die zu den Skalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden zusammengefasst werden können. Die Summe aller 24 Items ergibt den Beschwerdedruck. Die Probanden werden gebeten, auf einer fünf-stufigen Skala (0 = nicht; 1 = kaum; 2 = einigermaßen; 3 = erheblich; 4 = stark) anzugeben, wie stark sie sich durch die aufgeführten Beschwerden belastet fühlen. Der GBB gehört in Deutschland zu den am häufigsten genutzten Beschwerdelisten (Brähler, Schumacher & Brähler 2000) und wurde im stationären Setting bereits zur Prüfung therapeutischer Effekte eingesetzt (Sack et al. 2003).

4.4.3 Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D)

Das „Inventar Interpersonaler Probleme“ (IIP-D) von Horowitz, Strauss und Kordy (2000) erfasst selbstwahrgenommene Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Personen. Eingeschlossen werden gewünschte Muster, die Umgang mit Anderen schwer fallen (z.B. „Es fällt mir schwer, anderen Personen zu vertrauen“) und unerwünschte Muster, die man

„zu viel“ tut (z.B. „Ich streite zu viel mit anderen“). Das Inventar besteht aus 64 Items, die zu acht Skalen mit je acht Items zusammengefasst werden: autokratisch - dominant, streitsüchtig - konkurrierend, abweisend - kalt, introvertiert - sozial vermeidend, selbstunsicher - unterwürfig, ausnutzbar - nachgiebig, fürsorglich - freundlich, expressiv - aufdringlich.

4.4.4 Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Das Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO) von Dammann, Smole-Lindinger und Buchheim (2000) ist die deutsche Version des “Inventory of Personality Organisation“ von Clarkin, Foelsch und Kernberg (1995). Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches die Persönlichkeitsorganisation und Objektbeziehungsmuster erfasst. Der Fragebogen besteht aus 177 Items, die zu 6 Skalen und 9 Objektbeziehungstypen mit jeweils unterschiedlicher Itemanzahl zusammengefasst werden. Dabei sind einige Items mehr als einer Skala zugeordnet. Die Fragen werden auf einer fünf-stufigen Skala („trifft nie zu“, „trifft selten zu“, „trifft gelegentlich zu“, „trifft oft zu“ und „trifft immer zu“) beantwortet. Nachfolgend sind die Skalen und Objektbeziehungstypen mit je einem Beispielitem dargestellt.

Skala	Anzahl der Items	Beispiel - Item
Primitive Abwehr	14	*„Wenn ich nicht aufpasse, neigen die Menschen dazu mich auszunutzen.“*
Identitätsdiffusion	18	*„Ich kann mir Veränderungen in meinem Verhalten nicht erklären.“*
Realitätsprüfung	13	*„Ich kann nicht unterscheiden, ob ich nur möchte, dass etwas wahr wäre oder ob es wirklich wahr ist.“*
Qualität der Objektbeziehung	49	*„Ich beobachte andere sehr genau, besonders wenn sie es nicht wissen, um so ihre wahren Absichten herauszufinden.“*
Aggression	21	*„Ich habe jemanden absichtlich schwer verletzt“*
Moralische Werte	12	*„Ich fühle mich wie ein Schwindler oder Hochstapler, so dass andere mich ganz anders sehen als ich wirklich bin.“*

Objektbeziehungs-typen		
Antisozial	15	*„Alle Beziehungen laufen darauf hinaus, dass versucht wird, von der anderen Person mehr zu bekommen als man selbst bereit ist zu geben.“*
Depressiv-masochistisch	9	*„Wenn andere mich ungerechtfertigt angreifen, dann reagiere ich eher depressiv als wütend.“*
Hysterisch	15	*„Ich sehe gern attraktiv aus, aber es irritiert mich, wie leicht das als sexuelles Signal gesehen wird.“*
Infantil	12	*„In meinen Beziehungen zu anderen werde ich so verwirrt, dass es mir schwer fällt zu wissen, wie ihre Persönlichkeit ist.“*
Narzisstisch	14	*„Ich vermeide es, mich mit Leuten unter meinem Niveau einzulassen, die mich hinunterziehen könnten.“*
Paranoid	10	*„In Beziehungen bin ich vorsichtig, da es zu gefährlich ist, zu vertrauensvoll zu sein.“*
Schizoid	7	*„Leute erleben mich als distanziert und unnahbar und doch wünsche ich mir, ihnen nahe zu sein.“*
Zwanghaft	8	*„Andere mögen mich nicht, weil ich versuche, hohen Ansprüchen zu genügen.“*
Normal	20	*„Ich brauche einige Zeit, Freundschaften aufzubauen, aber mit der Zeit werden sie tief und dauern lebenslang.“*

4.4.5 Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Die deutsche Version des „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Bassler, Potratz und Krauthauser (1995) ist eine Übersetzung des HAQ von Alexander und Luborsky (1986) und umfasst 11 Items (z.B. „Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft“; „Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft“), die auf einer sechs-stufigen Skala (1 = sehr unzutreffend, 6 = sehr zutreffend) eingeschätzt werden. In dieser Arbeit wurden nur die ersten 11 Items verwendet.

Die Items werden zu zwei Skalen zusammengefasst. Die Skala „Beziehungszufriedenheit“ beschreibt die affektive Qualität der Beziehung zum Therapeuten und die Skala „Erfolgszufriedenheit“ die Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten. Die Skalen wurden mit Hilfe einer Faktorenanalyse gewonnen und korrelieren

zu .43 miteinander (Bassler et al. 1995). Für die Skala Erfolgszufriedenheit fanden die Autoren einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, nicht jedoch für die Skala Beziehungszufriedenheit. Der HAQ wurde bereits in Studien zum Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg eingesetzt (Luborsky, McLellan et al. 1985).

4.4.6 Global Assessment of Functioning (GAF)

Das „Global Assessment of Functioning“ (GAF) nach DSM IV (Saß, Wittchen & Zaudig 2001) erfasst das allgemeine Funktionsniveau des Patienten und wird im DSM IV auf Achse V kodiert. Die Skala reicht von 1 bis 100 mit einer Abstufung von je 10 Punkten, die Vergabe von Zwischenwerten ist jedoch möglich. Werte von 91 bis 100 entsprechen folgenden Einschätzungen: „Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten, wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt, keine Symptome“. Werte von 1 bis 10 werden vergeben, wenn der Patient folgender Einschätzung entspricht: „Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht“. Die Einstufung kann für unterschiedliche Zeiträume erfolgen, z.B. zur Zeit, in der letzten Woche, in den letzten zwei Monaten oder höchster Wert im letzten Jahr.

4.5 Statistische Auswertung

Alle statistischen Analysen wurden mit Hilfe des Programms SPSS (Statistical Package for Social Sciences) für Windows (Version 11.0) durchgeführt. Zur Prüfung der Hypothesen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung oder für unabhängige Stichproben, t-Tests, Chi²-Tests sowie Person-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten berechnet. Im Anschluss an die Varianzanalysen wurden bei Bedarf t-Tests mit Bonferroni-Korrektur (Diehl & Arbinger 1992; S. 328-329) für unabhängige oder abhängige Stichproben gerechnet. Zur Prüfung multipler Zusammenhänge wurde eine schrittweise multiple Regression durchgeführt. Die Auswertung orientierte sich an Diehl und Staufenbiel (2001). Es wurden gepoolte Effektstärken nach Hartmann et al. (1992) berechnet, da die Standardabweichungen nicht homogen waren (Maier-Riehle & Zwingmann 2000). Für jedes signifikante Ergebnis wurde angegeben, ob es auf dem 5%, 1% oder 0.1% Niveau signifikant war. Ergebnisse auf dem 10% Niveau wurden als Tendenz bezeichnet.

5. **Ergebnisse**

5.1 Kurz- und langfristige Effekte einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie unter klinischen Bedingungen

5.1.1 Symptom-Checkliste-90-R

5.1.1.1 Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese

Die **Hypothesen 1 a bis c** gingen davon aus, dass sich die allgemeine psychische Belastung (gemessen mit dem GSI des SCL-90-R) von der Aufnahme zur Entlassung reduziert und bis zur 1-Jahres- und 3-Jahres-Katamnese stabil bleibt.

Abbildung 1 zeigt die allgemeine psychische Belastung (GSI des SCL-90-R) bei Aufnahme, Entlassung und 1-Jahres-Katamnese für KZT und LZT. Angegeben sind die Mittelwerte des GSI und die Standardabweichungen. Weiterhin sind die gepoolten Effektstärken[4] berechnet nach Hartmann et al. (1992) angegeben.

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung (Aufnahme, Entlassung, 1-Jahres-Katamnese) ergab für die KZT einen signifikanten Haupteffekt für den Messwiederholungsfaktor (m_1 = 1.32, s_1 = 0.61; m_2 = 0.68, s_2 = 0.50; m_3 = 0.72, s_3 = 0.64; $F_{(2)}$ = 60.74; $p < .001$). Nach Diehl und Arbinger (1992; S. 328-329) wurden im Anschluss an die Varianzanalyse mit Messwiederholung t-Tests für gepaarte Stichproben mit Bonferroni-Korrektur gerechnet. Das Signifikanzniveau berechnet sich nach der Formel: p = p / (J x (J-1) / 2), wobei J die Anzahl der Messzeitpunkte ist. Für drei (bzw. vier) Messzeitpunkte ergibt sich ein Signifikanzniveau von p = 0.05 / 3 = 0.017 (bzw. p = 0.05 / 4 = 0.013). Die t-Tests ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen dem GSI bei Aufnahme und Entlassung ($t_{(81)}$ = 10.20; $p < .001$) und bei Aufnahme und Katamnese ($t_{(81)}$ = 8.33; $p < .001$). Kein signifikanter Unterschied fand sich von der Entlassung zur 1-Jahres-Katamnese. Die Hypothesen 1 a und b konnten somit angenommen werden. Der GSI verringerte sich signifikant von der Aufnahme zur Entlassung und blieb bis zur 1-Jahres-Katamnese stabil.

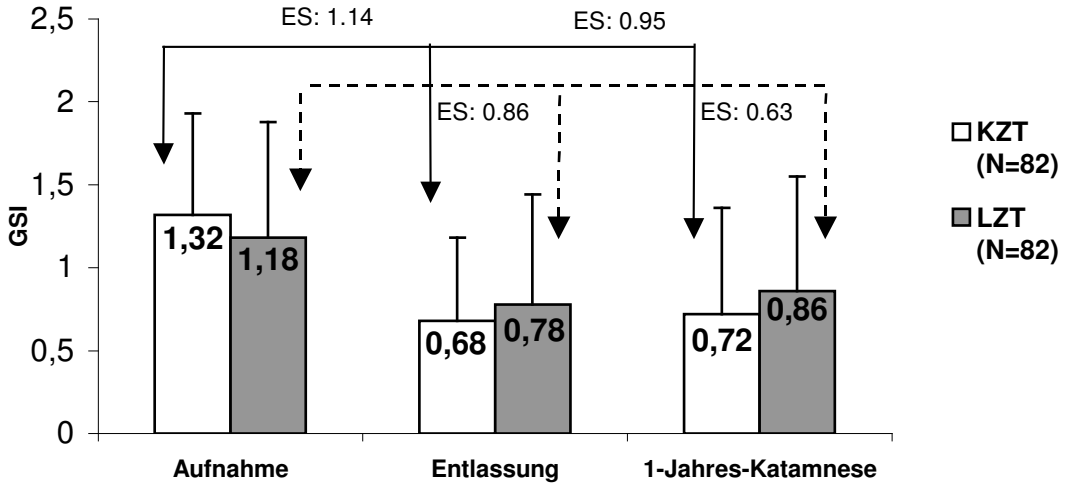
Die Effektstärke betrug von der Aufnahme bis zur Entlassung 1.14 und von der Aufnahme bis zur Katamnese .95. Beide Effektstärken lagen damit im oberen Bereich (Bortz &

Döring 2002). Da es einen signifikanten Interaktionseffekt für den GSI bei Studien-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gab (siehe 4.3.1), wurde an dieser Stelle auch die Effektstärke von der Aufnahme zur Entlassung über alle 110 Patienten der KZT berechnet. Es ergab sich eine Effektstärke von .97, die ebenfalls im oberen Bereich liegt.

Die durchgeführte Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Messzeitpunkten und den Behandlungssettings ($F_{(2)} = 5.53$; $p < .01$): Patienten in KZT hatten bei Aufnahme einen höheren und bei Entlassung und Katamnese einen niedrigeren Symptomwert als Patienten in LZT. Dementsprechend waren die Effektstärken für KZT etwas höher als für LZT (Aufnahme – Entlassung: 1.14 vs. 0.86; Aufnahme – Katamnese: 0.95 vs. 0.63, siehe Abbildung 1).

Abbildung 1

GSI bei Aufnahme, Entlassung und 1-Jahres-Katamnese getrennt für KZT und LZT



Der GSI ermöglicht die Einteilung in „gesunde“ und „pathologische“ Symptombelastung mit Hilfe eines Cut-off-Wertes. Der Cut-off-Wert des GSI liegt für Männer bei 0.57 und für Frauen bei 0.77 (Franke 2002). In der KZT hatten signifikant mehr Patienten bei Aufnahme einen pathologischen GSI (83.7%, N = 69) als in der LZT (68.7%, N = 57, $Chi^2_{(1)} = 4.74$, $p < .05$). Bei Entlassung hatte sich die Zahl der Patienten im pathologischen Bereich in beiden Settings deutlich reduziert (KZT: 37.3%, N = 31; LZT: 41.0%, N = 34). Nur 2 (KZT) bzw. 6 Patienten (LZT) hatten sich von der Aufnahme zur Entlassung verschlechtert.

[4] $ES_{pool} = M_{pre} - M_{post} / SD_{pool}$; $SD_{pool} = \sqrt{((N_{pre} - 1) * SD^2_{pre} + (N_{post} - 1) * SD^2_{post}) / (N_{pre} + N_{post} - 2)}$

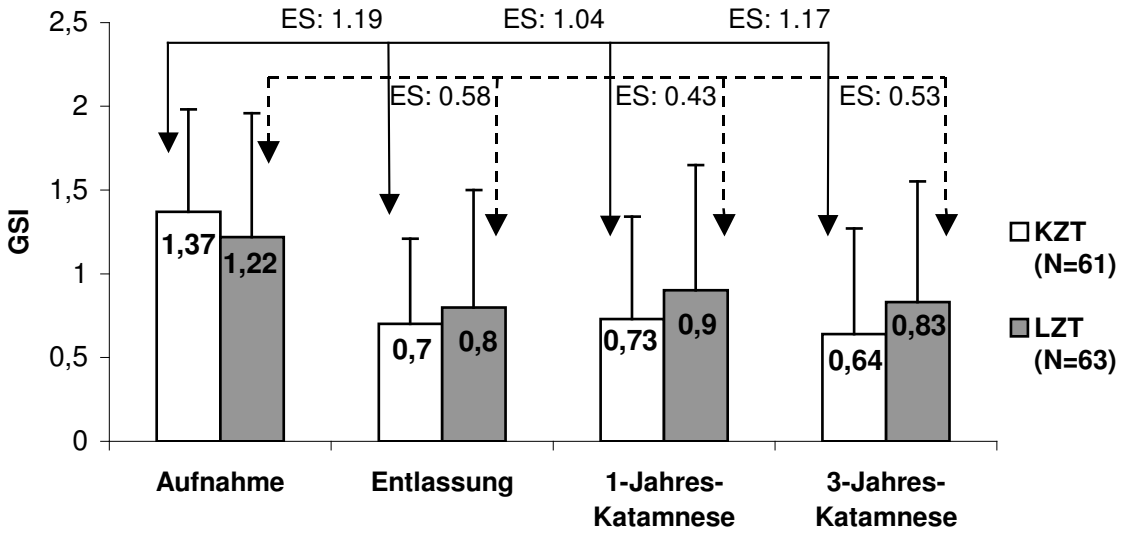
Bei 1-Jahres-Katamnese lag der GSI von 31 (37.3%) Patienten der KZT und von 37 (47.0%) Patienten der LZT im pathologischen Bereich. Hier zeigte sich bei 12 Patienten (KZT) bzw. 14 Patienten (LZT) eine Verschlechterung gegenüber der Entlassung.

5.1.1.2 Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese

Drei Jahre nach der Entlassung hatten die Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese der KZT einen mittleren GSI von 0.64 (N = 61; s = 0.63). Die Varianzanalyse für die vier Messzeitpunkte ergab einen signifikanten Haupteffekt ($F_{(3)} = 38.53$; $p < .001$). T-Tests für abhängige Stichproben ergaben einen signifikanten Unterschied im GSI von der Aufnahme zur 3-Jahres-Katamnese ($t_{(60)} = 8.22$; $p < .001$), jedoch keinen signifikanten Unterschied im GSI von der Entlassung (und der 1-Jahres-Katamnese) zur 3-Jahres-Katamnese. Der GSI blieb zur 3-Jahres-Katamnese stabil und Hypothese 1 c wurde somit ebenfalls angenommen (siehe Abbildung 2).

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab für die Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen den Settings und den Messzeitpunkten ($F_{(3)} = 4.09$; $p < .01$), entsprechend den oben dargestellten Ergebnissen der 1-Jahres-Katamnese.

Abbildung 2
GSI bei Aufnahme, Entlassung, 1-Jahres- und 3-Jahres-Katamnese für Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese getrennt für KZT und LZT



Bei den Effektstärken der 3-Jahres-Katamnese zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen KZT und LZT. Die Effektstärken der KZT waren durchweg fast doppelt so hoch und lagen im oberen Bereich, während die Effektstärken der LZT im mittleren Bereich anzusiedeln sind (siehe Abbildung 2).

Zur 3-Jahres-Katamnese lagen in der KZT noch (33.9%, N = 21) und in der LZT (46.9%, N = 30) im pathologischen Bereich des GSI. Eine Verschlechterung von der 1-Jahres- zur 3-Jahres-Katamnese trat nur bei 4 (KZT) bzw. 6 Patienten (LZT) auf.

5.1.2 Gießener Beschwerdebogen

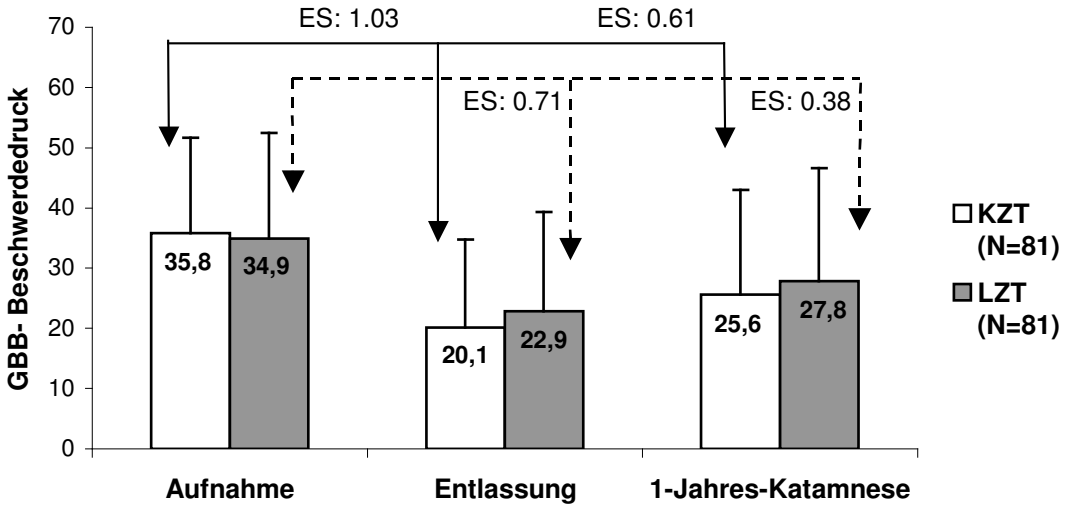
5.1.2.1 Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese

Neben der Hauptzielgröße GSI wird nachfolgend der Verlauf der körperlichen Beschwerden gemessen mit dem Beschwerdedruck des GBB dargestellt.

Abbildung 3 zeigt den Beschwerdedruck bei Aufnahme, Entlassung und 1-Jahres-Katamnese für KZT und LZT. Angegeben sind die Mittelwerte des GBB und die Standardabweichungen. Weiterhin werden die gepoolten Effektstärken angegeben.

Abbildung 3

Beschwerdedruck des GBB bei Aufnahme, Entlassung und 1-Jahres-Katamnese getrennt für KZT und LZT



Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab für KZT einen signifikanten Haupteffekt für den Messwiederholungsfaktor (m_1 = 35.8, s_1 = 16.0; m_2 = 20.1, s_2 = 14.6; m_3 = 25.6, s_1 = 17.4; $F_{(2)}$ = 43.36; $p < .001$). Anschließende t-Tests mit Bonferroni-Korrektur ergaben signifikante Unterschiede zwischen dem GBB bei Aufnahme und Entlassung ($t_{(80)}$ = 9.68; $p < .001$), bei Aufnahme und 1-Jahres-Katamnese ($t_{(82)}$ = 5.56; $p < .001$) sowie Entlassung zur 1-Jahres-Katamnese ($t_{(80)}$ = -3.41; $p < .01$). Die subjektiv empfundenen körperlichen Beschwerden verringerten sich also von der Aufnahme zur Entlassung signifikant, stiegen dann allerdings zur 1-Jahres-Katamnese wieder an. Die Werte zur Katamnese erreichten aber nicht die Höhe der Aufnahmewerte. Die Effektstärke war von der Aufnahme zur Entlassung mit 1.03 hoch. Von der Aufnahme zur Katamnese lag sie mit .61 im mittleren Bereich. Der Beschwerdedruck nahm von der Aufnahme zur Entlassung zwar ab, blieb jedoch zur 1-Jahres-Katamnese nicht stabil, sondern stieg wieder an.

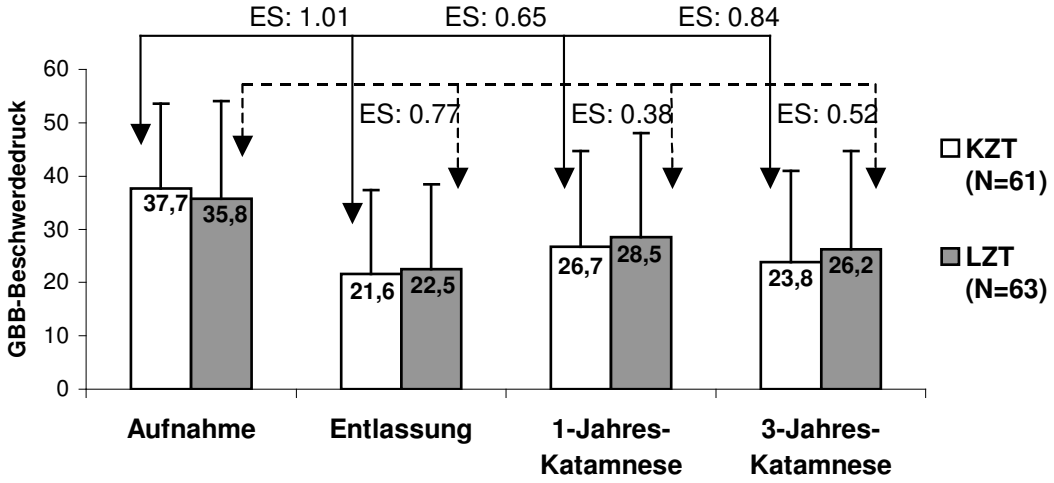
Auch hier wurden die Ergebnisse der KZT denen der LZT gegenübergestellt. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab keine Wechselwirkung zwischen Messzeitpunkten und Behandlungssettings. Die Effektstärken für die KZT waren wie schon beim GSI höher als für die LZT (Aufnahme – Entlassung: 1.03 vs. 0.71; Aufnahme – Katamnese: 0.61 vs. 0.38, siehe Abbildung 3).

5.1.2.2 Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese

Die 3-Jahres-Katamnese der KZT ergab für die Teilnehmer dieser Katamnese einen mittleren Beschwerdedruck von 23.8 (N = 61; s = 17.1). Die Varianzanalyse für Messwiederholung zeigte für KZT einen signifikanten Haupteffekt für den Messwiederholungsfaktor ($F_{(3)}$ = 15.46; p < .001). T-Tests für abhängige Stichproben ergaben einen signifikanten Unterschied im GBB-Beschwerdedruck bei Aufnahme zur 3-Jahres-Katamnese ($t_{(61)}$ = 6.45; p < .001). Keinen signifikanten Unterschied fand sich von der Entlassung (bzw. 1-Jahres-Katamnese) zur 3-Jahres-Katamnese. Die körperlichen Beschwerden blieben demnach zur 3-Jahres-Katamnese stabil (siehe Abbildung 4).

Es zeigte sich für die Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese (ebenso wie bei der 1-Jahres-Katamnese) kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Settings und den Messzeitpunkten.

Abbildung 4
Beschwerdedruck des GBB bei Aufnahme, Entlassung, 1-Jahres- und 3-Jahres-Katamnese für Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese getrennt für KZT und LZT



In der KZT lag die Effektstärke von der Aufnahme zur Entlassung bei 1.01 im oberen Bereich. Die Effektstärke nahm zur 1-Jahres-Katamnese ab (0.65) und zur 3-Jahres-Katamnese wieder zu (0.84). Auch in der LZT zeigte sich eine hohe Effektstärke (0.77) von der Aufnahme zur Entlassung. Von der Aufnahme zur 1-Jahres-Katamnese nahm die Effektstärke (0.38) auch hier ab und stieg zur 3-Jahres-Katamnese (0.52) wieder an. Wie beim GSI waren die Effektstärken des GBB für die KZT deutlich höher als für die LZT (siehe Abbildung 4).

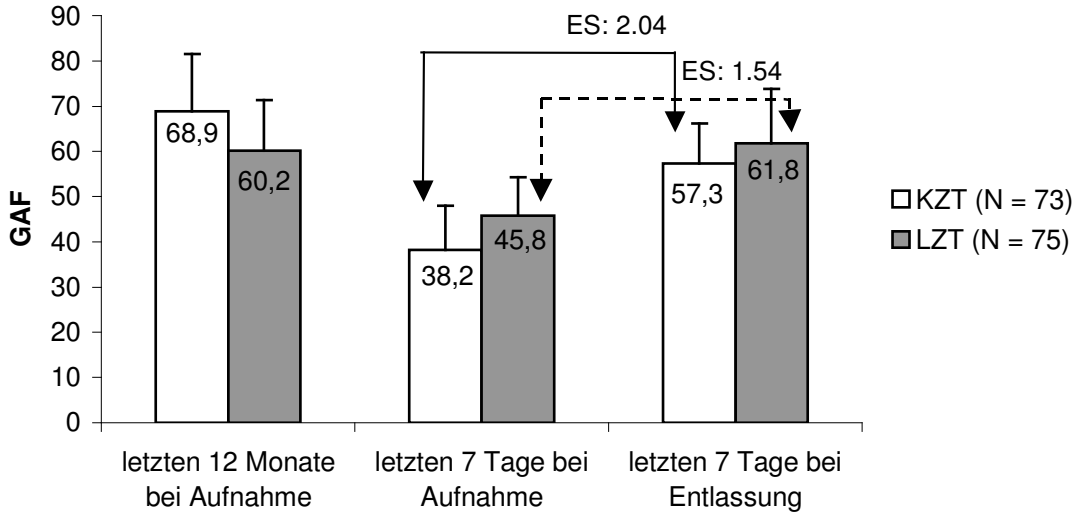
5.1.3 Fremdbeurteilung des Therapieerfolges

Neben dem GSI und dem GBB als Selbsteinschätzungsfragebögen wurde der GAF als Fremdeinschätzung durch die stationären Therapeuten erhoben.

Abbildung 5 zeigt das „Global Assessment of Functioning“ (GAF), das durch die stationären Therapeuten bei Aufnahme für die letzten 12 Monate und die letzten 7 Tage und bei Entlassung nur für die letzten 7 Tage eingeschätzt wurde.

Abbildung 5

„Global Assessment of Functioning“ (GAF) der letzten 7 Tage und der letzten 12 Monate bei Aufnahme und der letzten 7 Tage bei Entlassung getrennt für KZT und LZT



Wie die Abbildung zeigt, lag der durchschnittliche GAF für die letzten 7 Tage der KZT bei Aufnahme deutlich niedriger als für die letzten 12 Monate ($m_1 = 38.2$ $s_1 = 9.8$; $m_2 = 68.9$, $s_2 = 12.6$; $t_{(76)} = -22.0$; $p < .001$). Zur Entlassung nahm das GAF für die letzten 7 Tage signifikant zu (m_1=38.2, $s_1 = 9.8$; $m_3 = 57.3$, $s_3 = 8.9$; $t_{(72)} = -13.8$; $p < .001$), erreichte jedoch nicht das Niveau der letzten 12 Monate vor Aufnahme ($m_2 = 68.9$, $s_2 = 12.6$; $m_3 = 57.3$, $s_3 = 8.9$; $t_{(72)} = 7.2$; $p < .001$). Die Effektstärke von der Aufnahme zur Entlassung betrug 2.04.

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte für das GAF keine Wechselwirkung zwischen den Messzeitpunkten und den Behandlungssettings. Die Effektstärken der KZT waren auch beim GAF höher als die der LZT (Aufnahme – Entlassung: 2.04 vs. 1.54).

Für die letzten 12 Monate hatten Patienten der LZT einen GAF von 60.2 (s = 11.2) Damit war der GAF der letzten 12 Monate signifikant niedriger als in der KZT ($t_{(151.5)} = -4.55$; $p < .001$).

5.2 Patientenmerkmale als Prädiktoren für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

Der langfristige Therapieerfolg wurde durch den GSI der SCL-90-R bei der 1-Jahres-Katamnese operationalisiert. Ein langfristiger Therapieerfolg entspricht niedrigen Werten im GSI ein Jahr nach der Entlassung. Es wurde überprüft, ob sich Patienten mit bestimmten Merkmalen im GSI der 1-Jahres-Katamnese unterscheiden.

Unabhängig von den Hypothesen wurde geprüft, ob bestimmte soziodemographische Variablen einen Einfluss auf das langfristige Therapieergebnis hatten. Keinen Einfluss hatten das Alter, das Geschlecht, Familienstand und die Schulbildung. Beim Berufsabschluss zeigte sich ein tendenzieller Zusammenhang ($F_{(4)} = 2.16$; $p < .10$). Patienten ohne Ausbildung hatten tendenziell höhere GSI-Werte bei der 1-Jahres-Katamnese.

5.2.1 Komorbidität psychischer Diagnosen

Die **Hypothese 2.1** lautete, dass Patienten mit einer hohen Komorbidität psychischer Diagnosen langfristig ein schlechteres Therapieergebnis haben.

Insgesamt wurde in der KZT 35-mal eine psychische Diagnose, 37-mal zwei und 10-mal drei psychische Diagnosen nach ICD-10 vergeben. Eine Varianzanalyse für unabhängige Stichproben ergab tendenzielle Unterschiede zwischen den drei Gruppen (eine, zwei oder drei psychische Diagnosen: $m_1 = 0.60$, $s_1 = 0.61$; $m_2 = 0.74$, $s_2 = 0.57$; $m_3 = 1.13$, $s_1 = 0.79$; $F_{(2)} = 2.93$; $p < .10$). Anschließende t-Tests ergaben einen auf dem 5%-Niveau signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit einer psychischen Diagnose und Patienten mit drei psychischen Diagnosen ($t_{(43)} = -2.31$; $N = 82$; $p < .05$). Nach Bonferroni-Korrektur war dieser Unterschied jedoch nur noch als Tendenz zu werten. Die Hypothese wurde somit zurückgewiesen.

5.2.2 Komorbidität somatischer Diagnosen

Hypothese 2.2 besagte, dass Patienten mit zusätzlicher somatischer Diagnose ein schlechteres Therapieergebnis erzielen.

Insgesamt wurden in der KZT bei 26 Patienten (31.7%) somatische Diagnosen vergeben (16-mal eine somatische Diagnose und je 5-mal zwei bzw. drei somatische Diagnosen). Patienten mit somatischer Diagnose (m_1) hatten bei 1-Jahres-Katamnese keinen höheren Wert im GSI als Patienten ohne somatische Diagnose ($m_1 = 0.76$, $s_1 = 0.62$; $m_2 = 0.71$, $s_2 = 0.65$; $t_{(80)} = 0.38$, N = 82; n.s.). Die Hypothese wurde somit zurückgewiesen. Patienten mit zusätzlicher somatischer Diagnose profitierten nicht weniger von der Therapie.

Zu erwarten wären eventuell höhere Werte im Beschwerdedruck des GBB zur 1-Jahres-Katamnese. Aber auch hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

5.2.3 Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen

Mit **Hypothese 2.3** sollte untersucht werden, ob Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung weniger von der Therapie profitieren als Patienten ohne zusätzliche Persönlichkeitsstörungen.

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (PS) wurde nach ICD-10 vergeben. In der KZT wurde 16-mal (19.5%) die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt (2-mal als erste Diagnose, 10-mal als zweite Diagnose und 4-mal als dritte Diagnose). Als häufigste Diagnose wurde die einer emotional instabilen PS (F60.3) vergeben (8-mal), jeweils 2-mal wurde die Diagnose ängstlich vermeidende PS, sonstige spezifische PS (F60.8) und nicht näher bezeichnete PS (F60.9) vergeben. Je einmal wurde die Diagnose einer abhängigen PS (F60.7) und einer kombinierten PS (F61.0) gestellt.

Erwartet wurde, dass Patienten mit einer komorbiden PS höhere Werte im GSI bei 1-Jahres-Katamnese hatten als Patienten ohne PS. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Patienten mit komorbider PS hatten zur Katamnese einen durchschnittlichen GSI von 0.68 (s = 0.52) und Patienten ohne PS von 0.74 (s = 0.66). Die Werte unterschieden sich nicht signifikant ($t_{(28.4)} = -0.34$; N = 82; n.s.). Hypothese 2.3 wurde demnach zurückgewiesen.

5.2.4 Prämorbide Anpassung

Hypothese 2.4 besagte, dass Patienten mit geringer prämorbider Anpassung (GAF der letzten 12 Monate bei Aufnahme) weniger von der Therapie profitieren.

Die Einschätzungen des „Global Assessment of Functioning“ (GAF) nach DSM IV für die letzten 12 Monate durch die Therapeuten ist ein Maß für die prämorbide Anpassung vor der Aufnahme. Erwartet wurde ein negativer Zusammenhang zwischen den GAF–Werten der letzten 12 Monate bei Aufnahme und den Werten des GSI bei 1-Jahres-Katamnese. Ein solcher Zusammenhang konnte nicht gefunden werden. Die Hypothese wurde zurückgewiesen.

5.2.5 Krankheitsdauer

Mit der **Hypothese 2.5** wurde getestet, ob Patienten mit langer Krankheitsdauer ein schlechteres Therapieergebnis haben.

Angaben zur Dauer der Erkrankung (Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose bei Entlassung) lagen von 74 (89.2%) der 83 Patienten vor. Die mittlere Erkrankungsdauer lag bei 14.6 Monaten mit einer Standardabweichung von 28.8 Monaten (Range: 1 bis 180 Monate). Es ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen der Erkrankungsdauer und dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese ($r = .31$; $N = 74$; $p < .01$). Auch wenn man den GSI bei Aufnahme auspartialisiert blieb der Zusammenhang erhalten ($r = .35$; $N = 74$; $p < .01$). Die Hypothese 2.5 wurde damit bestätigt.

5.2.6 Interpersonale Probleme

Hypothese 2.6 testete, ob Patienten mit einem hohen Ausmaß an interpersonalen Problemen weniger von der Therapie profitieren.

Um den Zusammenhang zwischen den interpersonalen Problemen bei Aufnahme, gemessen mit dem IIP-D und dem langfristigen Therapieerfolg, zu untersuchen, wurden die Unterskalen und die Gesamtskala des IIP-D mit dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese korreliert (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9

Korrelation der IIP-D-Unterskalen und Gesamtskala mit dem GSI des SCL-90-R bei 1-Jahres-Katamnese (N = 83)

Skala des IIP-D	Korrelation mit dem GSI des SCL-90-R bei 1-Jahres-Katamnese	Signifikanz
autokratisch / dominant	.27	*
streitsüchtig / konkurrierend	.33	**
abweisend / kalt	.37	***
introvertiert / sozial vermeidend	.41	***
selbstunsicher / unterwürfig	.24	*
ausnutzbar / nachgiebig	.24	*
fürsorglich / freundlich	.26	*
expressiv / aufdringlich	.24	*
Mittel Interpersonaler Probleme	**.41**	***

* = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, korrelierten sämtliche Unterskalen des IIP-D und die Gesamtskala mit dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese. Der stärkste Zusammenhang fand sich bei Patienten mit hohen Werten auf den Skalen „abweisend / kalt“ und „introvertiert / sozial vermeidend“ sowie „streitsüchtig / konkurrierend“. Ebenfalls ein starker Zusammenhang bestand zwischen dem Gesamtwert interpersonaler Probleme und dem langfristigen Therapieerfolg. Somit hatten Patienten, welche vermehrt interpersonale Probleme angaben, ein schlechteres Therapieergebnis nach 12 Monaten. Die Hypothese wurde damit bestätigt.

5.2.7 Objektbeziehungen

Die **Hypothese 2.7** untersuchte, ob Patienten mit dysfunktionalen Objektbeziehungen weniger von der Therapie profitieren.

Um den Einfluss von Objektbeziehungen auf das Therapieergebnis zu untersuchen, wurden die Skalen und Objektbeziehungstypen des IPO mit dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese korreliert (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10

Korrelation der IPO Skalen und Objektbeziehungstypen mit dem GSI des SCL-90-R bei 1-Jahres-Katamnese (N = 68 – 74)

Skala des IPO	Korrelation mit dem GSI des SCL-90-R bei 1-Jahres-Katamnese	Signifikanz
Primitive Abwehr	.26	*
Identitätsdiffusion	.26	*
Realitätsprüfung	.17	n.s.
Qualität der Objektbeziehung	.24	*
Aggression	.36	**
Moralische Werte	.11	n.s.
Objektbeziehungstypen		
antisozial	.22	n.s.
depressiv-masochistisch	.18	n.s.
hysterisch	.15	n.s.
infantil	.46	***
narzisstisch	.22	n.s.
paranoid	.19	n.s.
schizoid	.32	**
zwanghaft	.17	n.s.
normal	-.22	n.s.

n.s. = nicht signifikant; * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Wie die Tabelle zeigt, korrelierten die Skalen „primitive Abwehr“ ($r = .26$; $p < .05$), „Identitätsdiffusion“ ($r = .26$; $p < .05$), „Qualität der Objektbeziehung“ ($r = .24$; $p < .05$)

und „Aggression“ ($r = .36$; $p < .01$) des IPO mit dem GSI bei Katamnese. Bei den Objektbeziehungstypen korrelierten der „infantile“ ($r = .46$; $p < .001$) und der „schizoide“ ($r = .32$; $p < .01$) Objektbeziehungstyp mit dem GSI 12 Monate nach Entlassung. Die anderen Objektbeziehungstypen hatten keinen Einfluss auf das langfristige Therapieergebnis. Die Hypothese wurde damit zum Teil bestätigt.

5.3 Die therapeutische Beziehung als Prädiktor für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

Die Frage, welchen Einfluss die therapeutische Beziehung auf das langfristige Therapieergebnis hat, wurde mit Hilfe der Skala Beziehungszufriedenheit des HAQ untersucht. Der HAQ wurde am Ende der Behandlung sowohl von den Patienten als auch von den behandelnden Therapeuten ausgefüllt. Die Einschätzungen der Patienten und Therapeuten wurden mit dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese korreliert.

5.3.1 Patienteneinschätzung

Hypothese 3.1 besagte, dass Patienten mit einer schlechten therapeutischen Beziehung (Patienteneinschätzung) weniger von der Therapie profitieren. Um diese Hypothese zu testen wurde die Skala Beziehungszufriedenheit des HAQ mit dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese korreliert. Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. Die Hypothese wurde damit zurückgewiesen.

5.3.2 Therapeuteneinschätzung

Hypothese 3.2 untersuchte, ob Patienten mit einer schlechten therapeutischen Beziehung (Therapeuteneinschätzung) weniger von der Therapie profitieren. Die Einschätzungen der Therapeuten zur Beziehungszufriedenheit des HAQ korrelierten nicht mit dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese. Die Hypothese wurde zurückgewiesen.

5.4 Der Einfluss positiver oder negativer Veränderungen im Katamnesezeitraum auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

5.4.1 Negative berufliche oder private Veränderungen

Hypothese 4.1 lautete, dass Patienten mit belastenden beruflichen oder privaten Veränderungen im ersten Jahr nach Entlassung langfristig ein schlechteres Therapieergebnis haben.

Bei der 1-Jahres-Katamnese wurden die Teilnehmer nach positiven und negativen beruflichen und privaten Veränderungen in den letzten 12 Monaten gefragt. Dann wurde mit Hilfe eines t-Tests für unabhängige Stichproben geprüft, ob Teilnehmer mit negativen beruflichen oder privaten Veränderungen einen niedrigeren GSI bei Katamnese hatten als Teilnehmer, die keine negativen Veränderungen im Katamnesezeitraum angaben. Negative private Veränderungen (z.B. Trennung, Krankheit, Todesfall) gaben 37 (45.1%) der Studien-Teilnehmer an. 23 Teilnehmer (28.0%) gaben an, in den letzten 12 Monaten negative berufliche Veränderungen (z.B. Arbeitsplatz verloren, Abmahnungen) erlebt zu haben.

Tabelle 11

Negative private und berufliche Veränderungen im Katamnesezeitraum im Zusammenhang mit dem GSI bei 1-Jahres Katamnese

		N	GSI bei 1-Jahres-Katamnese m (s)	t-Test	Sign.
negative private Veränderungen in den letzten 12 Monaten	ja	37	0.87 (0.72)	$t_{(80)}$= 1.81	t
	nein	45	0.62 (0.54)		
negative berufliche Veränderungen in den letzten 12 Monaten	ja	23	1.15 (0.94)	$t_{(24.5)}$= 2.90	**
	nein	59	0.57 (0.36)		

t = p < .10; ** = p < .01

Wie Tabelle 11 zu entnehmen ist, hatten Studien-Teilnehmer, die negative berufliche Veränderungen angaben (m_1), signifikant höhere Werte im GSI bei 1-Jahres-Katamnese

($m_1 = 1.15$, $s_1 = 0.94$; $m_2 = 0.57$, $s_2 = 0.36$; $t_{(24.5)} = 2.90$; $p < .01$) als die übrigen Studien-Teilnehmer. Auch nach Bonferroni-Korrektur bleibt der Zusammenhang signifikant.

Teilnehmer mit negativen Veränderungen im privaten Bereich hatten tendenziell höhere GSI-Werte bei Katamnese ($m_1 = 0.87$, $s_1 = 0.72$; $m_2 = 0.62$, $s_2 = 0.54$; $t_{(80)} = 1.81$; $p < .10$) als Teilnehmer ohne negative Veränderungen.

Die Hypothese wurde damit zum Teil angenommen. Schwierige Situationen im Beruf nach der Entlassung wirken sich negativ auf den langfristigen Therapieerfolg aus.

Nach diesen Ergebnissen wurde weiter getestet, ob bei Studien-Teilnehmern mit negativen privaten oder beruflichen Veränderungen auch vermehrt interpersonale Probleme und Probleme in den Objektbeziehungsmustern bei Aufnahme vorhanden waren. Zu diesem Zweck wurden explorativ t-Tests für unabhängige Stichproben für die Skalen des IIP-D und IPO gerechnet. Nachfolgend werden alle Ergebnisse auf dem 5%-Niveau dargestellt, wobei alle Ergebnisse nach Bonferroni-Korrektur nur noch als Tendenz zu werten sind. Teilnehmer mit negativen Veränderungen im privaten Bereich zeigten keine Unterschiede im IIP-D oder IPO im Vergleich zu anderen Studien-Teilnehmern. Für Teilnehmer mit negativen beruflichen Veränderungen fanden sich keine Unterschiede im IIP-D. Im IPO zeigten sich jedoch Unterschiede in den Skalen: „primitive Abwehr“ ($m_1 = 2.55$, $s_1 = 0.60$; $m_2 = 2.20$, $s_2 = 0.47$; $t_{(70)} = 2.57$; $p < .05$), „Identitätsdiffusion“ ($m_1 = 2.75$, $s_1 = 0.54$; $m_2 = 2.44$, $s_2 = 0.56$; $t_{(69)} = 2.12$; $p < .05$), „infantiler Objektbeziehungstyp“ ($m_1 = 2.58$, $s_1 = 0.61$; $m_2 = 2.25$, $s_2 = 0.51$; $t_{(70)} = 2.25$; $p < .05$), „narzisstischer Objektbeziehungstyp“ ($m_1 = 2.24$, $s_1 = 0.35$; $m_2 = 2.00$, $s_2 = 0.46$; $t_{(42.5)} = 2.24$; $p < .05$), „schizoid“ ($m_1 = 3.06$, $s_1 = 0.61$; $m_2 = 2.58$, $s_2 = 0.62$; $t_{(71)} = 2.98$; $p < .01$) und „Aggression“ ($m_1 = 1.79$, $s_1 = 0.35$; $m_2 = 1.60$, $s_2 = 0.30$; $t_{(71)} = 2.31$; $p < .05$).

5.4.2 Positive berufliche oder private Veränderungen

Hypothese 4.2 testete, ob Patienten mit positiven beruflichen oder privaten Veränderungen im Katamnesezeitraum langfristig ein besseres Therapieergebnis haben.

Positive private und berufliche Veränderungen hatten, entgegen der Hypothese, keinen Effekt auf das Therapieergebnis nach 12 Monaten.

5.4.3 Partnerschaft und soziale Einbindung

Zusätzlich zu den Hypothesen wurde geprüft, ob eine Trennung vom Partner im Katamnesezeitraum, eine feste Partnerschaft oder das Vorhandensein einer vertrauten Person Einfluss auf das Therapieergebnis nach 12 Monaten hatten.

Tabelle 12

Partnerschaft, Trennung vom Partner oder das Vorhandensein einer vertrauten Person im Zusammenhang mit dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese

		N	GSI bei 1-Jahres-Katamnese m (s)	t-Test	Sign.
Partnerschaft	ja	50	0.73 (0.62)	$t_{(80)} = 0.21$	n.s.
	nein	32	0.70 (0.67)		
Trennung vom Partner in den letzten 12 Monaten	ja	23	0.68 (0.51)	$t_{(77)} = -0.13$	n.s.
	nein	56	0.70 (0.61)		
vertraute Person	ja	72	0.65 (0.56)	$t_{(11.3)} = -2.14$	t
	nein	11	1.22 (0.86)		

n.s. = nicht signifikant; t = $p < .10$

Es zeigte sich, dass Teilnehmer, die keine vertraute Person hatten (N = 11) tendenziell höhere Werte im GSI bei 1-Jahres-Katamnese hatten als Teilnehmer, die angaben, eine solche Person zu haben ($m_1 = 1.22$, $s_1 = 0.86$; $m_2 = 0.65$, $s_2 = 0.56$; $t_{(11.3)} = -2.14$; $p < .10$). Keinen Einfluss hatte das Bestehen einer festen Partnerschaft oder eine Trennung in den letzten 12 Monaten (siehe Tabelle 12).

Ebenso wie bei negativen beruflichen und privaten Veränderungen wurde bei dem Vorhandensein einer vertrauten Person explorativ nach Unterschieden in den Skalen des IIP-D und IPO gesucht. Hier fanden sich keine Unterschiede im IPO, jedoch im IIP-D. Personen, die angaben, keine vertraute Person zu haben, hatten bei Aufnahme höhere Werte auf den Skalen „streitsüchtig / konkurrierend“ ($m_1 = 11.73$, $s_1 = 6.62$; $m_2 = 7.59$, $s_2 = 5.27$; $t_{(81)} = 2.34$; $p < .05$), „abweisend / kalt“ ($m_1 = 13.91$, $s_1 = 6.71$; $m_2 = 9.05$, $s_2 = 6.26$; $t_{(81)} = 2.37$; $p < .05$), „introvertiert / sozial vermeidend“ ($m_1 = 19.18$, $s_1 = 7.99$; $m_2 = 13.86$, $s_2 = 6.64$; $t_{(81)} = 2.41$; $p < .05$) und im Gesamtwert des IIP-D ($m_1 = 1.88$, $s_1 = 0.62$; $m_2 = 1.53$, $s_2 = 0.51$; $t_{(81)} = 2.12$; $p < .05$).

5.4.4 Regressionsanalysen

5.4.4.1 Kurzzeit-Therapie

Zusätzlich zu den Hypothesen wurde eine multivariate Regressionsanalyse mit schrittweiser Einführung der Variablen durchgeführt, um den multivariaten Zusammenhang der Prädiktoren mit dem Kriterium Therapieerfolg (GSI) bei Katamnese zu untersuchen. Von den soziodemographischen Variablen wurden Alter und Geschlecht eingeschlossen und von den anderen Variablen diejenigen, die in univariaten Tests signifikant mit dem Kriterium zusammenhingen.

Wie Tabelle 13 zeigt, waren ein infantiles Objektbeziehungsmuster (eine Tendenz, inkonsistent und schwankend zu sein und der Versuch, anderen gefallen zu wollen, die als unkontrollierbar und unvorhersehbar erlebt werden), introvertierte und sozial-vermeidende Züge bei Aufnahme, eine lange Krankheitsdauer, das Fehlen einer vertrauten Person und negative berufliche Ereignisse während der Katamnese negative Prädiktoren für den langfristigen Erfolg einer stationären KZT. Mit diesen fünf Variablen konnten 47% der Varianz des GSI 12 Monate nach Entlassung erklärt werden.

Tabelle 13

Prädiktoren für den Behandlungserfolg einer KZT

Prädiktoren	**Beta** [1)]	**Sign.**	**R**	**R^2**
IPO infantiler Objektbeziehungstyp (Aufnahme)	*.207*	*.022*		
negative berufliche Ereignisse während der Katamnese	*.354*	*.000*		
IIP introvertiert / sozial vermeidend (Aufnahme)	*.282*	*.002*		
Erkrankungsdauer[2)]	*.297*	*.000*		
keine vertraute Person (Katamnese)	*-.207*	*.016*	.71	.47

[1)] Multiple Regressionsanalyse (schrittweise; missings durch Mittelwerte ersetzt); $F_{(5)} = 15.57$; $p < .001$;
[2)] Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose

Auffällig ist, dass 2 der 5 Prädiktoren für den langfristigen Therapieerfolg Ereignisse im Katamnesezeitraum darstellen. Um die „reinen“ Aufnahmevariablen hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes zu testen, wurde eine Regression mit den Variablen bei Aufnahme gerechnet, die einen signifikanten Zusammenhang zum Therapieerfolg zeigten.

Tabelle 14

Prädiktoren für den Behandlungserfolg einer KZT: nur Aufnahmevariablen

Prädiktoren	**Beta [1)]**	**Sign.**	**R**	**R^2**
IPO infantiler Objektbeziehungstyp (Aufnahme)	*.325*	*.001*		
Erkrankungsdauer[2)]	*.303*	*.001*		
IIP introvertiert / sozial vermeidend (Aufnahme)	*.302*	*.002*	.59	.35

[1)] Multiple Regressionsanalyse (schrittweise; missings durch Mittelwerte ersetzt); $F_{(3)} = 14.28$; $p < .001$;
[2)] Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose

Wie Tabelle 14 zeigt, lassen sich durch Aufnahmevariablen 35% der Varianz des Therapieerfolgs nach 12 Monaten aufklären. Prädiktoren sind wiederum ein infantiler Objektbeziehungstyp, introvertiertes und sozial vermeidendes Interaktionsmuster und eine lange Krankheitsdauer.

5.4.4.2 Langzeit-Therapie

Ein ähnliches Ergebnis zeigte die multiple Regression für Patienten der Langzeit-Therapie. Auch hier wurden Variablen, die univariat einen signifikanten Zusammenhang zum langfristigen Therapieergebnis hatten, zusammen mit Alter und Geschlecht auf ihre multivariaten Zusammenhänge getestet (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15

Prädiktoren für den Behandlungserfolg einer LZT

Prädiktoren	**Beta [1)]**	**Sign.**	**R**	**R^2**
IPO infantiler Objektbeziehungstyp (Aufnahme)	*.348*	*.000*		
Keine vertraute Person (Katamnese)	*-.286*	*.000*		
IPO Aggression (Aufnahme)	*.198*	*.029*		
fester Partner (Katamnese)	*.251*	*.001*		
IIP abweisend / kalt (Aufnahme)	*.348*	*.000*	.82	.67

[1)] Multiple Regressionsanalyse (schrittweise, missings durch Mittelwerte ersetzt); $F_{(5)} = 30.69$; $p < .001$

Wie in Tabelle 15 zu sehen ist, waren auch in der LZT ein infantiles Objektbeziehungsmuster und das Fehlen einer vertrauten Person negative Prädiktoren für den langfristigen Therapieerfolg einer stationären LZT. Zudem waren ein fester Partner und hohe Werte bei Aufnahme in den Skalen „Aggression“ (IPO) und „abweisend / kalt“ (IIP-D) negative Prädiktoren für den Therapieerfolg. Mit diesen fünf Variablen konnten für die LZT 67% der Varianz des GSI 12 Monate nach Entlassung erklärt werden.

Auch für die LZT wurde eine Regressionsanalyse unter alleinigem Einschluss der Aufnahmevariablen gerechnet.

Tabelle 16

Prädiktoren für den Behandlungserfolg einer LZT: nur Aufnahmevariablen

Prädiktoren	**Beta [1)]**	**Sign.**	**R**	**R^2**
IPO infantiler Objektbeziehungstyp (Aufnahme)	*.289*	*.008*		
IIP Mittel interpersonaler Probleme (Aufnahme)	*.354*	*.000*		
IPO Realitätsprüfung (Aufnahme)	*.219*	*.032*	.72	.51

[1)] Multiple Regressionsanalyse (schrittweise; missings durch Mittelwerte ersetzt); $F_{(3)} = 27.47$; $p < .001$;

In der LZT lassen sich durch „reine“ Aufnahmevariablen 51% der Varianz des Therapieerfolgs nach 12 Monaten aufklären (siehe Tabelle 16). Prädiktoren sind ein infantiler Objektbeziehungstyp, maladaptive Interaktionsmuster und hohe Werte auf der Skala Realitätsprüfung (Patienten mit hohen Werten auf dieser Skala haben Probleme ihre Wahrnehmung mit der Realität abzugleichen, es kann zu Wahrnehmungsverzerrungen und sogar Halluzinationen kommen).

5.5 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach stationärer Kurzzeit-Therapie und Langzeit-Therapie

Hypothese 5.1 besagte, dass Patienten einer stationären KZT ein Jahr nach Ende der stationären Behandlung gleich viel ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen wie Patienten einer stationären LZT.

Um diese Hypothese zu testen, wurden die Patienten bei 1-Jahres-Katamnese befragt, ob sie in den letzten 12 Monaten eine ambulante Psychotherapie (PT) in Anspruch genommen haben. Dabei wurde unterschieden, ob keine PT wahrgenommen wurde, sofort oder später mit einer PT begonnen wurde oder eine PT fortgesetzt wurde. Die Mehrzahl (39.6%) der Studien-Teilnehmer hat sofort (innerhalb von 4 Wochen) nach Entlassung mit einer ambulanten PT begonnen. 23.2% haben keine PT gemacht und 18.3% haben später (im Durchschnitt 12 Wochen nach Entlassung) mit einer PT begonnen. 18.9% haben ihre vor dem stationären Aufenthalt begonnene PT fortgesetzt (siehe Tabelle 17).

Im Durchschnitt haben die Patienten 29.3 Wochen ambulante Therapie in Anspruch genommen (s = 18.4; min: 1, max: 52).

Tabelle 17

Ambulante Psychotherapie (PT) im Jahr nach stationärer KZT und LZT

	Gesamt N (%)	**KZT N (%)**	**LZT N (%)**	**Chi²-Test**	**Sign.**
keine ambulante PT	38 (23.2)	18 (21.7)	20 (24.7)	$Chi^2_{(3)} = 4.97$	n.s.
unmittelbar nach (innerhalb von 4 Wochen) Entlassung PT	65 (39.6)	34 (41.0)	31 (38.3)		
PT nach (m = 12) Wochen begonnen	30 (18.3)	11 (13.3)	19 (23.5)		
bereits vorher begonnene PT fortgeführt	31 (18.9)	20 (24.1)	11 (13.6)		

Wie Tabelle 17 zeigt, unterschieden sich KZT und LZT nicht in der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach Entlassung. Die Hypothese wurde damit angenommen. Auch in der Dauer ambulanter Psychotherapie fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Settings.

5.6 Prädiktoren für die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach Entlassung

Die Hypothesen 6.1 a bis c testeten, ob Patienten, die keine poststationäre ambulante Therapie in Anspruch nehmen, eine bessere prämorbide Anpassung haben. Um die Hypothesen 6.1 a bis c zu prüfen wurden Patienten, die ein Jahr nach Entlassung keine ambulante Therapie in Anspruch genommen haben, mit den Patienten verglichen, die sofort oder später eine ambulante Therapie begannen oder ihre bereits vor der stationären Behandlung begonnene Therapie fortsetzten. Als Maß für die prämorbide Anpassung wurden das GAF für die letzten 12 Monate, der GSI des SCL-90-R und die Erkrankungsdauer verwendet.

Es zeigten sich in diesen Variablen keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Hypothesen 6.1 a bis c wurden zurückgewiesen.

5.7 Einfluss ambulanter Psychotherapie auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

Die Hypothese 7.1 vermutete, dass Patienten, die eine ambulante Nachbehandlung wahrnahmen sich hinsichtlich des langfristigen Therapieerfolges nicht von Patienten unterscheiden, die keine anschließende Psychotherapie machten. Um diese Hypothese zu untersuchen wurden t-Tests für den GSI bei 1-Jahres-Katamnese gerechnet. Unabhängige Variable war, ob die Patienten eine ambulante Therapie im Katamnesezeitraum wahrgenommen hatten oder nicht. Es zeigten sich keine Unterschiede für Patienten mit (m_1 = 0.77, s_1 = 0.68) und ohne (m_2 = 0.57, s_2 = 0.37, $t_{(52.7)}$ = 1.68, n.s.) ambulanter Nachbehandlung. Es zeigte sich auch kein signifikantes Ergebnis in Abhängigkeit davon, wann die Patienten ihre ambulante Therapie begonnen haben, oder ob sie eine ambulante Psychotherapie fortsetzten ($F_{(3)}$ = 1.32, n.s.). Die Hypothese wurde damit angenommen.

6. Diskussion

Bisher fehlen fundierte klinische Studien zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer KZT. Der Einfluss der Länge einer stationären Psychotherapie auf die Effektivität wurde in früheren Studien kaum beachtet. In dieser Studie werden erstmals die kurz- und langfristigen Ergebnisse einer stationären psychodynamischen KZT dargestellt und mit denen einer stationären LZT verglichen. Studien zur stationären Psychotherapie haben bisher zumeist einmalige Nachbefragungen mit einem Abstand zur Entlassung von sechs bis 12 Monaten durchgeführt. Erstmals wurde die Effektivität einer stationären KZT über drei Jahre mit insgesamt vier Messzeitpunkten erhoben. So, dass auch Aussagen über die langfristige Stabilität getroffen werden können. Poststationäre ambulante Therapie und Ereignisse im Katamnesezeitraum wurden bisher nicht oder nur unzureichend erfasst. In der vorliegenden Studie wurden diese Daten erhoben und in die Ergebnisinterpretation miteinbezogen. Zudem wurden Prädiktoren für das Therapieergebnis gesucht.

6.1 Kurz- und langfristige Effekte einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie unter klinischen Bedingungen

Die erste Fragestellung untersuchte, welche kurz- und langfristigen Effekte eine stationäre psychodynamische KZT hat. Um diese Frage zu beantworten wurde eine prospektive Studie zur Effektivität (Effectiveness) durchgeführt. Die Daten wurden bei Aufnahme und Entlassung in einem klinischen Setting erhoben und es wurden zwei postalische Nachbefragungen (1-Jahres- und 3-Jahres-Katamnese) durchgeführt. Als Maß für den Therapieerfolg wurde als Hauptzielgröße die Selbsteinschätzung der Patienten der Global Severity Index (GSI) der Symptom-Check-Liste (Franke 1995, SCL-90-R) verwandt. Zudem wurde die Skala Beschwerdedruck des Gießener Beschwerdebogens (Brähler & Scheer 1995, GBB-24) und als Fremdbeurteilungsinstrument das „Global Assessment of Functioning“ (Saß et al. 1996, GAF) durch die Therapeuten erhoben. Insbesondere der GSI gilt als valides Instrument zur Erfassung des Therapieerfolges und wurde schon in vielen Studien in diesem Sinne eingesetzt (Franz et al. 2000, Sack et al. 2003, Klages 2002, Mestel et al. 2000, Nosper 1999, Junge & Ahrens 1996, Free et al. 1985). Die Effektstärke

des GSI lag in der KZT von der Aufnahme bis zur Entlassung bei 1.14 und von der Aufnahme zur 1-Jahres-Katamnese bei .95. Für die Teilnehmer der 3-Jahres-Katamnese wurde eine Effektstärke von 1.17 von der Aufnahme zur 3-Jahres-Katamnese gefunden. Die Effektstärken sind als hoch einzuschätzen. Während bei der Aufnahme noch über 80% im pathologischen Symptombereich lagen, waren es bei Entlassung und den beiden Katamnesen nur noch zwischen 34% und 37%. Nur in seltenen Fällen kam es zur einer Verschlechterung der Symptomatik.

Die Effektstärken des Beschwerdedrucks des GBB-24 lagen unter denen des GSI. Sie betrugen in der KZT 1.03 von der Aufnahme zur Entlassung, .61 zur 1-Jahres-Katamnese und .84 zur 3-Jahres-Katamnese. Sie sind als hohe bis mittlere Effekte[5] zu werten. Auffällig war hier, dass der Behandlungseffekt im Bereich der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Beschwerden langfristig nicht so stabil zu sein scheint. Dies zeigte sich in erhöhten Werten des GBB zur 1-Jahres-Katamnese, welche sich aber zur 3-Jahres-Katamnese wieder reduzierten und sich nicht mehr signifikant von den Entlassungswerten unterschieden.

Ein guter Therapieerfolg der Patienten spiegelte sich auch in den Therapeuteneinschätzungen der GAF-Werte wider. Hier zeigte sich von der Aufnahme bis zur Entlassung ein Anstieg im allgemeinen Funktionsniveau der Patienten. Die Effektstärke war mit 2.04 erstaunlich hoch. Die Therapeuten scheinen den Behandlungserfolg optimistischer einzuschätzen als die Patienten. Einen ähnlichen Befund berichten Mestel et al. (2000). Auch sie fanden eine sehr große Effektstärke für das GAF. Eine methodische Erklärung für die hohen Effekte des GAF könnte in der geringen Standardabweichung der Therapeuteneinschätzungen liegen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Therapeutenbeurteilungen weniger differenziert sind als die Wahrnehmungen der Patienten.

Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe wurden neben den Daten der KZT auch die Ergebnisse einer stationären LZT dargestellt. In der LZT zeigten sich deutlich niedrigere Effektstärken zwischen .43 und .86 für den GSI und .38 bis .77 für den GBB.

Es scheint erstaunlich, dass stationäre KZT bei gleicher Inanspruchnahme ambulanter Nachsorge (siehe 5.5 und 6.5) höhere Effekte erzielte, als stationäre LZT. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich um verschiedene Patientenkollektive handelte.

[5] mittlere Effektstärken ab .50, hohe Effektstärken ab .80 (Bortz & Döring 2002)

So waren KZT-Patienten kürzer erkrankt, hatten häufiger Anpassungs- und Belastungsstörungen, seltener zusätzliche somatische Diagnosen oder Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung. Dies ergab sich daraus, dass die Patienten der KZT in der Regel nach bestimmten Indikationskriterien zugeteilt wurden (siehe 2.2.1 und 4.1.1). Die in der KZT akuteren und weniger chronifizierten Krankheitsbilder haben eventuell eine größere Rückbildungstendenz. Die hohen Effektstärken erklären sich zum Teil auch daraus, dass die Patienten mit einer akuten Symptomatik in die stationäre Behandlung kamen.

Die für die KZT und LZT gefundenen Effektstärken sind vergleichbar denen der großen Metaanalysen (z.B. Grawe et al. 1994, Shapiro & Shapiro 1982, Smith et al. 1980) und denen, die Studien in stationären Settings berichteten (Franz et al. 2000, Sack et al. 2003, Mestel et al. 2000). Die Effektstärken sind auch mit denen aus Efficacy-Studien vergleichbar. Dies entspricht dem Ergebnis von Shadish et al. (1997) und Shadish et al. (2000), die keine Unterschiede in den Ergebnissen von Effectiveness und Efficacy-Studien feststellen konnten. Dieses Ergebnis stützt zudem die Befunde von Crits-Christoph (1992) und Anderson und Lambert (1995), welche in ihren Metaanalysen zu dem Ergebnis kamen, dass KZT in ihrer Wirkung vergleichbar sind mit anderen Therapien. Diese Ergebnisse bezogen sich allerdings auf ambulant durchgeführte KZT.

Erfreulich war, dass der Therapieerfolg auch drei Jahre nach Entlassung stabil war, da bisher kaum Studien mit solch langen Katamnesezeiträumen existieren. Bei der Interpretation des langfristigen Therapieerfolgs ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Zeit nach Entlassung viele therapeutische Angebote genutzt wurden (siehe 5.5 und 6.5).

Da keine Kontrollgruppe (im Sinne von unbehandelten oder mit Placebo behandelten Patienten) vorhanden war, könnte es sein, dass die reinen Behandlungseffekte etwas niedriger liegen (Grawe et al. 1994).

6.2 Patientenmerkmale als Prädiktoren für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

Bei der zweiten Fragestellung wurde nach Patientenvariablen als Prädiktoren für einen langfristigen Therapieerfolg bzw. -misserfolg gesucht. Hier wurden verschiedene, in der Literatur als Prädiktoren berichtete Variablen von Patienten auf ihren Zusammenhang mit dem Therapieergebnis ein Jahr nach der Entlassung getestet (Diagnose, Symptomschwere,

maladaptive Beziehungsmuster). Als erstes wurde der Einfluss von Komorbidität untersucht. Die Komorbidität wird dabei auch als schwerere Symptomatik verstanden. Die Ergebnisse der Literatur hierzu sind inkonsistent. Einige Autoren berichteten schlechtere Therapieergebnisse z.B. bei zusätzlicher somatischer Diagnose (Fliege et al. 2002) oder höherer Schwere der Symptomatik (Garfield 1994, Mohr 1995). Andere Autoren konnten einen solchen Zusammenhang nicht finden (Joyce & Piper 1998, Shapiro et al. 1994). In dieser Arbeit wurde erwartet, dass Patienten mit hoher Komorbidität psychischer und somatischer Diagnosen weniger von der Therapie profitierten. Diese Vermutung fand keine Bestätigung. Komplexere Störungen (im Sinne hoher Komorbidität) scheinen kein Hinderungsgrund für eine KZT zu sein.

Dies zeigte sich auch in den Ergebnissen zu Persönlichkeitsstörungen. Patienten mit zusätzlicher Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zeigten keinen schlechteren Therapieerfolg. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu einigen Ergebnissen der Literatur (Clarkin & Levy 2004, McDermut & Zimmermann 1998, AuBuchon & Maleatesta 1994, Rossiter et al. 1993, Cooper et al. 1994, Andreoli et al. 1993, Shea et al. 1990), die schlechteren Therapieerfolg bei Patienten mit zusätzlichen Persönlichkeitsstörungen berichteten. Allerdings entspricht es den Ergebnissen von Mohr (1995), Greenberg et al. (1995), Ilardy, Craighead und Evans (1997), Hardy et al. (1995) sowie Leibbrand et al. (1998), die keinen bzw. nur bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis finden konnten.

Auffällig war, dass in der KZT relativ wenige Persönlichkeitsstörungen und bei keinem Patienten zwei Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden. Dies ist ungewöhnlich, da in vielen Studien eine hohe Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen berichtet wurde (Marinangeli et al. 2000, Widinger et al. 1991, Oldham et al. 1995, Bronisch 1992). Erklärung hierfür könnte erneut sein, dass die Patienten in der KZT bereits nach bestimmten Kriterien ausgewählt wurden. So finden sich Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung eher in langzeit-therapeutischer Behandlung. Ein weiterer Grund könnte sein, dass man in einer KZT (aufgrund der begrenzen Beobachtungszeit) mit der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen eher vorsichtig ist.

Als weiterer Prädiktor für langfristigen Therapieerfolg wurde die prämorbide Anpassung getestet. Hier wurde das „Global Assessment of Functioning“ (GAF) der letzten 12 Monate als Maß der Anpassung verwendet. Das GAF leistete keinen Beitrag zur Vorhersage des langfristigen Therapieerfolges.

Eine längere Krankheitsdauer und damit eine Chronifizierung der Beschwerden wirkte sich negativ auf den Therapieerfolg aus. Chronisch Kranke profitierten weniger von dem Behandlungskonzept einer KZT. Dies ist vor allem deswegen interessant, weil in der LZT kein Zusammenhang von Krankheitsdauer und Therapieerfolg gefunden wurde. Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass Patienten mit einer langen Leidensgeschichte auch länger Therapie brauchen.

Nachfolgend wurden Prädiktoren für das Therapieergebnis im Bereich interpersonaler Probleme, gemessen mit dem Inventar Interpersonaler Probleme (Horowitz et al. 2000, IIP-D) und in den Objektbeziehungsmustern, gemessen mit dem Inventar der Persönlichkeitsorganisation (Dammann et al. 2000, IPO), getestet. In der Literatur zeigte sich relativ konstant, dass Probleme im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen zu schlechteren Therapieergebnissen führten (Piper et al. 1985, 1991, 1994, Joyce & Piper 1998, Mohr 1995, Eckert & Strauss 1993, Mohr et al. 1990). In dieser Arbeit fand sich ebenfalls ein Zusammenhang zwischen interpersonalen Problemen und schlechterem Therapieergebnis. Vor allem Patienten, die sich als introvertiert, abweisend und konkurrierend beschrieben, hatten langfristig ein schlechteres Therapieergebnis. Auch ein infantiles, unsicheres oder schizoides und aggressives Verhalten war mit dem langfristigen Therapieergebnis negativ korreliert.

Diese Ergebnisse sprechen wie frühere Studien dafür, dass Patienten mit maladaptiven Beziehungsmustern Psychotherapie weniger für sich nutzen können. Da besonders im stationären Rahmen ein Schwerpunkt auf Gesprächen in Gruppen und unter Mitpatienten liegt, scheint dies nicht verwunderlich. Dieses Setting erfordert ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten. Zu fragen wäre, wie man Patienten mit interpersonalen Problemen rechtzeitig erkennen und im stationären Setting gezielter auf ihre Beziehungsprobleme eingehen könnte. Eine Möglichkeit wäre, im Sinne einer „Skill-Gruppe“ ein Training sozialer Kompetenzen und kommunikativer Fähigkeiten anzubieten.

In einigen Studien war der Zusammenhang zwischen Problemen in der Beziehungsfähigkeit und dem Therapieerfolg durch die therapeutische Allianz moderiert (Pavio & Bahr 1998, Moras & Strupp 1982). Dies war in dieser Studie nicht der Fall (siehe 6.3).

6.3 Die therapeutische Beziehung als Prädiktor für das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

Die dritte Fragestellung untersuchte den Einfluss der therapeutischen Beziehung auf das langfristige Therapieergebnis. Die therapeutische Beziehung gilt als einer der gesicherten Prädiktoren für den Therapieerfolg, wenn auch mit geringen Effekten (Grawe et al. 1994, Horvath & Symonds 1991, Beutler et al. 2004, Luborsky, McLellan & Woody 1985, Joyce & Piper 1998). In dieser Studie konnte kein Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und dem Therapieerfolg gefunden werden. Weder die Patienten- noch die Therapeuteneinschätzungen der Beziehungszufriedenheit, gemessen mit dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ, Bassler et al. 1995), korrelierten mit dem Therapieergebnis. Der fehlende Zusammenhang könnte dadurch erklärt werden, dass die therapeutische Beziehung in den vier Behandlungswochen der stationären KZT nicht den gleichen Stellenwert hat wie in einer länger dauernden stationären Behandlung oder ambulanten Therapie. Dies könnte einmal mit der kürzeren Behandlungsdauer zusammenhängen, zum anderen mit dem Behandlungssetting. Das Behandlungssetting dieser Studie bestand aus einem multimodalen Angebot, wo neben dem Bezugstherapeuten andere Bezugspersonen, wie z.B. Mitpatienten, Pflegepersonal, Musik- und Körpertherapeuten, vorhanden waren. Zudem war die therapeutische Gruppe ein wichtiger Behandlungsbaustein. Diese Faktoren könnten den - in der Literatur ohnehin als eher gering eingeschätzten - Effekt der therapeutischen Beziehung reduzieren.

6.4 Der Einfluss positiver oder negativer Veränderungen im Katamnesezeitraum auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

In der vierten Fragestellung wurde nach Ereignissen im Katamnesezeitraum gesucht, welche einen Einfluss auf das langfristige Therapieergebnis haben könnten. Hierzu lagen keine Ergebnisse aus der Literatur vor. Es wurde jedoch vermutet, dass negative Veränderungen neue Krisen auslösen und positive Veränderungen als schützende Faktoren wirken könnten. Es zeigte sich, dass sich negative berufliche Veränderungen im Katamnesezeitraum ungünstig auf den langfristigen Therapieerfolg auswirkten. Dieses Ergebnis spricht dafür, Patienten während der stationären Therapie darauf vorzubereiten - im Sinne von Problemlösekompetenzen - mit schwierigen beruflichen Situationen

umzugehen. Auffallend war hier, dass Teilnehmer mit negativen beruflichen Veränderungen in einer explorativen Auswertung auch mehr Probleme in ihren Objektbeziehungen angaben. Hier könnte vermutet werden, dass diese Patienten aufgrund ihrer dysfunktionalen Objektbeziehungsmuster sowohl Schwierigkeiten mit der Therapie hatten als auch schneller im beruflichen Bereich Probleme bekamen.

Positive private oder berufliche Veränderungen hatten keinen Einfluss auf das Therapieergebnis und scheinen demnach keine protektiven Faktoren zu sein.

Weiter haben wir im Katamnesezeitraum nach Prädiktoren in den sozialen Netzwerken der Patienten gesucht, z.B. Vorhandensein einer Partnerschaft, Trennung nach Entlassung, Vorhandensein einer engen Bezugsperson. Dabei zeigte sich, dass das Fehlen einer vertrauten Person im Katamnesezeitraum in der Tendenz negativ mit dem Therapieergebnis zusammenhing. Bei Studien-Teilnehmern, die angaben, keine vertraute Person zu haben, fanden sich in einer explorativen Auswertung interessanterweise auch vermehrt Probleme im Bereich interpersonaler Beziehungen. Diese Personen beschreiben sich selbst als eher streitsüchtig, abweisend und introvertiert. Diese Merkmale waren auch negativ mit dem Therapieerfolg korreliert. Sie könnten verhindern, dass die Personen in der Lage sind, vertrauensvolle Beziehungen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten. Auch hier könnte ein Training sozialer Kompetenzen hilfreich sein. Weiter wäre zu überlegen, wie Patienten mit solchen Kommunikationsmustern in ein soziales Netz integriert werden könnten. Dies wäre zum Beispiel über eine ambulante Gruppentherapie oder eine Selbsthilfegruppe möglich.

Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen

Die Ergebnisse zu den Prädiktoren wurden durch eine multiple Regression gestützt. Die fünf Variablen infantiler Objektbeziehungstyp, sozial vermeidend, lange Erkrankungsdauer, negative berufliche Ereignisse während der Katamnese und keine vertraute Person bei Katamnese klärten 47% der Varianz des Therapieergebnisses nach 12 Monaten auf. Die drei „reinen“ Aufnahmevariablen klärten dabei 35% der Varianz auf.

Ähnliche Prädiktoren für den langfristigen Therapieerfolg fanden sich auch für die LZT. Negative Prädiktoren waren hier infantiles, aggressives und abweisendes Verhalten sowie das Fehlen einer vertrauten Person. Eine Partnerschaft schien sich ebenfalls negativ auszuwirken. Hier wurden durch die Variablen 67% der Varianz aufgeklärt. Die „reinen“

Aufnahmevariablen klärten in der LZT 51% der Varianz auf. Die Ähnlichkeit der gefunden Prädiktoren zu denen der KZT spricht für eine gewissen Robustheit der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse machen deutlich, dass Ereignisse im Katamnesezeitraum wichtige Variablen für das langfristige Therapieergebnis sind. Daher sollten in zukünftigen Studien entsprechende Variablen möglichst standardisiert erhoben und berücksichtigt werden.

6.5 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach stationärer Kurzzeit- und Langzeit-Therapie

Die fünfte Fragestellung untersuchte die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie in Abhängigkeit vom Behandlungssetting. Angenommen wurde, dass keine Unterschiede zwischen beiden Settings zu finden sind. Dies konnte durch die Daten gestützt werden. In beiden Settings nahmen fast 80% ambulante Psychotherapie wahr. Dies entspricht den Ergebnissen der Literatur. In einer Studie von Junge und Ahrens (1996) machten fast 2/3 nach einer stationären Therapie eine ambulante Anschlussbehandlung. Über 25% hatten erneute stationäre Aufenthalte oder eine stationäre Rehabilitation. Dass sich beide Settings nicht in der Inanspruchnahme unterscheiden könnte daran liegen, dass LZT Patienten eher chronisch erkrankt sind und daher mehr ambulante Therapien in Anspruch nehmen. KZT-Patienten hingegen kamen zwar in einer Krisensituation in die Klinik, glichen die Kürze der stationären Therapie aber durch eine anschließende ambulante Psychotherapie aus.

6.6 Prädiktoren für die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach Entlassung

Die sechste Fragestellung sollte klären, inwieweit die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach Entlassung durch Merkmale bei Aufnahme vorherzusagen ist. Da keine Ergebnisse aus der Literatur vorlagen, wurde angenommen, dass die Häufigkeit poststationärer ambulanter Therapie mit der prämorbiden Anpassung zusammenhängt. Vermutet wurde, dass Patienten mit einem niedrigerem Funktionsniveau vor Aufnahme mehr Nachsorge benötigen. Zur Testung der Fragestellung wurde der GAF der letzten 12

Monate, der GSI und die Erkrankungsdauer herangezogen. Keine dieser Variablen hing signifikant mit der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie zusammen. Die prämorbide Anpassung scheint keine wichtige Rolle für die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie nach der Entlassung zu spielen.

6.7 Der Einfluss ambulanter Psychotherapie auf das langfristige Ergebnis einer stationären Kurzzeit-Therapie

In der siebten Fragestellung wurde untersucht, ob sich die ambulante Nachsorge auf das Therapieergebnis auswirkt. Da bisher kaum Ergebnisse zu diesem Thema vorliegen, wurde eine ungerichtete Hypothese formuliert. Demnach hätte die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie keinen Einfluss auf das langfristige Therapieergebnis. Hintergrund war die Überlegung, dass sich Patienten soviel Therapie „holen“ wie sie brauchen. Diese Vermutung fand Bestätigung, da sich kein Zusammenhang zwischen ambulanter Nachbehandlung und Symptomschwere nach 12 Monaten fand. Lamprecht et al. (1999) berichteten positive Effekte ambulanter Nachsorge. Unsere Ergebnisse sprechen eher dafür, dass sich die ambulante Nachbehandlung an den Bedürfnissen des Patienten orientieren sollte. Eine generelle poststationäre Psychotherapie scheint nicht nötig zu sein.

Kritisch ist anzumerken, dass keine unbehandelte Kontrollgruppe erhoben wurde, was bei Effectiveness-Studien ein generelles Problem ist. Zudem handelt es sich um eine kleine Stichprobe vor allem bei den Daten der 3-Jahres-Katamnese. Dies ist besonders bei Fragen ungünstig, bei denen Subgruppen gebildet werden müssen (z.B. bei der Untersuchung von Persönlichkeitsstörungen oder zusätzlichen somatischen Diagnosen, bei der Unterteilung verschiedener ambulanter Nachbehandlungen).

Bei der Beurteilung der Effektstärken muss berücksichtigt werden, dass 13% der aufgenommenen Patienten die Therapie vorzeitig (innerhalb von 9 Tagen) abbrachen und dass Patienten, die nicht an der Katamnese teilnahmen, eine niedrigere Symptomreduktion angaben. Berechnet man die Effektsstärke für alle KZT-Patienten reduzierte sich die Effektstärken des GSI von der Aufnahme zur Entlassung auf .97. Diese ES liegt noch immer im oberen Bereich. Allerdings können wir für diese Stichprobe nicht sagen, wie sich die Symptome in den 12 bzw. 36 Monaten nach Entlassung entwickelt haben. Es ist ein allgemeines Problem von Katamnesestudien, dass Patienten, die mit ihrem Behandlungsergebnis weniger zufrieden sind, sich auch seltener an der Nachbefragung

beteiligen (Fliege et al. 2002; S. 53) und daher keine Aussagen zu dieser Patientengruppe getroffen werden können.

Bei der Beurteilung der langfristigen Ergebnisse sollte zudem die Nachbehandlung beachtet werden, da ca. 80% nach der stationären Therapie eine ambulante Behandlung wahrnahmen. Hier ist mit dem vorliegenden Design schwer zu unterscheiden, welche langfristigen Effekte auf die stationäre Behandlung und welche auf die ambulante Therapie zurückzuführen sind.

Zudem fehlen in dieser Studie Daten bezüglich des Konzeptes einer KZT, z.B. inwieweit das Problem des Patienten fokussierbar war, was von vielen Autoren (z.B. Sifneos 1987, Hoglend & Heyerdahl 1994) als zentral für eine psychodynamische KZT angesehen wird. Ebenfalls nicht erfasst wurde, inwieweit sich Therapeuten und Pflegepersonal an das Konzept der Fokaltherapie gehalten haben. Nicht berücksichtigt wurden zudem Variablen der Therapeuten. Auch wenn es bisher wenig konsistente Befunde über den Einfluss von Therapeutenvariablen gibt, wäre es erstrebenswert in zukünftigen Untersuchungen die Interaktion von Patienten- und Therapeutenvariablen sowie dem Behandlungssetting zu berücksichtigen (Beutler et al. 2004).

7. Zusammenfassung

Bisher liegen keine fundierten klinischen Studien zur Effektivität stationärer psychodynamischer Kurzzeit-Therapie (KZT) vor. Mögliche Einflussfaktoren auf das langfristige Therapieergebnis wie die Dauer einer stationären Psychotherapie, ambulante Nachbehandlungen oder Ereignisse im Katamnesezeitraum fanden bisher wenig Beachtung. Die Katamnesezeiträume beschränkten sich in bisherigen Studien zumeist auf sechs bis 12 Monate. In dieser Studie wurden erstmals die kurz- und langfristigen Ergebnisse einer stationären psychodynamischen KZT über drei Jahre mit insgesamt vier Messzeitpunkten erhoben und mit denen einer stationären Langzeit-Therapie (LZT) verglichen. Dies ermöglicht die Prüfung der langfristigen Stabilität des Therapieerfolges. Als Einflussvariablen wurden Krankheits- und interpersonale Merkmale bei Aufnahme, ambulante Nachbehandlungen und Ereignisse im Katamnesezeitraum auf ihren Zusammenhang zum Therapieerfolg getestet.
Zusammenfassend waren die kurz- und langfristigen Effekte einer stationären psychodynamischen KZT vergleichbar mit den Effekten einer stationären LZT. Die Effektstärken lagen im mittleren und oberen Bereich zwischen .95 und 1.17 in der KZT und zwischen .43 und .86 in der LZT. Erfreulich war die hohe Stabilität des Therapieerfolges über drei Jahre nach Entlassung. Die KZT erscheint der LZT leicht überlegen. Man muss jedoch berücksichtigen, dass es sich bei den KZT-Patienten um weniger komplexe und chronifizierte Störungen handelte.

Es ließen sich eindeutige Vorhersagemerkmale für das langfristige Therapieergebnis finden. Negative Prädiktoren waren eine lange Erkrankungsdauer, maladaptive Beziehungs- und Kommunikationsmuster, negative berufliche Veränderungen im Katamnesezeitraum, sowie das Fehlen einer vertrauten Person. Durch diese Variablen ließen sich 47% der Varianz aufklären. Explorative Auswertungen deuteten darauf hin, dass diejenigen Studien-Teilnehmer mit interpersonalen Problemen und dysfunktionalen Objektbeziehungen auch eher negative berufliche Veränderungen erlebten und seltener eine vertraute Person hatten.

Patienten der KZT nahmen ebenso viel ambulante Nachbehandlung in Anspruch wie Patienten der LZT. Die Inanspruchnahme ließ sich jedoch nicht durch das psychologische

Funktionsniveau vor Aufnahme vorhersagen und hatte keinen Einfluss auf das langfristige Therapieergebnis.

Die Studie lieferte Hinweise auf mögliche differentielle Zuweisungskriterien zu stationärer KZT und LZT, die in künftigen Studien überprüft werden sollten. Die Bedeutung interpersonaler Merkmale für den Behandlungserfolg wurde unterstrichen. Da ein Teil des langfristigen Therapieerfolges mit Ereignissen im Katamnesezeitraum zusammenhing, sollten in zukünftigen Studien auch Ereignisse nach Entlassung bei der Wirksamkeitsbeurteilung berücksichtigt werden. Weitere Forschung ist zur Inanspruchnahme ambulanter Nachsorge nötig.

8. Summary

So far no substantial clinical studies on the effectiveness of inpatient psychodynamic short-term therapy exist. Potential determinants of long-term therapy outcomes like treatment duration, aftercare, and life events in the follow-up period have not found appropriate attention. In previous studies, follow-up periods have been limited to six to 12 months. For the first time in the present study short- and long-term effects of inpatient psychodynamic short-term therapy have been followed over three years at four different time points. These are compared to a long-term treatment. This study allow to tests the long-time stability of therapy outcomes. The impact of disease-related and interpersonal characteristics, and aftercare and life events in the follow-up period on therapy outcomes was also assessed.

In summary, short- and long-term effects of inpatient psychodynamic short-term therapy were comparable to the effects of long-term therapy. For short- and long-term therapy the effect sizes were middle to high ranging between .95 and 1.17 and .43 and .86, respectively. We found a high stability of the treatment outcomes up to three years following discharge. Short-term therapy seemed to be more effective than long-term therapy. However, patients with short-term therapy had less complex and more acute courses of disease.

We found clear predictors for the long-term therapy outcome. Negative predictors included long duration of disease, maladaptive relation and communication patterns, negative vocational changes at follow-up, and the lack of a confidant. By these variables, 47% of the variance could be explained. Explorative analysis showed that patients with interpersonal problems and dysfunctional object relations have experienced more negative vocational changes and a lack confidants.

Patients with short-term therapy used aftercare as frequently as patients with long-term therapy. The use of aftercare could be not predicted by the functional level before intake and did not influence the long-term outcomes.

This study points to differential allocation criteria to short-term and to long-term therapy. This should be checked in future studies. The influence of interpersonal characteristics on therapy outcome was underlined. As the long-term therapy outcomes were partly connected to events in the follow-up period, this factor should be included in the

discussion of therapy outcomes in future studies. Further investigations on the utilisation of aftercare are needed.

9. Literaturverzeichnis

Alexander, L.B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In the psychotherapeutic process. A research handbook. L.S. Greenberg and W. Pinsof. New York, Guilford Press**:** 325-366.

Anderson, E.M. & Lambert, M.J. (1995). "Short-term Dynamically Oriented Psychotherapy: A review and Meta-Analysis." Clinical Psychology Review **15**(6): 503-514.

Andreoli, A., Frances, A., Gex-Fabry, M., Aapro, N., Gerin, P. & Dazord, A. (1993). "Crisis Intervention in depressed Patients with and without DSM-II-R Personality Disorders." The Journal of Nervous and Mental Health **181**(12): 732-737.

AuBuchon, P.G. & Malatesta, V.J. (1994). "Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorders: associated problems as response to a comprehensive behavior therapy." Journal of Clinical Psychiatry **55**: 448-453.

Bassler, M., Kauthauser, H. & Hoffmann, S.O. (1995). "Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie?" PPmP Psychother Psychosom med Psychol **45**: 167-175.

Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). "Der "Helping Alliance Questionaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie." Psychotherapeut **40**: 23-32.

Bergin, A.E. & Lambert, M.J. (1979). "Counseling the researcher." Counseling Psychologist **8**(3): 53-56.

Beutel, M.E. (2000). "Psychodynamische Kurztherapien - Neuere Entwicklungen, Behandlungsverfahren, Wirksamkeit, Indikationsstellung." Psychotherapeut **45**(4): 203-213.

Beutel, M.E. (2004). Kurztherapie die (neue) Norm? Psychotherapeut **49**: 292 - 294.

Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. M. J. Lambert. New York, John Wiley & Sons**:** 227-306.

Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Quinlan, D.M. & Pilkonis, P.A. (1996). "Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Colaborative Research Program." Journal of Consuling and Clinical Psychology **64**: 162-171.

Bortz, J. & Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin, Springer.

Bottlender, R., Strauß, A. & Möller, H.-J. (2000). Methodische Probleme der Prädiktorforschung. Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie. W. Maier, R. R. Engel and H.-J. Möller. Göttingen, Hogrefe-Verlag**:** 151-158.

Brähler, E. & Scheer, J.W. (1995). Der Gießener Beschwerdebogen (GBB). Handbuch. Bern, Verlag Hans Huber.

Brähler, E., Schumacher, J. & Brähler, C. (2000). "Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GBB-24." PPmP Psychoth Psychosom med Psychol **50**: 14-21.

Bronisch, T. (1992). "Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme." Verhaltenstherapie **2**(2): 140-150.

Burns, D.D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). "Therapeutic Empathy and recovery from Depression in Cognitive-behavioral Therapy: A Structural Equation Model." Journal of Consulting and Clinical Psychology **60**(3): 441-449.

Clarkin, J.F. & Frances, A. (1982). "Selection Criteria for the Brief Psychotherapies." American Journal of Psychotherapy **36**(2): 166-180.

Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. M. J. Lambert. New York, John Wiley & Sons**:** 194-226.

Clementel-Jones, C., Malan, D. & Trauer, T. (1990). "A retrospective follow-up study of 84 clients treated with individual psychoanalytic psychotherapy: outcome and predictive factors." British Journal of Psychotherapy **6**: 363-376.

Cooper, P.J., Coker, S. & Felming, C. (1994). "Self help for bulimia nervosa: A preliminary report." International Journal of Eating Disorders **16**: 401-404.

Crits-Christoph, P. (1992). "The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis." Am J Psychiatry **149**(2): 151-158.

Crits-Christoph, P. & Connoly, M.B. (1993). Patient Pretreatment Predictors of Outcome. Psychodynamic Treatment Research. N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber and J. P. Docherty. Basic Books.

Dammann, G., Smole-Lindinger, S. & Buchheim, P. (2000). Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO) unveröffentlichtes Manuskript. Institut und Poliklinik für psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie Technische Universität München.

Deter, H.C., Sameith, W., Maroska, U., Ferner, H. & Reindell, A. (1986). "Katamneseergebnisse von 64 Patienten - 5 Jahre nach stationärer psychosomatischer Behandlung." Zschr Psychosom Med **32**: 231-248.

Diehl, J.M. & Arbinger, R. (1992). Einführung in die Inferenzstatistik. Frankfurt a.M., Dietmar Klotz GmbH.

Diehl, J.M. & Staufenbiel, T. (2001). Statistik mit SPSS Version 10.0. Frankfurt a.M., Dietmar Klotz GmbH.

Diguer, L., Barber, J.P. & Luborsky, L. (1993). "Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression." Am J Psychiatry **150**: 1246-1248.

Dobson, K.S. (1989). "A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression." Journal of Consulting and Clinical Psychology **57**(3): 414-419.

Eckert, J. & Straus, B. (1993). "Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie." Gruppenpsychother. Gruppendynamik **29**: 227-294.

Eysenck, H.J. (1952). "The effects of psychotherapy: A evaluation." Journal of Consulting **16**: 319-324.

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Piero, A., Leombruni, P. & Rovera, G.G. (2003). "Dropout from Brief Psychotherapy within a Combination Treatment in Bulimia nervosa. Role of Personality and Anger." Psychotherapy and Psychosomatics **72**: 203-210.

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Piero, A. & Rovera, G.G. (2002). "Dropout from Brief Psychotherapy in Anorexia nervosa." Psychotherapy and Psychosomatics **71**: 200-206.

Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B.F. (2002). "Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie." Psychother Psych Med **52**: 47-55.

Frank, J.D. (1979). "The Present Status of Outcome Studies." Journal of Consulting and Clinical Psychology **47**(2): 310-316.

Franke, G. & Stäcker, K.-H. (1995). "Reliabilität und Validität der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R; Derogatis, 1986) bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Itemblockbildung." Diagnostica **41**(4): 349-373.

Franke, G (2002). SCL-90-R Symptom-Check-Liste von L.R. Derogatis Manual der deutschen Version Göttingen: Beltz Test GmbH.

Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G. & Heuft, G. (2000). "Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie." Zeitschift für psychosomatische Medizin **46**: 242-258.

Free, N.K., Green, B.L., Grace, M.C., Chernus, L.A. & Whitman, R.M. (1985). "Empathy and Outcome in Brief Focal Dynamic Therapy." Am J Psychiatry **142**:(8): 917-921.

Freyberger, H.J. (2000). Wirksamkeitsnachweis von Psychotherapie. Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie. W. Maier, R. R. Engel and H.-J. Möller. Göttingen, Hogrefe- Verlag**:** 83-87.

Garfield, S.I. (1994). Research on client variable in psychotherapy. Handbook of psychotherapy and behavior change. A. E. Bergin and S. L. Garfield. New York, John Wiley & Sons**:** 190-228.

Götze, P., Eckert, J., Nilsson, B., Biermann-Ratjen, E.-M., Jährig, C., Kamp-Kowerk, M., Mohr, M., Niedermeyer, U., Papenhausen, R., Preuss, W. & Thomasius, R. (2003). "Fokaltherapie - Was trägt zum Therapieerfolg bei?" Psychotherapeut **48**: 122-128.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe.

Greenberg, M.D., Craighead, W.E., Evans, D.D. & Craighead, L.W. (1995). "An investigation of the effects of comorbid Axis II pathology on outcome in inpatient treatment for unipolar depression." Journal of Psychopathology and Behavior Assessment **17**: 305-321.

Häcker, H. & Stapf, K.H. (1998). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Göttingen, Verlag Hans Huber.

Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Rees, A., Stiles, W.B. & Reynolds, S. (1995). "Impact of Cluster C Personality Disorders on Outcome of Contrasting Brief

Psychotherapies for Depression." Journal of Consulting and Clinical Psychology **63**(6): 997-1004.

Hartmann, A., Herzog, T. & Drinkmann, A. (1992). "Psychotherapy of Bulimia Nervosa: What is effective? A meta analysis." Journal of Psychosomatic Research **36**: 159-167.

Hessel, A. & Schumacher, J. (2001). "Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe." Diagnostica **47**(1): 27-39.

Heuft, G. & Senf, W. (1998). Praxis der Qualitätssicherung: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart, Thieme.

Heymann, F.v., Zaudig, M. & Tritt, K. (2003). "Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe?" Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation **62**: 209-221.

Hoglend, P. & Heyerdahl. O. (1994). "The circumscibed focus in intensive brief psychotherapy." Psychother Psychosom **61**: 163-170.

Hoglend, P., Sorlie, T., Heyerdahl, O., Sorbye, O. & Amlo, S. (1993). "Brief Dynamic Psychotherapy Patient Suitability, Treatment Lengh, and Outcome." Journal of Psychotherapy Practice and Research **2**(3): 230-241.

Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D-Manual. Beltz-Test.

Horvath, A.O. & Symands, B.D. (1991). "Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis." Journal of Counseling Psychology **38**(2): 139-149.

Horzetzky, F.-A. (1999). "Analytische Fokaltherapie im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation." Psychotherapeut **44**: 20-24.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). "The dose-effect relationship in psychotherapy." American Psychologist **41**: 159-164.

Ilardi, S.S., Craighead, W.E. & Evans, D.D. (1997). "Modeling Relapse in Unipolar Depression: The Effects of Dysfunctional Cognitions and Personality Disorders." Journal of Consulting and Clinical Psychology **65**(3): 381-391.

Joyce, A.S. & Piper, W.E. (1998). "Expectancy, the Therapeutic Alliance, and Treatment Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy." Journal of Psychotherapy Practice and Research **7**: 236-248.

Junge, A. & Ahrens, S. (1996). "Stationäre psychosomatische Behandlung - Patientenmerkmale und Behandlungserfolg." PPmP Psychother Psychosom med Psychol **46**: 430-437.

Kipp, J. (1987). Fokal- und Kurzpsychotherapy. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung / Psychiatrie-Plenum. R. Koehel and D. Ohlmeier. Berlin, Springer**:** 85-96.

Klages, U. (2002). "Irrationale Einstellungen und soziale Belastung bei Patienten in ambulanter Verhaltenstherapie: Verlauf, prognostische und mediierende Einflüsse auf den Behandlungserfolg." Psychoth Psych Med **52**: 500-510.

Klüwer, R. (1971). "Erfahrungen mit der psychoanalytischen Fokaltherapie." Psyche **25**: 932-947.

Koss, M. & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. A. Bergin and S. Garfield. New York, John Wiley & Sons**:** 664-700.

Lachauer, R. (1999). "Analytische Kurzeittherapie." Psychotherapeuten Forum **6**(5): 9-16.

Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. Handbook of psychotherapy integration. J. C. Norcross and M. R. Goldfried. New York, Basic Books**:** 94-129.

Lambert, M.J. (2001). "Psychotherapy Outcome and Quality improvement Introduction to the Special Section on patient-Focused research." Journal of Consulting and Clinical Psychology **69**(2): 147-149.

Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). "Patient-Focus Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects." Journal of Consulting and Clinical Psychology **69**(2): 159-172.

Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. M. J. Lambert. New York, John Wiley & Sons**:** 139-193.

Lamprecht, F., Kobelt, A., Künsebeck, H.-W., Grosch, E. & Schmid-Ott, G. (1999). "Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation." PPmP Psychother Psychosom med Psychol **49**: 387-391.

Leibbrand, R., Schröder, A., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1998). "Komorbide Persönlichkeitsstörungen: Ein negativer Prädiktor für den Therapieerfolg bei somatoformen Störungen?" Zeitschrift für Klinische Psychologie **27**(4): 227-233.

Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). "The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders." Arch Gen Psychiatry **61**: 1208-1216.

Leuzinger-Bohleber, M. (1988). "Psychoanalytische Fokaltherapie." Prx Psychother Psychosom **33**(2): 59-69.

Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). "The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis." American Psychologist **48**: 1181-1209.

Luborsky, L., Barber, J.P. & Beutler, L. (1993). "Introduction to Special Section: A Briefing on Curative Factors in Dynamic Psychotherapy." Journal of Consulting and Clinical Psychology **61**(4): 539-541.

Luborsky, L., McLellan, T. & Woody, G.E. (1985). "Therapist Success and its Determinants." Arch Gen Psychiatry **42**: 602-611.

Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). "Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung." Rehabilitation **39**: 189-199.

Marinangeli, M.G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Petruzzi, C., Daneluzzo, E. & Rossi, A. (2000). "Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders." Psychopathology **33**: 69-74.

Mattke, D. & Tschuschke, V. (1997). "Kurzgruppenpsychotherapie - Einführende Überlegungen unter besonderer Berücksichtigung analytisch orientierter und interpersoneller Therapiekonzepte." Gruppenpsychother. Gruppendynamik **33**: 18-35.

McDermut, W. & Zimmermann, M. (1998). The effect of personality disorders in outcome in the treatment of depression. Mood & anxiety disorders. A. J. Rush. Philadelphia, Williams & Wilkins**:** 321-338.

Mertens, W. (1992). Psychoanalyse. Stuttgart, Kohlhammer.

Mestel, R., Erdmann, A., Schmid, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K. & Hautzinger, M. (2000). 1-3-Jahres-Katamnese bei 800 depressiven Patienten nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. Leitlinien stationärer Psychotherapie - Pro und Contra. M. Bassler. Gießen, Psychosozial-Verlag**:** 243-273.

Mohr, D.C. (1995). "Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review." Clinical Psychology: Science and Practice **2**(1): 1-27.

Mohr, D.C., Beutler, L.E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A.W. & Yost, E.B. (1990). "Identification of Patients at Rist for Nonresponse and negative Outcome in Psychotherapy." Journal of Consulting and Clinical Psychology **58**(5): 622-628.

Moras, K. & Strupp, H.H. (1982). "Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy." Arch Gen Psychiatry **39**(4): 405-409.

Nosper, M. (1999). "Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer." PPmP Psychother Psychosom med Psychol **49**: 354-360.

Oldham, J.M., Skodo, A.E., Kellmann, H.D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick, L. & Gallaher, P.E. (1995). "Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders." Am J Psychiatry **152**(4): 571-578.

Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B. & Pincus, H.A. (2002). "National Trends in the Use of Outpatient Psychotherapie." The american journal of psychiatry **159**(11): 1914-1920.

Paar, G.H. & Kriebel, R. (1998). "Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland." Psychotherapeut **43**: 310-315.

Pavio, S.C. & Bahr, L.M. (1998). "Interpersonal Problems, Working Alliance And Outcome in Short-Term Experimental Therapy." Psychotherapy Research **8**(4): 392-407.

Piper, W.E., Azim, H.F.A., Joyce, A.S. & McCallum, M. (1991). "Transference Interpretations, Therapeutic Alliance and Outcome in Short-term Individual Psychotherapy." Arch Gen Psychiatry **48**: 946-953.

Piper, W.E., Azim, H.F.A., Joyce, A.S., McCallum, M., Nixon, G.W.H. & Segal, P.S. (1991). "Quality of Object relations versus Interpersonal Functioning as Predictors of Therapeutic Alliance and Psychotherapy Outcome." Journal of Nervous and Mental Disease **179**(7): 432-438.

Piper, W.E., DeCarufel, F.L. & Szkrumelak, N. (1985). "Patient Predictors of Process and Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy." Journal of Nervous and Mental Disease **173**(12): 726-733.

Piper, W.E., Joyce, A.S., Azim, H.F.A. & Rosie, J.S. (1994). "Patient Characteristics and Success in Day Treatment." Journal of Nervous and Mental Disease **182**(7): 381-386.

Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M. & Azim, H.F.A. (1993). "Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy." Journal of Consulting and Clinical Psychology **61**: 586-595.

Rad, M.v., Schors, R. & Henrich, G. (1994). Stationäre psychoanalytische Psychosomatik Konzepte-Basisdaten-Therapieziele. Psychoanalytische Psychosomatik. B. Strauß und A.-E. Meyer. Stuttgart, Schattauer**:** 153-164.

Reimer, Ch. (1996). Krisen, Krisenintervention, Kurzpsychotherapie. Psychotherapie-Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Ch. Reimer. Berlin, Springer**:** 497-508.

Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F. & Schneider, J.A. (1993). "Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa." International Journal of Eating Disorders **13**: 349-357.

Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F. & Schmid-Ott, G. (2003). "Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie." Z Psychosom Med Psychother **49**: 63-73.

Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2001). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Hogrefe.

Shadish, W.R., Navarro, A.M., Crits-Christoph, P., Jorm, A.F., Nietzel, M.T., Robinson, L., Svartberg, M., Matt, G.E., Siegle, G., Hazelrigg, M.D., Lyons, L.C., Prout, H.T., Smith, M.L. & Wiess, B. (1997). "Evidence that Therapy Works in Clinical Representative Conditions." Journal of Consulting and Clinical Psychology **65**(3): 355-365.

Shadish, W.R., Navarro, A.M., Matt, G.E. & Phillips, G. (2000). "The Effects of Psychological Therapies Under Clinically Representative Conditions: A meta-Analysis." Psychological Bullettin **126**(4): 512-529.

Shahar, G., Blatt, S.J. Zuroff, D.C. & Pilkonis, P.A. (2003). "Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression." Journal of Consulting and Clinical Psychology **71**: 629-633.

Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). "Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy." Journal of Consulting and Clinical Psychology **62**(3): 522-534.

Shapiro, D.A. & Shapiro D. (1982). "Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement." Psychological Bulletin **92**: 581-604.

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M. & Docherty, J.P. (1990). "Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of depression Collaborative Research Program." Am J Psychiatry **147**: 711-718.

Sifneos, P.E. (1987). Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique. New York, Plenum Press.

Sigal, J.J., Paris, J., Kardos, M., Zimmermann, G. & Buonvino, M. (1999). "Evaluation of some Criteria Used to Select Patients for Brief Psychodynamic Therapy." Psychotherapy and Psychosomatics **68**: 193-198.

Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Strauß, B. & Hess, H. (1993). "Interpersonale Probleme, interpersonale Orientierung und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychotherapie." PPmP Psychother Psyhosom med Psychol **43**(11): 82-92.

Svartberg, M. & Stiles, T.C. (1991). "Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis." Journal of Consulting and Clinical Psychology **59**(5): 704-714.

Tyrer, P. & Johnson, T. (1996). "Establishing the severity of personality disorders." Am J Psychiatry **153**: 1593-1597.

Widiger, T.A., Frances, A.J., Harris, M., Jacobsberg, L.B., Feyer, M. & Manning, D. (1991). Comorbidity among axis II disorders. Personality disorders. New perspectives on diagnostic validity. J. M. Oldham. Washington, D.C., American Psychiatric Press**:** 163-194.

Wilke, S., Grande, T., Rudolf, G. & Porsch, U. (1988). "Wie entwickeln sich Patienten im Anschluß an eine stationäre Psychotherapie?" Zschr Psychosom Med **34**: 107-124.

Zielke, M., Dehmlow, A., Wülbeck, B. & Limbacher, K. (1997). "Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Verhaltenstherapie." Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation **37**: 22-56.

Zuroff, D.C., Sotsky, S.M., Martin, D.J., Sanislow, C.A., Blatt, S.J., Krupnick, J.L. & Simmens, S. (2000). "Relation of Therapeutic Alliance and perfectionism to Outcome in Brief Outpatient Treatment of Depression." Journal of consulting and Clinical Psychology **58**(1): 114-124.

Anhang 1 Tabellen ***98***
Tabelle 18 Merkmale von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 1-Jahres-Katamnese 98
Tabelle 19 Diagnose (ICD-10) bei Entlassung von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 1-Jahres-Katamnese 99
Tabelle 20 Merkmale von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 3-Jahres-Katamnese 100
Tabelle 21 Diagnose (ICD-10) bei Entlassung von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 3-Jahres-Katamnese 101
Anhang 2 Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ***102***
Anhang 3 Gießener Beschwerdebogen (GBB) ***104***
Anhang 4 Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D) ***105***
Anhang 5 Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO) ***107***
Anhang 6 Helping Alliance Questionnaire (HAQ) Patienten ***115***
Anhang 7 Helping Alliance Questionnaire (HAQ) Therapeuten ***116***
Anhang 8 Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ***117***
Anhang 9 Private und berufliche Veränderungen ***118***
Anhang 10 Fragen zur poststationären Behandlung ***119***
Anhang 11 Fragen zu persönlichen Lebensbereichen ***120***
Anhang 12 Anschreiben 1-Jahres-Katamnese ***121***
Anhang 13 Anschreiben 3-Jahres-Katamnese ***122***
Anhang 14 Information über Studienergebnisse für Patienten bei 3-Jahres-Katamnese ***123***

Anhang 1: Tabelle 18 Merkmale von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 1-Jahres-Katamnese

	Teilnehmer der Katamnese (N=166)	Nicht-Teilnehmer (N=69)	Gesamt (N=235)	t-Test	Sign.
	m (s)	m (s)	m (s)		
Alter (Jahre)	34.1 (10.9)	32.0 (10.3)	33.5 (10.7)	$t_{(229)} = 1.34$	n.s.
Dauer der Behandlung (in Wochen)	8.1 (4.6)	8.5 (4.3)	8.2 (4.5)	$t_{(233)} = -0.55$	n.s.
SCL-GSI (Aufnahme)	1.25 (0.66)	1.16 (0.69)	1.22 (0.67)	$t_{(230)} = 1.34$	n.s.
SCL-GSI (Entlassung)	0.73 (0.59)	0.80 (0.66)	0.75 (0.61)	$t_{(231)} = -0.78$	n.s.
Krankheitsdauer (in Monaten) [1)]	37.8 (58.3)	28.3 (39.6)	34.8 (53.4)	$t_{(180.7)} = 1.4$	n.s.
	Teilnehmer der Katamnese (N=166)	**Nicht-Teilnehmer (N=69)**	**Gesamt (N=235)**	**Chi^2-Test**	**Sign.**
	N (%)	N (%)	N (%)		
Geschlecht					
männlich	37 (22.3)	25 (36.2)	62 (26.4)	$Chi^2_{(1)} = 4.88$	*
weiblich	129 (77.7)	44 (63.8)	173 (73.6)		
Familienstand					
ledig	95 (57.2)	40 (58.0)	135 (57.4)	$Chi^2_{(2)} = 0.012$	n.s.
verheiratet	37 (22.3)	15 (21.7)	52 (22.1)		
getrennt lebend, geschieden, verwitwet	34 (20.5)	14 (20.3)	48 (20.4)		
Schulbildung					
Hauptschule	35 (21.1)	14 (20.3)	49 (20.9)	$Chi^2_{(3)} = 0.74$	n.s.
Realschule	58 (34.9)	28 (40.6)	86 (36.6)		
Abitur	61 (36.7)	23 (33.3)	84 (35.7)		
Sonstiges[2)]	12 (7.2)	4 (5.8)	16 (6.8)		
Beschäftigungs-verhältnis					
Vollzeit	63 (38.0)	27 (39.1)	90 (38.3)	$Chi^2_{(5)} = 2.18$	n.s.
Teilzeit	23 (13.9)	6 (8.7)	29 (12.3)		
arbeitslos	32 (19.3)	16 (23.2)	48 (20.4)		
Rente	7 (4.2)	3 (4.3)	10 (4.3)		
in Ausbildung	24 (14.5)	12 (17.4)	36 (15.3)		
Sonstiges[3)]	17 (10.2)	5 (7.2)	22 (9.4)		

[1)] Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose in Monaten [2)] z.B. noch in der Schule, kein Abschluss, sonstiger Schulabschluss; [3)] zum Beispiel Hausfrau / mann, Wehrdienst
n.s. = nicht signifikant, * = $p < 0.05$

Anhang 1: Tabelle 19 Diagnosen (ICD-10) bei Entlassung von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 1-Jahres-Katamnese

		Teilnehmer der Katamnese (N=165)	Nicht-Teilnehmer (N=69)	Gesamt (N=231)	Chi^2-Test	Sign.
		N (%)	N (%)	N (%)		
Psychische Erstdiagnosen						
Depression (F32; 33)		37 (22.4)	19 (27.5)	56 (23.9)		
Dysthymia (F34.1)		15 (9.1)	3 (4.3)	18 (7.7)		
Angststörungen; Angst und Depression (F40; 41; 41.2)		25 (15.2)	9 (13.0)	34 (14.5)		
Belastungsstörung / PTSD / Anpassungsstörung (F43)		34 (20.6)	9 (13.0)	43 (18.4)	$Chi^2_{(7)}$ = 8.73	n.s.
Somatoforme Störung (F45)		22 (13.3)	7 (10.1)	29 (12.4)		
Essstörung (F50)		15 (9.1)	7 (10.1)	22 (9.4)		
Persönlichkeitsstörung (F60)		10 (6.1)	9 (13.0)	19 (8.1)		
Sonstige[1)]		7 (4.2)	6 (8.7)	13 (5.6)		
Persönlichkeitsstörungen[2)]						
	ja	52 (31.5)	27 (39.1)	79 (33.8)	$Chi^2_{(1)}$ = 1.26	n.s.
	nein	113 (68.5)	42 (60.9)	155 (66.2)		
Somatische Diagnosen[3)]						
	ja	76 (46.1)	36 (52.2)	112 (47.9)	$Chi^2_{(1)}$ = 0.73	n.s.
	nein	89 (53.9)	33 (47.8)	122 (52.1)		

[1)] z.B. bipolare Störung, Schlafstörung; [2)] Persönlichkeitsstörung als erste, zweite oder dritte Diagnose; [3)] mindestens eine somatische Diagnose;
n.s. = nicht signifikant

Anhang 1: Tabelle 20 Merkmale von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 3-Jahres-Katamnese

	Teilnehmer der Katamnese (N=134)	**Nicht-Teilnehmer (N=101)**	**Gesamt (N=235)**	**t-Test**	**Sign.**
	m (s)	m (s)	m (s)		
Alter (Jahre)	35.0 (10.7)	31.6 (10.5)	33.5 (10.7)	$t_{(229)} = 2.36$	*
Dauer der Behandlung (in Wochen)	8.0 (4.5)	8.4 (4.6)	8.2 (4.5)	$t_{(233)} = -0.63$	n.s.
SCL-GSI (Aufnahme)	1.29 (0.68)	1.11 (0.63)	1.22 (0.67)	$t_{(230)} = 1.94$	n.s.
SCL-GSI (Entlassung)	0.74 (0.61)	0.75 (0.61)	0.75 (0.61)	$t_{(231)} = -0.30$	n.s.
Krankheitsdauer (in Monaten)[1)]	36.8 (55.3)	32.4 (51.0)	34.8 (53.4)	$t_{(210,6)} = 0.61$	n.s.
	Teilnehmer der Katamnese (N=134)	**Nicht-Teilnehmer (N=101)**	**Gesamt (N=235)**	Chi^2-Test	**Sign.**
	N (%)	N (%)	N (%)		
Geschlecht					
männlich	31 (23.1)	31 (30.7)	62 (26.4)	$Chi^2_{(1)} = 1.69$	n.s.
weiblich	103 (76.9)	70 (69.3)	173 (73.6)		
Familienstand					
ledig	73 (54.5)	62 (61.4)	135 (57.4)	$Chi^2_{(2)} = 1.97$	n.s.
verheiratet	34 (25.4)	18 (17.8)	52 (22.1)		
getrennt lebend, geschieden, verwitwet	27 (20.1)	21 (20.8)	48 (20.4)		
Schulbildung					
Hauptschule	29 (21.6)	20 (19.8)	49 (20.9)	$Chi^2_{(3)} = 0.42$	n.s.
Realschule	49 (36.6)	37 (36.6)	86 (36.6)		
Abitur	48 (35.8)	36 (35.6)	84 (35.7)		
Sonstiges[2)]	8 (6.0)	8 (7.9)	16 (6.8)		
Beschäftigungs-verhältnis					
Vollzeit	54 (40.3)	36 (35.6)	90 (38.3)	$Chi^2_{(5)} = 11.12$	n.s.
Teilzeit	21 (15.7)	8 (7.9)	29 (12.3)		
arbeitslos	24 (17.9)	24 (23.8)	48 (20.4)		
Rente	8 (6.0)	2 (2.0)	10 (4.3)		
in Ausbildung	14 (10.4)	22 (21.8)	36 (15.3)		
Sonstiges[3)]	13 (9.7)	9 (8.9)	22 (9.4)		

[1)] Zeit seit Erstmanifestation der ersten psychischen Diagnose; [2)] z.B. noch in der Schule, kein Abschluss, sonstiger Schulabschluss; [3)] zum Beispiel Hausfrau / mann, Wehrdienst
n.s. = nicht signifikant, * = $p < .05$

Anhang 1: Tabelle 21 Diagnosen (ICD-10) bei Entlassung von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der 3-Jahres-Katamnese

	Teilnehmer der Katamnese (N=134)	Nicht-Teilnehmer (N=100)	Gesamt (N=234)	Chi^2-Test	Sign.
	N (%)	N (%)	N (%)		
Psychische Erstdiagnosen					
Depression (F32; 33)	32 (23.9)	24 (24.0)	56 (23.9)		
Dysthymia (F34.1)	13 (9.7)	5 (5.0)	18 (7.7)		
Angststörungen; Angst und Depression (F40; 41; 41.2)	25 (18.7)	9 (9.0)	34 (14.5)		
Belastungsstörung / PTSD / Anpassungsstörung (F43)	26 (19.4)	17 (17.0)	43 (18.4)	$Chi^2_{(7)}$ = 13.44	t
Somatoforme Störung (F45)	17 (12.7)	12 (12.0)	29 (12.4)		
Essstörung (F50)	9 (6.7)	13 (13.0)	22 (9.4)		
Persönlichkeitsstörung (F60)	8 (6.0)	11 (11.0)	19 (8.1)		
Sonstige[1)]	4 (3.0)	9 (9.0)	13 (5.6)		
Persönlichkeitsstörungen[2)]					
ja	45 (33.6)	34 (34.0)	79 (33.8)	$Chi^2_{(1)}$ = 0.004	n.s.
nein	89 (66.4)	66 (66.0)	155 (66.2)		
Somatische Diagnosen[3)]					
ja	68 (50.7)	44 (44.0)	112 (47.9)	$Chi^2_{(1)}$ = 1.04	n.s.
nein	66 (49.3)	56 (56.0)	122 (52.1)		

[1)] z.B. bipolare Störung, Schlafstörung; [2)] Persönlichkeitsstörung als erste, zweite oder dritte Diagnose; [3)] mindestens eine somatische Diagnose;
n.s. = nicht signifikant, t = $p < .10$

Anhang 2 Symptom-Checkliste (SCL 90-R)

Als nächstes finden Sie eine Liste von Problemen, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz in das Kästchen mit der Antwort, die am besten für Sie zutrifft.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht wieder aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4. Ohnmacht- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
6. allzu kritische Einstellung gegenüber anderen	0	1	2	3	4
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11.dem Gefühl, leicht reizbar und verärgerbar zu sein	0	1	2	3	4
12. Herz und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13.Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17. Zittern	0	1	2	3	4
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20. Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26. Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27. Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29. Einsamkeitsgefühle	0	1	2	3	4
30. Schwermut	0	1	2	3	4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0	1	2	3	4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4

Anhang 2 Symptom-Checkliste (SCL 90-R)

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
44. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49. Hitzewallungen und Kälteschauer	0	1	2	3	4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
51. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3	4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
60. dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3	4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigene sind	0	1	2	3	4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
64. frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, zum Beispiel beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72. Schreck- und Panikanfälle	0	1	2	3	4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77. Einsamkeitsgefühle, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83. dem Gefühl, dass die Leute sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89. Schuldgefühle	0	1	2	3	4
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:

	nicht	**kaum**	**einiger-maßen**	**erheblich**	**stark**
1. Schwächegefühl	☐	☐	☐	☐	☐
2. Herzklopfen	☐	☐	☐	☐	☐
3. Druck- oder Völlegefühl im Bauch	☐	☐	☐	☐	☐
4. Übermäßiges Schlafbedürfnis	☐	☐	☐	☐	☐
5. Gelenk- oder Gliederschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
6. Schwindelgefühl	☐	☐	☐	☐	☐
7. Kreuz- oder Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
8. Nacken- oder Schulterschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
9. Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
10. Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐
11. Kloßgefühl im Hals	☐	☐	☐	☐	☐
12. Aufstoßen	☐	☐	☐	☐	☐
13. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	☐	☐	☐	☐	☐
14. Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
15. Rasche Erschöpfbarkeit	☐	☐	☐	☐	☐
16. Müdigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
17. Gefühl der Benommenheit	☐	☐	☐	☐	☐
18. Müdigkeit in den Beinen	☐	☐	☐	☐	☐
19. Mattigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
20. Stiche in der Brust	☐	☐	☐	☐	☐
21. Magenschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
22. Anfallsweise Atemnot	☐	☐	☐	☐	☐
23. Druckgefühl im Kopf	☐	☐	☐	☐	☐
24. Anfallsweise Herzbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang 4 Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D)

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 darstellen und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie für jedes Problem das Kästchen an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein. **Es fällt mir schwer...**	**nicht**	**wenig**	**mittelmäßig**	**ziemlich**	**sehr**
1. anderen Menschen zu vertrauen	☐	☐	☐	☐	☐
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	☐	☐	☐	☐	☐
3. mich Gruppen anzuschließen	☐	☐	☐	☐	☐
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	☐	☐	☐	☐	☐
5. andere wissen zu lassen, was ich will	☐	☐	☐	☐	☐
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll	☐	☐	☐	☐	☐
7. mich fremden Menschen vorzustellen	☐	☐	☐	☐	☐
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	☐	☐	☐	☐	☐
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	☐	☐	☐	☐	☐
10. andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin	☐	☐	☐	☐	☐
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	☐	☐	☐	☐	☐
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	☐	☐	☐	☐	☐
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	☐	☐	☐	☐	☐
14. mit anderen etwas zu unternehmen	☐	☐	☐	☐	☐
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	☐	☐	☐	☐	☐
16. mit anderen zurechtzukommen	☐	☐	☐	☐	☐
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	☐	☐	☐	☐	☐
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	☐	☐	☐	☐	☐
19. wenn nötig, standfest zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	☐	☐	☐	☐	☐
21. anderen Grenzen zu setzen	☐	☐	☐	☐	☐
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	☐	☐	☐	☐	☐
23. mich anderen nahe zu fühlen	☐	☐	☐	☐	☐
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	☐	☐	☐	☐	☐
25. mich mit jemand anderem zu streiten	☐	☐	☐	☐	☐
26. alleine zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
27. jemandem ein Geschenk zu machen	☐	☐	☐	☐	☐
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	☐	☐	☐	☐	☐
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	☐	☐	☐	☐	☐
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	☐	☐	☐	☐	☐
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	☐	☐	☐	☐	☐
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	☐	☐	☐	☐	☐
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	☐	☐	☐	☐	☐
34. mich über andere zu ärgern	☐	☐	☐	☐	☐
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	☐	☐	☐	☐	☐
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	☐	☐	☐	☐	☐
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist	☐	☐	☐	☐	☐

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	☐	☐	☐	☐	☐
39. selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	☐	☐	☐	☐	☐
Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.					
40. Ich streite mich zuviel mit anderen	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	☐	☐	☐	☐	☐
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	☐	☐	☐	☐	☐
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	☐	☐	☐	☐	☐
44. Ich bin zu unabhängig	☐	☐	☐	☐	☐
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	☐	☐	☐	☐	☐
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	☐	☐	☐	☐	☐
47. Ich spiele zu oft den Clown	☐	☐	☐	☐	☐
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
49. Ich vertraue anderen zu leicht	☐	☐	☐	☐	☐
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐	☐
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	☐	☐	☐	☐	☐
53. Ich bin zu leichtgläubig	☐	☐	☐	☐	☐
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	☐	☐	☐	☐	☐
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst	☐	☐	☐	☐	☐
56. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch	☐	☐	☐	☐	☐
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	☐	☐	☐	☐	☐
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	☐	☐	☐	☐	☐
59. Ich streite zu oft mit anderen	☐	☐	☐	☐	☐
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	☐	☐	☐	☐	☐
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	☐	☐	☐	☐	☐
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	☐	☐	☐	☐	☐
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	☐	☐	☐	☐	☐
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang 5 Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO)

Die folgenden Seite beinhalten eine Auflistung von Aussagen, welche man benutzen kann, um sich selbst zu beschreiben. Versuchen Sie bitte, so ehrlich und gewissenhaft wie möglich zu antworten und Gefühle und Einstellungen so genau wie möglich zu beschreiben, da die Ergebnisse Ihrem Arzt oder Therapeuten helfen, Ihre Probleme zu erkennen und gemeinsam mit Ihnen zu lösen.

Der Fragebogen kann ohne Zeitbeschränkung beantwortet werden. Sie sollten ihn jedoch so schnell wie möglich ausfüllen. Am besten setzen Sie die Antwort ein, die Ihnen am ehesten spontan einfällt.

Bitte lesen Sie jeden Satz durch und überlegen sich dann, wie und ob er auf Ihren Alltag, Ihre Gefühle, Gedanken und Beziehungen zutrifft. Im ersten Fragenkomplex stehen Ihnen 5 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, im zweiten 2 (richtig/falsch). Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die für Sie ganz oder meistens zutrifft.

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
1. Ich habe eine lebhafte, gefühlvolle Ausdrucksweise					
2. Ich fühle mich wie ein Schwindler oder Hochstapler, so dass andere mich ganz anders sehen als ich wirklich bin.					
3. Ich finde, die Menschen sollten spontaner sein und ihre Gefühle offener zeigen.					
4. Weil ich mein Gefühl so offen und direkt zum Ausdruck bringe, hält man mich manchmal fälschlicherweise für unreif und nicht sehr überlegt.					
5. Manchmal werde ich von meinen starken, gefühlsbetonten Reaktionen überwältigt, aber ich bin immer in der Lage später darüber nachzudenken und kann dann den Anderen sagen, dass es wirklich nicht so gemeint war.					
6. Man hat mir schon gesagt, dass ich es genieße, andere Menschen leiden zu sehen.					
7. Ich merke, dass Leute, die ich früher schätzte, mich enttäuscht haben, weil sie nicht das hielten, was ich es von ihnen erwartete.					
8. Zu Hause erlebe ich mich als eine andere Person verglichen damit, wie ich bei der Arbeit oder in der Schule bin.					
9. Ich kann tiefe, leidenschaftliche Gefühle für jemanden in den ich verliebt bin haben und mich trotzdem sexuell nicht ganz einlassen.					
10. Manchmal stimmt mein Verhalten mit den mir vermittelten moralischen Werten überein und dann gibt es wieder Zeiten, wo ich unmoralisch oder amoralisch handle.					
11. Die Erfahrung hat mich gelehrt, dass es sicherer ist, darauf zu achten, welche Intrigen andere aushecken könnten, als alles leichtgläubig für bare Münze zu nehmen.					
12. Ich habe das Gefühl, dass meine Geschmacksvorstellungen und meine Meinungen nicht wirklich von mir sind, sondern dass ich sie von anderen übernommen habe.					
13. Ich habe deshalb gute Freunde verloren, weil ich es nicht ertragen konnte, dass wir Meinungsverschiedenheiten beim Lösen von Problemen hatten, worauf diese die Beziehung beendet haben.					
14. Ich habe jemanden absichtlich schwer verletzt.					
15. Ich habe manchmal sehr intensive Gefühle, ohne jedoch sagen zu können, woher sie kommen und wofür ich sie empfinde.					
16. Ich bin mir nicht sicher, ob eine Stimme, die ich gehört habe oder etwas, was ich gesehen habe, Einbildung war oder nicht.					
17. Wenn ich nervös oder durcheinander bin scheint es so, als würde das, was außerhalb von mir passiert, keinen Sinn ergeben.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
18. Es verwirrt mich, dass ich in jemanden leidenschaftlich verliebt sein kann, gleichzeitig aber nur Sex mit jemand anderem genießen kann.					
19. Ich denke ich sehe Dinge oft so, dass sie sich, bei näherer Betrachtung, als etwas anderes herausstellen.					
20. Es gibt mir ein gutes Gefühl auf andere sexuell anziehend zu wirken, aber ich möchte nicht, dass sie deshalb erwarten, dass ich sie auch anziehend finde.					
21. Einige meiner Freunde wären überrascht, wenn sie wüssten, wie verschieden ich mich in unterschiedlichen Situationen benehme.					
22. Ich beobachte andere sehr genau, besonders wenn sie es nicht wissen, um so ihre wahren Absichten herauszufinden.					
23. Es ist lange her, dass mir jemand wirklich etwas beigebracht oder gesagt hat, was ich noch nicht wusste.					
24. Während ich mit anderen Menschen zusammen bin, finde ich es sehr schwierig meine Gefühle mitzuteilen, aber wenn ich dann allein bin, fallen mir viele Sachen ein, die ich ihnen gerne mitgeteilt hätte.					
25. Selbst Personen, die mir sehr nahe sind und von denen ich abhängig bin, könnten total unberechenbar sein.					
26. Erst dann, wenn ich eine wirklich perfekte Person gefunden habe, werde ich fähig sein, eine echte Beziehung einzugehen.					
27. Wenn ich mir sicher bin, dass ich jemanden von ganzem Herzen liebe, dann ist auch die sexuelle Beziehung mit diesem Menschen befriedigender und erfüllender.					
28. Ich habe jemanden schwer verletzt, aber es diente der Selbstverteidigung.					
29. Andere Menschen wollen, dass man zu ihnen erst „ehrlich“ ist, um einen dann ausnützen und manipulieren zu können.					
30. Eine wirklich befriedigende sexuelle Beziehung stärkt die Liebe zu diesem Menschen, und lässt die Beziehung tiefer und dauerhaft werden.					
31. Es ist wirklich enttäuschend, dass sich mir so viele Menschen nähern, die nur am Sex interessiert sind.					
32. Leute sagen mir, dass ich sie provoziere oder an der Nase herumführe, um meinen Willen durchzusetzen.					
33. Ich kann es abschätzen oder beurteilen, ob eine andere Person über stabile und tiefe moralische Werte verfügt, und daraufhin dieser Person voll und ganz trauen.					
34. Es fällt mir schwer, Menschen zu vertrauen, da sie sich oft gegen mich wenden oder mich verraten.					
35. Ich kann mir Veränderungen in meinem Verhalten nicht erklären.					
36. Ich kann Dinge sehen oder Dinge hören, die sonst niemand sehen oder hören kann.					
37. Ich brauche einige Zeit, Freundschaften aufzubauen, er mit der Zeit werden sie tief und dauern lebenslang.					
38. Ich verliere Freunde sehr leicht, obwohl ich es nicht will, aber ich weiß nicht, warum es passiert.					
39. Zu den erfüllenden Dingen im Leben gehört es sich an wertvollen Ideen oder Idealen zu beteiligen, selbst wenn man persönlich nichts davon hat.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
40. Man sagt, dass ich versuche, andere dadurch zu kontrollieren, indem ich ihnen Schuldgefühle mache.					
41. Ich leide darunter, wenn andere zu unordentlich sind Und ich neige dazu, sie dann übermäßig zu korrigieren.					
42. Mit ein wenig Unterstützung von meinen Freunden komme ich über lange Strecken gut zurecht.					
43. Eine Liebesbeziehung oder eine tiefe Freundschaft lassen mich das Leben, die Natur und die Kunst so schätzen, wie es ohne sie nicht möglich wäre.					
44. Ich höre Dinge, von denen die anderen behaupten, dass sie nicht wirklich sind.					
45. Es macht mir Spaß eine Aufgabe gut zu erledigen, auch wenn es sonst niemand würdigt.					
46. Ich gehe impulsiv Handlungen, die, glaube ich, gesellschaftlich untragbar sind.					
47. Ich habe Dinge gesehen oder gehört, auch wenn es keinen augenscheinlichen Grund dafür gab.					
48. Es ist sehr wichtig, genau zu überlegen, was man anderen mitteilen möchte, da es gegen einen verwendet werden kann.					
49. Ich gehe Beziehungen mit anderen, die ich nicht wirklich mag, ein, weil es mir sehr schwer fällt, "nein" zu sagen.					
50. Ich genieße es, anderen körperlichen Schaden zuzufügen.					
51. Manchmal mache ich Dinge, die ich später für ziemlich unvernünftig erachte, wie belanglosen Sex haben, lügen, trinken, Wutanfälle bekommen oder leichte Gesetzesübertretungen begehen.					
52. Wenn mein Leben ein Buch wäre, wäre es eher wie eine Sammlung von Kurzgeschichten, unterschiedlicher Autoren und nicht ein langer Roman.					
53. Ich sehe gern attraktiv aus, aber es irritiert mich, wie leicht das als sexuelles Signal gesehen wird.					
54. Wenn ich mich sexuell einlasse, beschäftigt es mich, wer mehr davon profitiert.					
55. Leute sagen mir, dass ich Schwierigkeiten habe, Fehler bei denen zu sehen, die ich bewundere.					
56. Ich vernachlässige ständig meine körperliche Gesundheit.					
57. Manchmal muss man so tun, als ob man jemand anderen gerne mag, um das, was man von ihm oder ihr möchte, zu bekommen.					
58. Meine Lebensziele ändern sich häufig von Jahr zu Jahr.					
59. Ich mache Dinge, die andere bestürzen und ich weiß nicht, warum diese sie verärgern.					
60. Leute sagen mir, dass ich mich widersprüchlich verhalte.					
61. Ich kann mich sehr gut in andere Personen hineinfühlen, aber ich finde es schwierig, ihnen das dann zu verstehen zu geben.					
62. Ich kann nicht sagen, ob bestimmte körperliche Empfindungen, die ich verspüre, wirklich sind oder ob ich sie mir nur einbilde.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
63. Ich begeistere mich für manche Hobbies, um sie dann schnell fallen zu lassen.					
64. Wenn ich jemanden sehr liebe dann erfüllt das mein Leben, auch wenn ich sie oder ihn nicht oft sehen kann.					
65. Andere hassen mich, weil sie befürchten, ich könnte ihre Machtbasis untergraben.					
66. Leute geben vor, sich schuldig zu fühlen, wenn sie eigentlich nur Angst vor Bestrafung haben.					
67. Ich fühle, dass meine Wünsche oder Gedanken wie durch einen Magie wahr werden.					
68. Man erreicht nur dann sein Ziel, indem man sich selbst verletzt oder anderen damit droht, es zu tun.					
69. Ein Kunstwerk, ein gutes Buch, schöne Musik oder ein guter Film erfüllen mich mit Freude und tragen viel dazu bei, die dunklen Seiten des Lebens auszugleichen.					
70. Ich kann dumme Menschen nicht ausstehen, aber ich kontrolliere mich so gut, dass sie es niemals merken.					
71. Wenn andere mich erfolgreich sehen, fühle ich mich in Hochstimmung-, wenn sie mich dagegen scheitern sehen, fühle ich mich vernichtet.					
72. Ich habe Angst, dass Leute, die wichtig für mich werden, plötzlich ihre Gefühle mir gegenüber ändern.					
73. Ich denke, Menschen sind entweder gut oder böse, es gibt nur wenige, die wirklich dazwischen liegen.					
74. Ich verstehe oder weiß Dinge, die niemand sonst verstehen oder wissen kann.					
75. Ich finde es schwer, eine gefühlsmäßig intensive und zärtliche Beziehung mit einer sexuell stürmischen und aufregenden Beziehung zu verbinden.					
76. Es ist immer gut zu wissen, wer mehr von einer Beziehung hat.					
77. Wenn ich nicht aufpasse, neigen die Menschen dazu, mich auszunutzen.					
78. Es fällt mir schwer sicher zu sein, was andere von mir halten, auch die Menschen, die mich sehr gut kennen.					
79. Wenn ich mit schweren Problemen oder Stress konfrontiert bin, kann ich damit umgehen, und das Erforderliche tun, auch ohne das enge Freunde mir dabei helfen.					
80. Ich verhalte mich so, dass es anderen unberechenbar und sprunghaft vorkommt.					
81. Ich sehe mich selbst zu verschiedenen Zeiten vollkommend unterschiedlich.					
82. Ich mag es, wenn andere sich vor mir fürchten.					
83. Im Verlauf einer intensiven Beziehung habe ich Angst, mich selbst zu verlieren.					
84. Ich weiß, dass ich anderen gewisse Dinge über meine Sicht der Welt nicht erzählen kann, da dies verrückt erscheinen würde.					
85. Da ohnehin jeder nur darauf aus ist, sich zu bereichern, ist es besser, dass ich gleich auf meinen eigenen Nutzen schaue, um nicht als Trottel dazustehen.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
86. Andere Leute, ärgern sich über mich, weil sie mich als unbeständig und widersprüchlich in der Beziehung zu ihnen erleben.					
87. Ich kann kaum widerstehen, mich zu kratzen, meine Haut zu verletzen oder andere Dinge zu tun, die andere schmerzhaft finden, bei mir aber Spannung lösen.					
88. Ich vermeide es, mich mit Leuten unter meinem Niveau einzulassen, die mich hinunterziehen könnten.					
89. Alle Beziehungen laufen darauf hinaus, dass versucht wird, von der anderen Person mehr zu bekommen als man selbst bereit ist zu geben.					
90. Ich richte mich so sehr nach den Wünschen anderer, dass ich meinen eigenen Bedürfnissen nicht gerecht werden kann.					
91. Nachdem ich mit Leuten in näheren Kontakt trete, bin ich erstaunt wie sie wirklich sind.					
92. Da jeder so tut, als wäre er um andere und um moralische Werte besorgt, muss man dabei mitspielen.					
93. Ich war schon so wütend, dass ich Leute angegriffen habe, mit denen ich sonst eigentlich gut auskomme.					
94. Mein Wunsch intensive, bedeutungsvolle, persönliche Beziehungen aufzubauen, wird verwechselt mit den allgemeinen Wunsch im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.					
95. Ich habe Dinge gesehen, die in Wirklichkeit gar nicht existieren.					
96. Es hilft viel, wenn man mit einem engen Freund über ein ernstes Problem sprechen kann, auch wenn er oder sie keine Möglichkeit hat mir unmittelbar bei der Lösung des Problems zu helfen.					
97. Ich habe ein großes Einfühlungsvermögen, für das was in anderen Leuten vorgeht, aber ich empfinde mich wie durch eine Glaswand von ihnen abgetrennt.					
98. Glücklicherweise bin ich frei von Schuldgefühlen, die andere quälen und ihr Leben einschränken.					
99. Es verblüfft mich, dass ich bei der Arbeit und im sozialen Leben reife Beziehungen haben kann, während ich in intimen Beziehungen leicht in kindliche Verhaltensweisen verfalle.					
100. Ich genieße kurz dauernde sexuelle Kontakte mit jenen, die diese auch genießen, ohne große Erwartungen bezüglich dauerhaften Beziehungen zu haben.					
101. Es hilft mir im täglichen Leben, die Liebe und Anerkennung mir wichtiger Personen zu spüren, auch wenn wir voneinander getrennt sind.					
102. Manchmal tue ich Dinge, die mir, während ich sie mache, in Ordnung erscheinen, es mir aber im nachhinein schwer fällt zu glauben, dass ich das tat.					
103. Ich fühle mich innerlich wirklich schüchtern aber ohne es zu bemerken, werde ich zum Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.					
104. Es ist gut für mich mit Leuten zusammen zu sein, die besser sind als ich, da mein eigener Wert durch diese Verbindung steigt.					
105. Die meisten Menschen reagieren bei Mord entsetzt und schockiert, nur weil sie nicht den Mut haben würden, jemanden umzubringen, der ihnen im Weg ist.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
106. Leute reagieren auf mich so, da sie mich entweder mit Liebe, überschütten oder mich im Stich lassen.					
107. Ich bin sehr beherrscht, wenn alles seinen gewohnten Gang geht, aber wenn andere sich dumm anstellen, werde ich schnell wütend.					
108. Was im Leben wirklich zählt, ist nicht was die Menschen von einem halten, sondern wie man von ihnen profitieren kann.					
109. Ich empfinde lange Trennungen von anderen, die mir wichtig sind, als sehr schmerzvoll.					
110. Ich bin oft beunruhigt darüber, ob andere Leute darauf aus sind, mich auszunutzen.					
111. Selbst Personen, die mich gut kennen, können oft nicht einschätzen, wie ich mich verhalten werde.					
112. Es ist schwer, die Gefühle anderer nach ihrem äußerlichen Verhalten zu bewerten, da andre Personen unbeständig und unvorhersagbar sind.					
113. Wenn andere mich ungerechtfertigt angreifen, dann reagiere ich eher depressiv als wütend.					
114. Ich überfordere mich leicht, um mich den Bedürfnissen anderer anzupassen					
115. Ich neige dazu, Dinge in einer extremer Weise zu fühlen, so dass ich entweder große Freude oder intensive Verzweiflung verspüre.					
116. Es gibt nichts, das ich mir wünsche, das man für Geld nicht kaufen kann.					
117. Manchmal mag ich jemanden überhaupt nicht oder hasse ihn, und manchmal fühle ich der selben Person gegenüber tiefe Wertschätzung oder Liebe.					
118. Im allgemeinen habe ich kein Glück in Liebesbeziehungen.					
119. Andere mögen mich nicht, weil ich versuche, hohen Ansprüchen zu genügen.					
120. Ich mag distanziert erscheinen, aber ich bin mir der Gefühle anderer Personen sehr genau bewusst.					
121. Ich genieße es, andere Leute leiden zu lassen.					
122. Ich neige dazu in intime Beziehungen zu geraten, wo ich der Verlierer bin oder ausgenutzt werde und ich brauche lange Zeit, mir darüber bewusst zu werden.					
123. Jeder würde stehlen wenn er nicht Angst hätte, erwischt zu werden.					
124. Wenn ich das Gefühl habe, dass ich mich mit jemandem auf sehr persönliche und tiefe Art und Weise verständigen kann, bin ich mir sicher, dass die Beziehung über lange Zeit weitergehen wird.					
125. Ich kann nicht unterscheiden, ob ich nur möchte, dass etwas wahr wäre oder ob es wirklich wahr ist.					
126. In meinen Beziehungen zu anderen werde ich so verwirrt, dass es mir schwer fällt zu wissen, wie ihre Persönlichkeit ist.					
127. Es ist für mich eine große Erleichterung, dass ich mich selbst verletzen oder mir körperlichen Schmerz zufügen kann.					
128. Ich bin leicht verletzt oder verärgert über das Verhalten anderer Leute, aber normalerweise können sie es nicht erkennen, weil ich so wenig von meinen Reaktionen zeige.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
129. Alle ausschließlichen Liebesbeziehungen werden mit der Zeit langweilig.					
130. Ich bin gewillt, mich ganz in eine Liebesbeziehung einzulassen, aber leider sind nur wenige Leute fähig, mit verbindlichem Engagement darauf zu reagieren.					
131. Ich muss das Gefühl haben, dass alles unter Kontrolle ist, bevor ich mich entspannen und etwas Neues in einer Beziehung genießen kann.					
132. Es ist wichtig, sehr beherrscht zu sein, wegen der natürlichen" Neigung, Schwächen anderer auszunützen.					
133. Bei mir läuft es immer darauf hinaus, dass ich—mich viel mehr um andere kümmere als diese sich um mich zu kümmern scheinen, und ich weiß nicht, warum das so ist.					
134. Ich mache gerne Sachen, die andere gefährlich finden.					
135. Ich, halte sehr treu zu meinen Freunden und bin bereit mich für sie einzusetzen, auch wenn das bedeutet, dass ich einen Preis dafür zahle oder ein nennenswertes persönliches Risiko eingehe.					
136. Man kann die wirklichen Gefühle anderer nicht nach ihrem äußeren Verhalten beurteilen, da das Sichtbare manipuliert werden kann.					
137. Ein Hauptproblem von Ehen ist, dass es die eigene Freiheit einschränkt dem nachzugehen, was man wirklich gerne tut					
138. In Beziehungen bin ich vorsichtig da es gefährlich ist, zu vertrauensvoll zu sein.					
139. Ich bin immer darum bemüht als wenig fordernd zu erscheinen, was mich oft daran hindert, befriedigende Erfahrungen mit anderen zu erleben.					
140. Wenn man die Kontrolle behalten will, muss man sicher gehen, dass die anderen Angst vor einem haben.					
141. Im Laufe der Jahre war ich in der Lage, tiefgehende Freundschaften mit Menschen unterschiedlichen Alters aufzubauen.					
142. Ich muss sehr vorsichtig und exakt sein um mich selbst anderen mitzuteilen, was manchmal die Kommunikation stört.					
143. Es ist wichtiger für mich, die Liebe und Wertschätzung einiger enger Freunde zu haben, als den Beifall von vielen, die mich in Wirklichkeit gar nicht kennen.					
144. Es ist immer schmerzvoll mich von jemanden, den ich liebe, zu trennen.					
145. Ich bin immer überrascht, wenn Menschen Gutes von mir halten, weil ich bei mir selbst sehr kritisch bin.					
146. Wenn ich Menschen näher komme, gibt es Momente, wo ich sie nicht ausstehen kann und ich weiß nicht warum.					
147. Ich neige dazu, mich für andere zu sehr zu engagieren und schließlich erleben sie mich als Belastung.					
148. Ich wünsche, ich könnte mehr aus mir herausgehen, statt mich sogar beim Zusammentreffen mit engen Freunden als Außenseiter zu fühlen.					
149. Eine der aufregendsten Erfahrungen ist es für mich einen Menschen mit ähnlichen Maßstäben, Interessen und Wertvorstellungen, denen auch ich mich verpflichtet fühle, zu finden.					
150. Ich finde das Leiden anderer Menschen aufregend.					
151. Es regt mich sehr auf, wenn andere nicht verstehen, was ich meine.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegentlich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
152. Mit der Zeit reagieren Leute, wegen meiner strikten Regeln, negativ auf mich.					
153. Ich helfe anderen gerne, aber es schmerzt mich, wenn sie besser sind als ich.					
154. Ich begeistere mich schnell für Menschen, aber normalerweise enttäuschen sie mich sehr bald.					
155. Aufgrund meiner eingeschränkten sozialen Kontakte, würden Menschen nicht vermuten, dass ich ein intensives Phantasieleben habe, was auch sie mit einbezieht.					
156. Manchmal bin ich anderen gegenüber zu streng und starr und riskiere damit Freundschaften zu verlieren.					
157. Ich reagiere zu stark auf Kritik von anderen.					
158. Ich kritisiere andere kaum, da ich weiß, wie schlecht man sich dabei fühlt, manchmal aber kann ich mich nicht mehr zurückhalten, aber fühle mich anschließend sehr schlecht.					
159. Trotz meines Wunsches Freundschaft zu schließen, neigen Leute dazu, mich abzulehnen. da ich so hohe Ansprüche habe.					
169. Wenn man offen anderen gegenüber ist, wird man manipuliert.					
161. Leute erleben mich als distanziert und unnahbar und doch wünsche ich mir, ihnen nahe sein zu können.					
162. Ich habe schon lebensbedrohliche Suizidversuche unternommen.					
163. Es ist schwer, die Gefühle anderer nach ihrem Verhalten zu beurteilen, da es schwer ist, andere realistisch einzuschätzen.					
164. Ich bin an sich freundlich, verliere aber leicht die Geduld, werde wütend, bedauere es aber später.					
165. Ich kenne Menschen, die ich besonders mag und die ich nur bewundere. sondern beinahe idealisiere.					
166. Ich finde nicht, dass ich das bekomme, was ich will.					
167. Was die Menschen besitzen ist so ungerecht verteilt, dass ich es für gerechtfertigt halte, Dinge zu nehmen die mir nicht gehören, wenn ich dies ohne Gefahr tun kann.					
168. Menschen, die zu genau und kontrolliert sprechen, irritieren mich.					
169. Leute halten meine Art zu sprechen, zu handeln oder mich auszudrücken für zu übertrieben.					
170. Es ist schwierig für mich, alleine zu sein.					
171. Ich bin immer sehr darauf bedacht, anderen Menschen gegenüber nicht zu fordernd zu sein.					
172. Andere Menschen hassen mich, weil sie nicht aushalten können. dass ich so selbstsicher bin.					
173. Es ist schwer für mich, Schmerz nachzuempfinden, von dem andere sagen, dass sie ihn haben.					
174. Ich weine, wenn ich Filme sehe.					
175. Durch die Meinung anderer bin ich weit weniger belastet, als es die meisten anderen Leuten sind.					
176. Ich zeige meine Gefühle so offen, dass ich Gefahr laufe, dass mich andere kindisch finden.					
177. Wenn ich Menschen nahe komme, fällt es mir schwer, intensive Auseinandersetzungen zu vermeiden.					

HAQ Fragebogen zum Therapieverlauf

Sie finden unten eine Anzahl von Möglichkeiten, wie sich eine Person in Beziehung zu anderen Personen fühlen oder verhalten mag. Ziel dieses Fragebogens ist, dass Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Therapeuten anhand dieser aufgeführten Möglichkeiten beurteilen. Prüfen Sie daher jede der Möglichkeiten daraufhin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zum Therapeuten für zutreffend bzw. nicht zutreffend halten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Möglichkeit Ihr Urteil ab. Die Bewertung erfolgt in den Abstufungen:

Ja, ich halte dies für **sehr zutreffend.**

Ja, ich halte dies für **zutreffend.**

Ja, ich halte dies für **wahrscheinlich zutreffend** bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.

Nein, ich halte dies für **wahrscheinlich unzutreffend** bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.

Nein, ich halte dies für **unzutreffend.**

Nein, ich halte dies für **sehr unzutreffend.**

	sehr zutreffend	zutreffend	wahrscheinlich zutreffend	wahrscheinlich unzutreffend	unzutreffend	sehr unzutreffend
Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich seit kurzem besser.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass mein Therapeut mich versteht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit meinen Problemen auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Patienten anhand der unten aufgeführten Aspekte ein. Wählen Sie bitte die folgenden Abstufungen:

Ja, ich halte dies für **sehr zutreffend.**
Ja, ich halte dies für **zutreffend.**
Ja, ich halte dies für **wahrscheinlich zutreffend** bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
Nein, ich halte dies für **wahrscheinlich unzutreffend** bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
Nein, ich halte dies für **unzutreffend.**
Nein, ich halte dies für **sehr unzutreffend.**

Ich habe den Eindruck...	sehr zutreffend	zutreffend	wahrscheinlich zutreffend	wahrscheinlich unzutreffend	unzutreffend	sehr unzutreffend
... dass ich meinem Patienten helfen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass die Behandlung meinem Patienten hilft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass mein Patient neue Einsichten gewonnen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass sich mein Patient seit kurzem besser fühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass mein Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung gekommen ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass sich mein Patient auf mich verlässt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass sich mein Patient von mir verstanden fühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass mein Patient von mir glaubt, dass ich mich für die Erreichung seiner Ziele einsetze.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass mein Patient mit mir ernsthaft an einem Strang zieht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass mein Patient seine Probleme ähnlich wie ich sieht und beurteilt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... dass mein Patient sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit seinen Problemen auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn er mit mir keine weiteren Gespräche mehr hat).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

I. Die letzten 7 Tage

II. Der höchste GAF = beste Woche (über mindestens 7 Tage) während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich):

100-91 = Hervorragende Leistungsfähigkeit
90-81 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80-71 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
70-61 = Leichte Beeinträchtigung
60-51 = Mäßig ausgeprägte Störung
50-41 = Ernsthafte Beeinträchtigung
40-31 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30-21 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20-11 = Selbst – oder Fremdgefährlichkeit
10-1 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0 = unzureichende Information

1. Gab es **im letzten Jahr** positive oder negative Veränderungen **in Ihrem Familien- oder Privatleben** (z.B. Umzug, Heirat, Schwangerschaft, Geburt eines Kindes, Krankheit, Trennung, Todesfall, Veränderungen in einer laufenden Psychotherapie)?

   ☐ nein ☐ ja, positive (Welche?) _____

   _____

   ☐ ja, negative (Welche?) _____

   _____

2. Gab es **im letzten Jahr** positive oder negative Veränderungen **in Ihrem beruflichen Leben** (z.B. Beförderung, Arbeitsplatzwechsel, Entlassung, Arbeitslosigkeit)?

   ☐ nein ☐ ja, positive (Welche?) _____

   _____

   ☐ ja, negative (Welche?) _____

   _____

Nach Klinikentlassung habe ich:

☐ keine Psychotherapie gemacht
bitte weiter mit ⇨ 9

☐ unmittelbar danach (**bis zu 4 Wochen**) mit Therapie bzw. Vorgesprächen begonnen
bitte weiter mit ⇨ 10

☐ Therapie begonnen, aber erst nach ca. ☐☐ Wochen
bitte weiter mit ⇨ 11

☐ eine bereits vor der stationären Behandlung begonnenen Therapie fortgeführt
bitte weiter mit ⇨ 12

9. Hauptsächlich waren es folgende Gründe, **keine Psychotherapie** nach Klinikentlassung zu machen. (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

- ☐ ich konnte die in der Therapie neu gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen auch ohne professionelle Hilfe aus eigener Kraft in meinen Alltag umsetzen
- ☐ ich hatte genügend Hilfe und Unterstützung durch mein soziales Umfeld
- ☐ durch Ereignisse, war Therapie nicht mehr mein Thema
- ☐ ich glaube nicht mehr, dass mir Therapie für meine speziellen Probleme weiterhelfen kann
- ☐ andere Gründe: _____

10. Hauptsächlich waren es folgende Gründe, **unmittelbar** (bis zu 4 Wochen) nach Klinikentlassung mit **Psychotherapie** bzw. Vorgesprächen zu beginnen (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

- ☐ ich konnte die in der Therapie neu gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen ohne professionelle Hilfe nicht in meinen Alltag umsetzen
- ☐ mir fehlte Hilfe und Unterstützung durch mein soziales Umfeld
- ☐ durch Ereignisse, geriet ich in eine Krise. Welche: _____
- ☐ obwohl es mir recht gut ging, wollte ich das in der Klinik Gelernte weiter vertiefen und kontinuierlich an meiner Entwicklung arbeiten
- ☐ andere Gründe: _____

11. Hauptsächlich waren es folgende Gründe, **erst später** eine **Psychotherapie** aufzunehmen

- ☐ ich hätte sofort Therapie gebraucht, doch es war kein Platz frei
- ☐ obwohl ich weiterhin Schwierigkeiten hatte, wollte ich es erst mal aus eigener Kraft versuchen
- ☐ unmittelbar nach Entlassung brauchte ich keine Therapie, erst später kam es zu einem Rückfall meiner alten Schwierigkeiten
- ☐ die Schwierigkeiten, aufgrund derer ich in der Klinik war, waren verschwunden, es kam jedoch zu neuen Problemen, die mich zur Therapie führten. Welche: _____
- ☐ andere Gründe: _____

12.

	sehr nachteilig		teils/teils		sehr förderlich
Welchen Einfluss hatte die stationäre Behandlung auf Ihre ambulante Therapie?	☐	☐	☐	☐	☐

1. Haben Sie einen festen Partner?

   ☐ nein ☐ ja, seit _____ Monaten

2. Kam es im letzten Jahr zu einer Trennung von Ihrem Partner?

   ☐ nein ☐ ja, es kam zur Trennung

3. Haben Sie eine/n Vertraute/n (außer Ihrem Partner) mit der/m Sie auch über persönliche Dinge sprechen können?

   ☐ nein ☐ ja

Medizinisches Zentrum für Psychosomatische Medizin

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Ludwigstraße 76, 35392 Gießen

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer
Prof. Dr. M. E. Beutel
Psychotherapy research
Tel.: ++49-0641/99-45660/45661
Fax: ++49-0641/99-45669

E-Mail: Manfred.Beutel@psycho.med.uni-giessen.de

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vor einem Jahr wurden Sie in unserer Klinik behandelt. Sicher erinnern Sie sich, dass wir Sie während Ihres stationären Aufenthaltes gebeten haben, ein Jahr nach Ihrer Entlassung uns Ihre Erfahrungen mitzuteilen.

Wir möchten erfahren, wie hilfreich Sie nach Ihrer Rückkehr nach Hause die Behandlung in unserer Klinik erlebt haben. Wir hoffen, so besser verstehen zu können, welche Auswirkungen die Therapie langfristig auf Ihr Befinden bzw. Ihre Erkrankung hat. Mit Ihren Antworten helfen Sie auch, die Behandlung zukünftiger Patienten zu verbessern.

Um auch eine unabhängige Einschätzung zu erhalten, würden wir parallel gern - mit Ihrem Einverständnis - Ihren Hausarzt oder einen von Ihnen benannten Arzt des Vertrauens bzw. Ihren Therapeuten befragen. Hierfür möchten wir Sie mit beiliegendem Schreiben um Ihr Einverständnis bitten. Die unterschriebene Einverständniserklärung senden Sie bitte zusammen mit dem Fragebogen an uns zurück.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Selbstverständlich werden die Informationen, die Sie uns jetzt geben, genauso anonym behandelt wie die Informationen, die Sie uns während Ihres Klinikaufenthaltes gaben.

Wir bitten Sie deshalb den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und im beigefügten Rückumschlag - *so bald als möglich* - an uns zurückzusenden. Das Porto bezahlt unsere Klinik. Um unsere Untersuchungsergebnisse auswerten zu können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Die Ergebnisse der Studie können nur dann sinnvoll verwendet werden, wenn sich möglichst alle ehemaligen Patientinnen und Patienten daran beteiligen.

Falls Sie sich für die Ergebnisse unserer Studie interessieren, können Sie uns dies mitteilen. In diesem Falle schreiben Sie uns bitte Ihren Wunsch sowie Ihre aktuelle Adresse. Sie bekommen dann nach Abschluss der Erfassung eine Zusammenfassung zugeschickt. Wenn Sie weitere Fragen zur Nachbefragung haben, können Sie sich an das Sekretariat Prof. Dr. M. E. Beutel (Tel. Nr.: 0641/ 99-45661) wenden.

Wir möchten uns schon jetzt für Ihre Mitarbeit und Hilfe bei unserer Nachbefragung recht herzlich bedanken!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M. E. Beutel A. Höflich

Medizinisches Zentrum für Psychosomatische Medizin

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Ludwigstraße 76, 35392 Gießen

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer
Prof. Dr. M. E. Beutel
Psychotherapy research
Tel.: ++49-0641/99-45660/45661
Fax: ++49-0641/99-45669

E-Mail: Manfred.Beutel@psycho.med.uni-giessen.de

Langzeitwirkungen stationärer Psychotherapie

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vor etwa 3 Jahren wurden Sie in unserer Klinik behandelt. Unsere Ein-Jahres-Nachbefragung fand bei der Mehrzahl der Patienten ein erfreulich großes Echo. Diese Fragebögen waren für uns eine große Hilfe, ebenso Ihre zum Teil ausführlichen Anmerkungen. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Teilnehmern der Studie ganz herzlich bedanken.

Mehrfach wurde von Seiten der StudienteilnehmerInnen der Wunsch geäußert, über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Nachdem wir zur Auswertung erst den Rücklauf einer genügend großen Zahl an Fragebögen abwarten mussten, sind wir nun in der Lage diesem Wunsch nachzukommen. Auf den folgenden Seiten werden wir Ihnen einige ausgewählte Ergebnisse unserer Studie vorstellen.

Die Auswertung der Ein-Jahres-Nachbefragung hat gezeigt, dass viele von Ihnen zur damaligen Zeit noch in einem Veränderungsprozess waren, dessen Verlauf Sie damals natürlich noch nicht absehen konnten. Für die Bewertung einer stationären Psychotherapie ist aber gerade der längerfristige Verlauf maßgeblich. Wir bitten daher um Ihr Verständnis, dass wir noch einmal abschließend mit dem Anliegen um Mitarbeit an Sie herantreten. Mit der Beantwortung des beiliegenden Fragebogens helfen Sie uns, die Behandlung zukünftiger Patienten zu verbessern. Gerne senden wir Ihnen eine Auswertung dieser neuen Ergebnisse (nach Abschluss der Studie) zu.

Wenn Sie weitere Fragen zu dieser Studie haben, können Sie sich gerne an Frau Dipl. Psych. A. Höflich (Tel. Nr.: 0641/ 99-45621) wenden.

Wir möchten uns schon jetzt für Ihre Mitarbeit und Hilfe bei unserer Befragung recht herzlich bedanken!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M. E. Beutel Dipl. Psych. A. Höflich

Erste Ergebnisse der Studie:
Langzeitwirkungen stationärer Psychotherapie

In den Jahren 2000 und 2001 wurden in der Psychosomatischen Klinik Gießen 314 Patienten stationär aufgenommen. Etwa 70% davon haben sich an der Ein-Jahres-Nachbefragung beteiligt. Die Patienten waren zwischen 17 und 67 Jahren alt. Das durchschnittliche Alter lag bei 32 Jahren. Es wurden deutlich mehr Frauen (67%) als Männer (33%) behandelt. Die Dauer der Behandlung betrug im Mittel 50 Tage und lag zwischen einem und 169 Tagen.

Schul- und Berufsausbildung

Tab. 1

Schulabschluss	Anteil der Patienten
Haupt- bzw. Volksschulabschluss	21%
Realschulabschluss	37%
Abitur	36%
Sonstige Abschlüsse	6%

Berufausbildung	Anteil der Patienten
Lehre	50%
Meister, Universitäts- oder FH Abschluss	13%
Noch in Ausbildung	16%
Keinen oder sonstigen Abschluss	21%

Beschäftigungsverhältnis	Anteil der Patienten
Vollzeit	38%
Teilzeit	11%
Hausfrau/ Hausmann	7%
In Ausbildung	16%
Arbeitslos	14%
Rente	4%
Sonstige Beschäftigungsverhältnisse	10%

Ambulante Nachbehandlung

In den meisten Fällen stand am Ende der Behandlung die Empfehlung eine ambulante Psychotherapie zu beginnen bzw. fortzuführen. Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, folgten die meisten Patienten dieser Empfehlung und begannen nach ihrer Entlassung eine ambulante Therapie bzw. führten ihre bereits vor dem Klinikaufenthalt begonnene Therapie fort. Nur etwa ein Viertel der Patienten machte nach der Entlassung keine ambulante Psychotherapie.

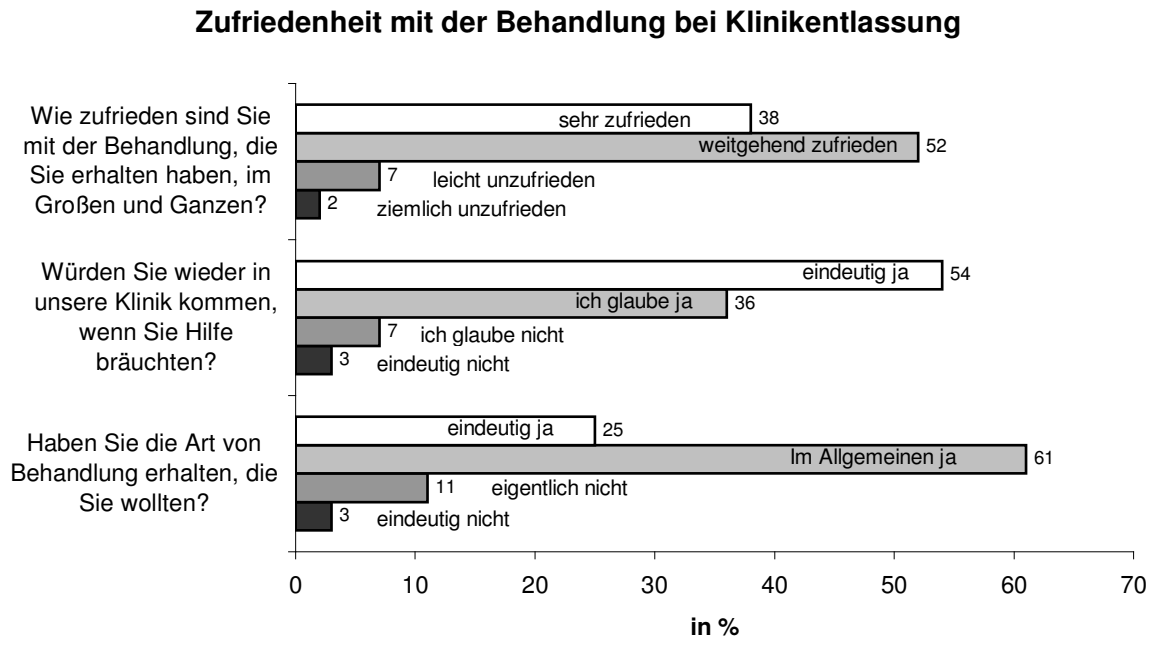
Tab. 2

Nach der Klinkentlassung habe ich	Anteil der Studienteilnehmer
eine bereits begonnene Therapie fortgeführt	19%
gleich eine Psychotherapie gemacht	37%
eine Therapie nach ca. 12 Wochen begonnen	18%
keine Psychotherapie gemacht	26%

Zufriedenheit mit der Behandlung in unserer Klinik

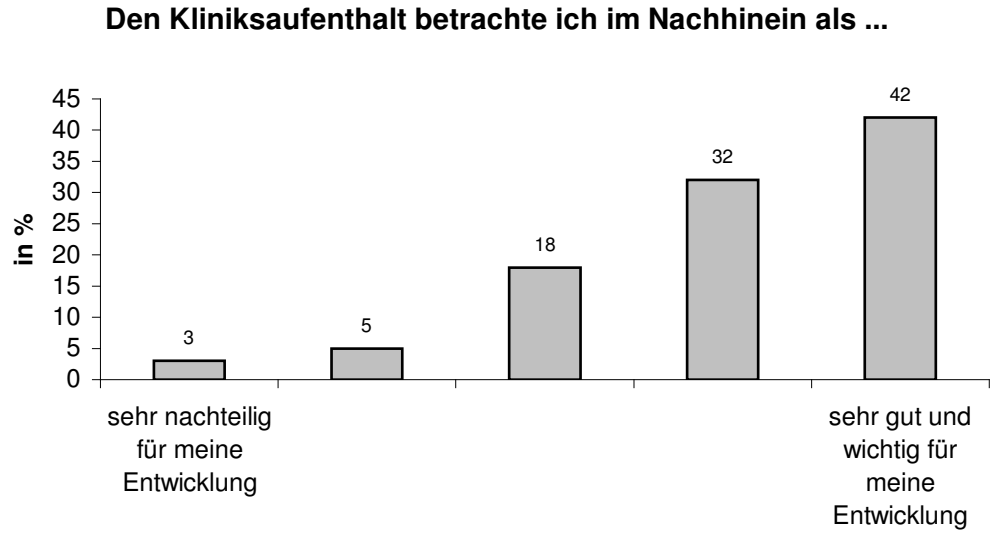
Bei Entlassung haben wir Ihnen einige Fragen zur Zufriedenheit mit unserem Behandlungsangebot gestellt. Wie Sie in Abbildung 1 sehen können, war die Mehrzahl der Patienten mit der Behandlung zufrieden und würde bei Bedarf wieder in unsere Klinik kommen. Die Patienten gaben überwiegend an, die Behandlung erhalten zu haben, die sie erwartet hatten.

Abb. 1



Ebenso wichtig ist zu wissen, wie Patienten den Aufenthalt rückblickend bewerten, wenn sie wieder mit den Anforderungen des Alltags konfrontiert werden. Bei der Ein- Jahres-Nachbefragung haben wir daher gefragt, wie die StudienteilnehmerInnen den Klinikaufenthalt hinsichtlich Ihrer weiteren Entwicklung bewerten. Abbildung 2 zeigt, dass die meisten den Klinikaufenthalt für gut und wichtig für Ihre weitere Entwicklung einschätzten.

Abb. 2

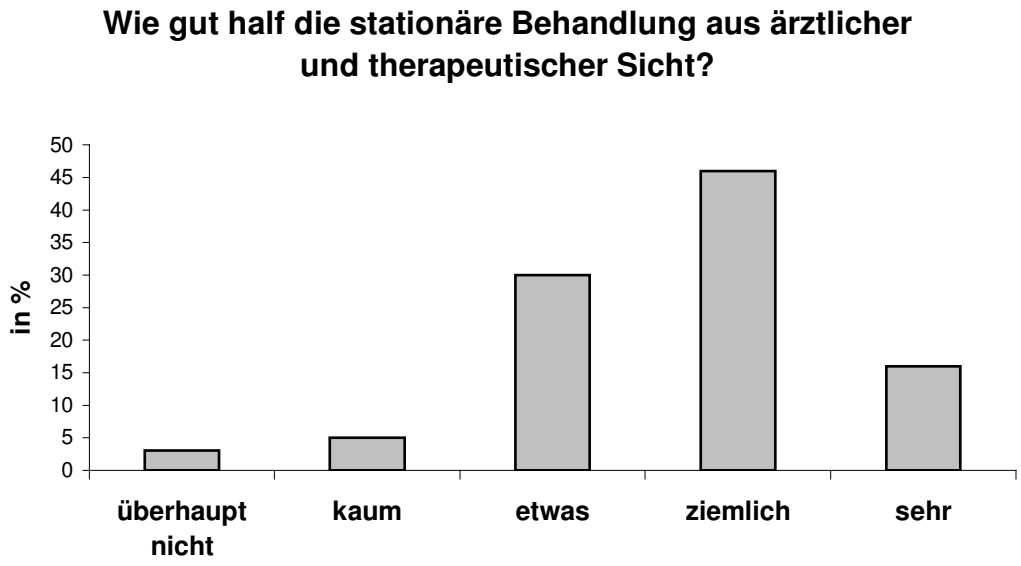


Wie Sie wissen, bemühen wir uns um ein individuell abgestuftes Therapieprogramm und bieten verschiedene Therapieformen an. Bei der Nachbefragung stellten wir Ihnen auch die Frage, welche der verschiedenen Behandlungsangebote Sie im Rückblick als besonders hilfreich beurteilen. Die meisten StudienteilnehmerInnen schätzten vor allem folgende Behandlungsangebote als hilfreich ein: Gespräche mit Mitpatienten, Kunsttherapie, Einzeltherapie, Notgespräche und Körpertherapie. Auch Paar- und Familiengespräche, die Musiktherapie und die Gruppentherapie wurden mehrheitlich als hilfreich empfunden. Weniger Patienten fanden hingegen die Visiten, die Wochenendbesprechung und die Großgruppe hilfreich.

Befragung der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten

Zusätzlich zu den StudienteilnehmerInnen haben wir auch die behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten nach der Einschätzung Ihres Behandlungserfolgs befragt, wenn Sie uns dafür Ihr Einverständnis gegeben haben. Etwa 2/3 der Ärzte und Therapeuten haben sich an der Studie beteiligt.
Ähnlich wie die StudienteilnehmerInnen schätzten die Mehrzahl der Ärzte und Therapeuten die stationäre Behandlung als hilfreich ein (siehe Abbildung 3). Auch hat sich aus ärztlicher Sicht die Arbeitsunfähigkeit bei einem Großteil der Patienten (40%) verringert.

Abb. 3

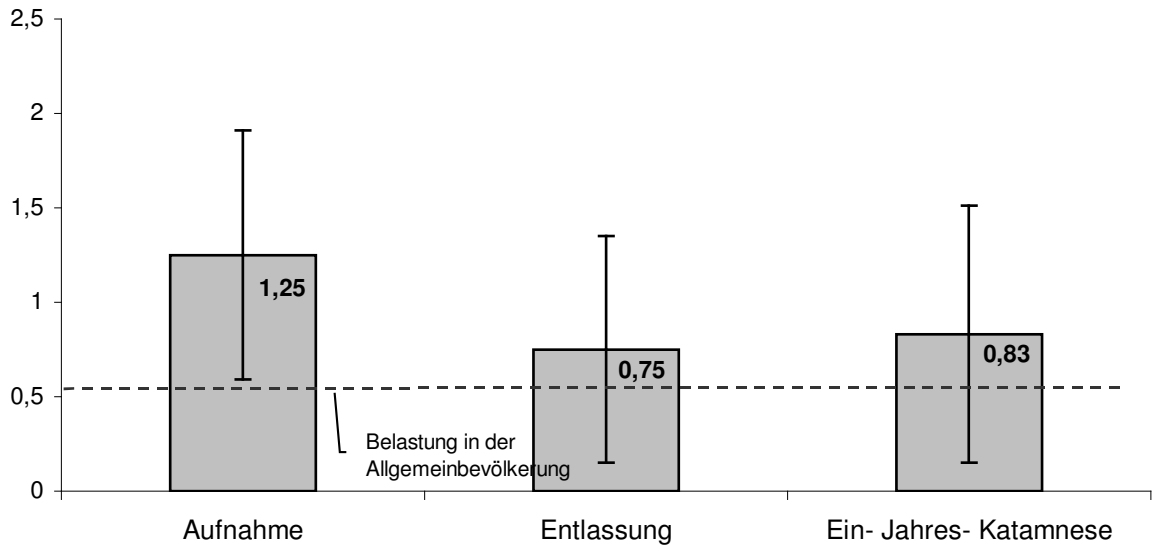


Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden und erneute Krisen

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Belastung durch psychische und körperliche Beschwerden. Zu diesem Zweck haben wir mit Hilfe eines Fragebogens (SCL-90-R) einen Mittelwert gebildet, der angibt wie stark sich eine Person durch psychische und körperliche Beschwerden (z.B. Depressionen, Ängste, körperliche Beschwerden) belastet fühlt. Abbildung 4 zeigt die Belastung bei Aufnahme, bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung (Ein- Jahres- Katamnese). Dabei entspricht ein Wert von 0,57 der Symptombelastung in der Allgemeinbevölkerung (siehe gestrichelte Linie).
Dargestellt sind die durchschnittlichen Werte. Die Balken zeigen Ihnen den Bereich, in dem die Werte der meisten Patenten liegen. Wie in der Abbildung zu sehen ist, verringerte sich die Belastung während des Klinikaufenthaltes deutlich. Dieser therapeutische Gewinn blieb auch ein Jahr nach Klinikentlassung erhalten. Die Belastungsintensität näherte sich den Werten der Allgemeinbevölkerung an. Ein großer Teil der Patienten lag bei der Entlassung und der Katamnese im Bereich der Allgemeinbevölkerung.

Abb. 4

Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden



Etwa 70% der Patienten beschreiben, dass sie in den 12 Monaten nach der Entlassung erneut krisenhafte Situationen erlebt haben. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl (ca. 3/4) um Krisen aufgrund der gleichen Problematik, wegen derer die Klinik aufgesucht wurde.
Dass ein Teil der StudienteilnehmerInnen nach einem Jahr noch vermehrt körperliche und psychische Beschwerden hatte, war Anlass für uns die Studie fortzusetzen. Bedenkt man, dass viele StudienteilnehmerInnen in der Zeit nach der Entlassung erneut Krisen erlebten, ist es umso erfreulicher, dass die erzielte Besserung weitgehend stabil geblieben ist.
Wir hoffen, für Sie interessante Ergebnisse unserer Studie dargestellt zu haben. Zudem würden wir uns freuen, wenn Sie uns noch einmal behilflich sein könnten, indem Sie die erneute Befragung unterstützen.
Falls Sie Interesse an den weiteren Studienergebnissen haben, kreuzen Sie dies bitte am Ende des Fragebogens an. Wir werden Ihnen dann nach Abschluss dieser Untersuchung die Ergebnisse zusenden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Anke Höflich
Anschrift	Adalbert-Stifter Str. 12, 35394 Gießen
Telefon	0179-4675852
Email	hoeflich@uni-mainz.de

Geburtsdaten	* 06.08.1974 in Berlin

Schulbildung

1981 - 1985	POS Berlin - Pankow
1985 - 1990	POS Berlin – Hohenschönhausen
1990 - 1991	Leistungsklasse der 38. Oberschule Berlin-Hohenschönhausen
1991 - 1994	Pestalozzi Oberschule Berlin-Hohenschönhausen Abitur im Juni 1994: Note: 2.5

Studium

WS 1997 / 1998 - SS 2002	Psychologiestudium an der Justus-Liebig-Universität Gießen Vordiplom im Sommer 1999: Note: 2.1 Diplom im Sommer 2002: Note: 1.4
WS 2001 / 2002	Diplomarbeit: „Evaluatives Konditionieren bei Blutphobikern: Die Bedeutung der Ekelempfindlichkeit“ (Bewertung: sehr gut)

außeruniversitäre Berufserfahrung

01.1995 - 11.1997	Apothekenhelferin in der Annen-Apotheke Basdorf
11.2001 - 10.2002	Honorarkraft im Caritashaus für allein stehende Obdachlose in Wetzlar

Praktika

03.1999 - 04.2000	Forschungspraktikum am Zentrum für Psychiatrie der Justus-Liebig-Universität Gießen
08.2000 - 09.2000	Klinisches Praktikum in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen

beruflicher Werdegang

05.2000 - 12.2000	Nachtwache in der Nachtklinik am Zentrum für Psychiatrie der Justus-Liebig-Universität Gießen
10.2000 - 10.2002	Wissenschaftliche Hilfskraft in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen
11.2002 - 10.2004	Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen
seit November 2004	Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

seit November 2003	Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten an der Aus- und Weiterbildungseinrichtung für Klinische Verhaltenstherapie e.V. (AWKV) in Marburg
08.2003 - 03.2004	Mitarbeit in der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen
04.2004 - 10.2004	Klinisches Praktikum in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen
seit Januar 2005	Psychiatrisches Jahr in der Klinik für Psychiatrie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Veröffentlichungen, Vorträge, Poster

Beutel, M.E., **Höflich, A.**, Kurth, R., Brosig, B., Gieler, U., Leweke, F., Milch, W.E., Reimer, Ch. (2005). Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie - Indikationen, Ergebnisse Prädiktoren. Z Psychosom Med Psychother 51: 145-162.

Beutel, M.E., **Höflich, A.**, Kurth, R.A., Reimer, Ch. (in press). Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients' evaluations, outpatient aftercare and determinats of outcome. Psychology and Psychotherapy.

Höflich, A., Bleichner, F. (2003). „Erste Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen“. Bad Neustädter Fachtagung: Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung: Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung, Bad Neustadt / Saale, 12. Juni 2003. Vorträge zur Fachtagung 2003 Schriftreihe 1: 60 – 67.

Höflich, A., Meyer, F., Matzat, J., Beutel, M.E. (2005). „Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Behandlung“. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 55(2): 100.

Höflich A., Meyer F., Matzat J., Bleichner F., Knickenberg R.J., Beutel M.E. (in Druck). Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen durch Patienten einer psychosomatischen Klinik. Z Psychosom Med Psychother.

Matzat, J., Meyer, F., **Höflich, A.**, Beutel, M.E. (2003). „Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke“. Poster zum Kongress „Psychosoziale Versorgung in der Medizin“ in Hamburg vom 28. - 30. September 2003.

Meyer, F., Matzat, J., **Höflich, A.**, Scholz, S., Beutel, M. E. (2004). Self-help groups for psychiatric and psychosomatic disorders in Germany – themes, frequency and support by self-help advice centres. Journal of Public Health 12(6): 359-364.

Meyer, F., **Höflich, A.**, Matzat, J., Beutel, M.E., Bleichner, F., Dippel, A., Franke, W., Knickenberg, R.J., Merkle, W., Reimer, Ch. (2004). Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden – Projektbeschreibung und erste Ergebnisse. In B. Borgetto: Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsselbsthilfe, 232-238.

Meyer, F., **Höflich, A.**, Matzat, J., Beutel, M.E. (2004). Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Krankheitsverlauf von Patienten psychosomatischer Kliniken. Poster zum Kongress „14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium“ in Hannover vom 28. Februar - 2. März 2005.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. M.E. Beutel, für seine kompetente, freundliche und unterstützende Betreuung dieser Doktorarbeit. Seine Begeisterung für die Psychotherapieforschung hat mich ermutigt diese Arbeit zu beginnen.

Für die Unterstützung dieser Arbeit möchte ich allen Mitarbeitern der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen ganz herzlich danken, insbesondere Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer, Frau Dipl. Psych. Dr. hum. biol. R. Kurth, Herrn PD Dr. med. B. Brosig, Herrn Prof. Dr. med. U. Gieler, Herrn Dr. med. F. Leweke und Herrn Prof. Dr. med. W. Milch.

Ich danke den Patienten der Klinik, ohne deren Beteiligung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Meiner Familie und Axel Schäfer danke ich für die private Unterstützung und Motivation.

Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbstständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

A.Höflich