

weeks initiated changes which improved at the end of psychotherapy until one year after discharge.

Z. Psychosom Med Psychother 51/2005, 360-372

## Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese?

Eine Studie zur stationären psychodynamischen Psychotherapie

Von Gabriele Helga Franke<sup>1</sup>, Thilo Hoffmann<sup>2</sup> und Jörg Frommer<sup>3</sup>

### Summary

*Does Improvement of Symptoms Four Weeks after the Begin of Psychodynamic Inpatient Psychotherapy Correspond to Long Term Outcome?*

**Objectives:** This study was conducted to explore differentiated aspects of outcome throughout and one year after psychodynamic inpatient psychotherapy with special regard to symptomatic distress and interpersonal behaviour.

**Methods:** Sixty-four patients of the Department of Psychotherapeutic Medicine of the Jerichow Hospital (Saxonia-Anhaltina) were investigated with the SCL-90-R and the IIP-D four times: at the beginning of inpatient psychotherapy ( $t^0$ ), four weeks after ( $t^1$ ), at the end ( $t^2$ ), and one year after discharge ( $t^3$ ).

**Results:** The improvement of symptoms four weeks after the beginning of psychodynamic inpatient psychotherapy is equivalent with long term outcome. The Global Severity Index of SCL-90-R demonstrated a statistically significant change from markedly psychological distress to lack of distress after four weeks psychodynamic inpatient psychotherapy (effect-size  $d(GSI) = 0.82$ ). At the end of psychotherapy, three weeks later, the effect-size was  $d = 1.11$ , and one year after discharge the effect-size decreased again to  $d = 0.85$ . Major improvements demonstrated the SCL-90-R subscales *Depression*, *Anxiety*, and *Obsessive/Compulsive*. Regarding interpersonal problems, the subscales *Dominance*, and *Competitive* demonstrated statistically significant changes from low Stanine-scores at  $t^0$  to higher scores one year after discharge. The subscales *Socially avoidant*, *Nonassertive*, and *Exploitable* demonstrated statistical significant changes from high levels at  $t^0$  to lower scores after one year.

**Discussion:** In conclusion the first four weeks of psychodynamic psychotherapy are not sufficient to demonstrate an optimum level of low psychological distress as well as an optimum change in interpersonal problems. Regarding stability of the effects of psychodynamic inpatient psychotherapy it was demonstrated that the first four

<sup>1</sup> Studiengang Rehabilitationspsychologie, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).

<sup>2</sup> Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, AWO Fachkrankenhaus Jerichow.

<sup>3</sup> Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

Psychodynamic Inpatient Psychotherapy – SCL-90-R – IIP-D – Effect Size

### Keywords

### Zusammenfassung

**Fragestellung:** Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Frage nach der Verlaufsdynamik von Symptombesserung und der Besserung interpersonaler Probleme während und nach stationärer psychodynamischer Langzeitpsychotherapie.

**Methode:** Die Untersuchung der Fragestellung erfolgte an 256 SCL-90-R und IIP-D-Datensätzen, die von 64 Patienten der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin des Fachkrankenhauses Jerichow (Sachsen-Anhalt) zu jeweils vier Messzeitpunkten gewonnen wurden. Die Messung erfolgte zu Beginn der stationären Behandlung ( $t^0$ ), vier Wochen nach Beginn ( $t^1$ ), am Ende ( $t^2$ ) und ein Jahr nach Beendigung der Krankenhausbehandlung ( $t^3$ ).

**Ergebnisse:** Die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn entsprach dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese. Die globale psychische Belastung verbesserte sich von hohen Werten zur Aufnahme schon nach vier Wochen (Effektstärke  $d(GSI) = 0,82$ ) stationärem Aufenthalt. Diese Verbesserung steigerte sich bis zur Entlassung ( $d = 1,11$ ) nach weiteren drei Wochen und fiel nach einem Jahr auf die Werte nach vier Wochen zurück ( $d = 0,85$ ). Die deutlichsten Verbesserungen zeigten sich bei den Subskalen *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Zwanghaftigkeit*. Bei den interpersonalen Problemen fand sich eine kontinuierliche Zunahme der geringen Stanine-Werte von der Aufnahme bis zur Ein-Jahres-Katamnese bei den Skalen *Autokratisch/dominant* sowie *Streitsüchtig/konkurrierend*. Eine kontinuierliche Abnahme der hohen Stanine-Werte von der Aufnahme bis zur Ein-Jahres-Katamnese fand sich bei den Skalen *Introvertiert/sozial vermeidend*, *Selbstunsicher/unterwürfig*, *Ausnutzbar/nachgiebig*.

**Diskussion:** Die erste Phase von vier Wochen stationärer psychodynamischer Psychotherapie genügt nicht, um eine optimale Besserung der psychischen und interpersonellen Probleme zu erreichen. In Bezug auf die Stabilität psychodynamisch erzielter Effekte zeigte sich gerade im interpersonellen Bereich, dass sich in den ersten vier Wochen angestoßene Veränderungen bis zur Entlassung und darüber hinaus noch ein Jahr später positiv weiter entwickelten.

### 1. Einleitung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stand die Frage nach der Verlaufsdynamik der Besserung symptomatischer und interpersonaler Belastung während und nach stationärer psychodynamischer Langzeitpsychotherapie. Von den wenigen Studien zu den Effekten dieser Form von Langzeittherapie (Bassler 1994; Bräutigam et al. 1990; Junge u. Ahrens 1996; Rudolf et al. 1988, 2004) interessiert, wegen der Vergleichbarkeit der eingesetzten

Instrumente (SCL-90-R; Franke 2002; IIP-D; Horowitz et al. 2000), vor allem die Arbeit von Franz et al. (2000). Die Autoren fanden in einer multizentrischen Studie (durchschnittliche Behandlungsdauer 126,6 Tage) eine mittlere Effektstärke im Globalen Schwereindex (GSI) der SCL-90-R von  $d = 0,84$ . Ein Problem dieser Studie ist das Fehlen von Zwischenmesswerten und katamnestischen Daten.

Daher entschieden wir uns, stationäre Psychotherapien nicht nur zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung, sondern darüber hinaus zu zwei weiteren Zeitpunkten zu untersuchen, und zwar vier Wochen nach Beginn und ein Jahr nach Abschluss der stationären Therapie. Unsere Fragestellung wurde dabei auf die folgenden Schwerpunkte fokussiert:

- Die Symptomatik bessert sich in den ersten vier Wochen des stationären Aufenthaltes bei den meisten Patienten in der SCL-90 deutlich, die Besserung betrifft vor allem die grundsätzliche psychische Belastung und die Skalen Depressivität, Ängstlichkeit sowie Zwanghaftigkeit.
- Zwischen der Befragung vier Wochen nach Beginn und dem Ende des stationären Aufenthaltes kommt es bei der SCL-90-R generell zu einer weiteren Symptombesserung, die aber geringfügiger ist als die in den ersten vier Wochen erzielte Veränderung.
- Bei der katamnestischen Untersuchung ist ein stabiler Erfolg zu erwarten, der bezüglich der Symptombesserung deutlich über dem Aufnahmebefund, aber unterhalb des Entlassungsbefundes liegt.
- Bezüglich der interpersonellen Probleme (IIP-D) kommt es während des gesamten Aufenthaltes und im Katamnesezeitraum zu einer langsamen kontinuierlichen Besserung, die jedoch weniger stark ausgeprägt ist als die Symptombesserung.

## 2. Methodik

### 2.1. Stichprobe

In die Studie einbezogen wurden alle im Jahr 2001 in die stationäre Behandlung aufgenommenen und auch wieder entlassenen Patienten<sup>4</sup>. Insgesamt wurden 139 Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen und nach durchschnittlich 50,7 Tagen ( $SD = 27,8$ , Range 1–128) Behandlung bis zum Ende des vierten Quartals 2001 wieder entlassen. Pro Patient wurden direkt ein Jahr nach Entlassung die katamnestischen Fragebogen verschickt.

Es antworteten 64 Patienten (Rücklaufquote: 46%). Die Nicht-Teilnahme lag zum größten Teil daran, dass die Patientinnen und Patienten aufgrund

eines Umzugs nicht mehr postalisch erreichbar waren ( $n = 50$ ); ansonsten wurde die Teilnahme wegen mangelnden Interesses verweigert ( $n = 25$ ). Damit umfasste die Katamnese-Stichprobe 64 Patienten, die im Durchschnitt 53,2 Tage ( $SD = 26,0$ , Range 14–128) stationär behandelt worden waren.

Bei allen Patienten wurde durch einen erfahrenen Facharzt bei der Aufnahme eine Diagnose anhand der ICD-10-Forschungskriterien (WHO 1993) erstellt, die während des Verlaufs differenziert und gegebenenfalls revidiert wurde. Nach dem psychodynamischen Postulat einer Trennung von Symptomatologie und Persönlichkeitsstruktur in der Diagnostik wurde, ähnlich wie in der Studie von Rudolf et al. (2004), bei allen Patienten eine Symptomidagnose gestellt, unabhängig davon, ob die strukturelle Störung die zusätzliche Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigte. Wegen ihrer niedrigen Reliabilität (Sartorius et al. 1993) blieben die Persönlichkeitsstörungsdiagnosen in der weiteren Auswertung unberücksichtigt.

### 2.2. Behandlungssetting

Das Behandlungskonzept der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am AWO-Fachkrankenhaus Jerichow (Sachsen-Anhalt) entspricht der psychosomatischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung (9–402.0) im Sinne des Prozedurenkatalogs des OPS-301 2.1 (Heuft et al. 2002).

### 2.3. Instrumente

Neben soziodemografischen Daten und ICD-10-Diagnosen wurden SCL-90-R (Franke 2001; 2002; vgl. die Anwendung von Geiser et al. 2004; Junkert-Iress et al. 1999) und IIP-D-Daten (Horowitz et al. 2000; vgl. die Anwendung von Hartkamp et al. 2002; Spitzer et al. 2004) in die Untersuchung einbezogen. Die Messungen erfolgten zu Beginn ( $t^0$ ), nach vier Wochen ( $t^1$ ) sowie am Ende ( $t^2$ ) und ein Jahr nach Beendigung der Krankenhausbehandlung ( $t^3$ ).

### 2.4. Auswertungsmethodik

Die statistische Auswertung der Verlaufsdaten wurde aufgrund der Stichprobengröße nur für die Gesamtgruppe, nicht aber für die einzelnen Diagnosegruppen durchgeführt. Die Entwicklung der Skalenmittelwerte im Verlauf der Zeit wurde pro Verfahren mit Hilfe einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung simultan über alle Subskalen bewertet. Bei nachgewiesener statistischer Signifikanz wurden skalenweise Einzelvergleiche mit Hilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholung und Bonferroni-korrigierte paarweise Einzelvergleiche durchgeführt.

Zur Berechnung der Effektstärken der Veränderungsmessungen wurde die

<sup>4</sup> Wir danken Frau Diplom-Rehabilitationspsychologin Nadine Kühne für ihre tatkräftige Mithilfe bei der Erhebung – vor allem der katamnestischen Daten.

Differenz der zwei Mittelwerte durch die gemittelte Standardabweichung geteilt. Die statistisch signifikante Veränderung wurde anhand des GSI betrachtet, hier beträgt der Reliable Change Index (RCI) sowohl in der bevölkerungsrepräsentativen Normierungsgruppe als auch in einer Stichprobe von 5057 stationären Psychotherapiepatienten  $T = 5$  (Franke 2002). Eine Veränderungsmessung wurde als klinisch signifikant bewertet, wenn  $T < 60$ , da der Cut-Off-Score nach Jacobson und Truax (1991) bei stationären Psychotherapiepatienten  $c = 0,70$ , das heißt  $T = 60$  beträgt (Franke 2002).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Stichprobenbeschreibung

Die 64 Patienten, 22 (34,4%) Männer und 42 (65,5%) Frauen, waren im Durchschnitt 38,8 Jahre ( $SD = 2,5$  J., Range 17–64 J.) alt. Die Mehrheit (51,6%) war verheiratet, 39,1% waren ledig und 9,4% geschieden, getrennt lebend oder verwitwet. Die größte Gruppe (37,5%) hatte keine Kinder; 23,4% hatten eines, 20,3% zwei und 18,8% drei oder mehr Kinder. 26,6% der Patienten hatten die Hauptschule absolviert, 29,7% die Realschule, 10,9% hatten ein Abitur oder Fachabitur und 17,2% einen Fach- oder Hochschulabschluss. 25% der Patienten waren arbeitslos, 21,9% arbeiteten in Teilzeit und nur 21,9% waren Vollzeit berufstätig.

Hinsichtlich der symptombezogenen Hauptdiagnosen litten 29,8% der Patienten an überwiegend mittelgradig ausgeprägten Depressionen, 11% an zumeist depressiv gefärbten akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, 26,6% an phobischen und anderen Angststörungen, 26,6% an somatoformen und 4,7% an Essstörungen.

Es fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den 64 Studienteilnehmern und der Gruppe der Patienten, die nicht an der Katanamnese-Studie teilgenommen haben (auch unter Berücksichtigung des Faktors Nichterreichen wegen Umzugs versus Verweigerung) in Bezug auf soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht), die Hauptdiagnosen oder die Mittelwertentwicklung der psychischen und interpersonalen Belastung im Verlauf der Zeit. Darüber hinaus könnten weiterhin nicht kontrollierte beziehungsweise nicht beachtete Einflüsse auf die Ergebnisse (und Wechselwirkungen) bestehen.

#### 3.2. Psychische Belastung

##### 3.2.1. Mittelwertebene

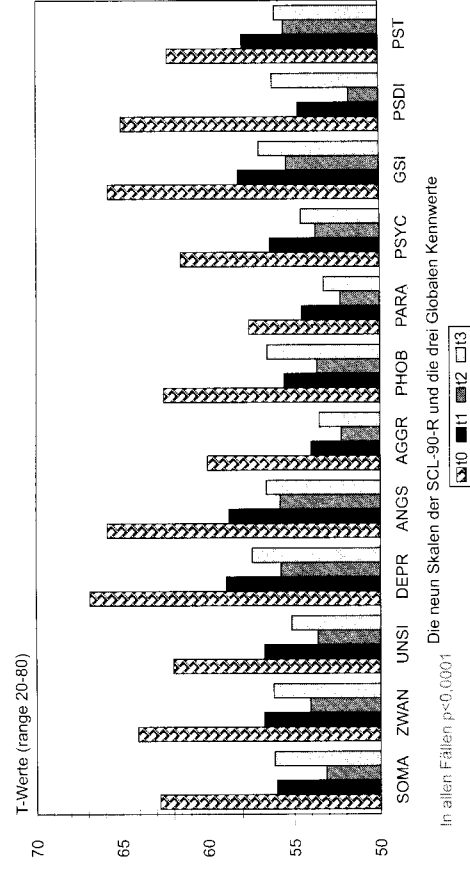
Der SCL-90-Gesamtschwereindex lag bei der Auswertung auf T-Wert-Ebene zu Beginn der Behandlung über 65 (siehe Abb. 1), damit lag eine deutliche

psychische Belastung vor (Franke 2002). Die Patienten zeigten sich bei den Skalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* sowie bei den Globalen Kennwerten *GSI* und *PSDI* deutlich belastet. Eine leichte Belastung bestand bei *Zwanghaftigkeit*, *Somatization*, *Phobischer Angst*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Psychotizismus* und *Aggressivität/Feindseligkeit*. Bei der Skala *Paranoides Denken* lag zum Aufnahmezeitpunkt keine psychische Belastung vor. Zu allen weiteren Messzeitpunkten zeigten alle T-Werte der SCL-90-R im Durchschnitt keine Auffälligkeiten.

Die varianzanalytische Prüfung des Verlaufs (multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung über alle neun Skalen,  $F = 3,11$ ,  $p < ,0001$ , 13,3% gemittelte Varianzaufklärung) ergab eine deutliche statistisch signifikante Veränderung. Das Ausmaß an Varianzaufklärung (VA) im zeitlichen Verlauf war bei der Skala *Depressivität* mit 28% VA ( $F = 24,2$ ,  $p < ,0001$ ) am höchsten, gefolgt von *Ängstlichkeit* mit 27% VA ( $F = 22,8$ ,  $p < ,0001$ ) und *Zwanghaftigkeit* mit 22% VA ( $F = 17,8$ ,  $p < ,0001$ ). Die verbleibenden sechs Skalen der SCL-90-R wiesen zwischen 20% VA (*Phobische Angst*) und 8% VA (*Paranoides Denken*) auf. Beim *GSI* fanden sich 25% VA ( $F = 21,2$ ,  $p < ,0001$ ), beim *PSDI* 31% VA ( $F = 28,6$ ,  $p < ,0001$ ) und beim *PST* 16% VA ( $F = 11,9$ ,  $p < ,0001$ ).

Durch Bonferroni-korrigierte Einzelvergleiche konnte aufgezeigt werden, dass sich von  $t^0$  zu  $t^1$  in allen Skalen, bis auf *Paranoides Denken*, statistisch signifikante Verbesserungen zeigten. Die stärksten statistisch signifikanten Verbesserungen zeigten sich bei allen zwölf Skalen durchgängig im Vergleich zwischen  $t^0$  und  $t^1$ . Zwischen  $t^0$  und  $t^2$  zeigten sich wiederum bei allen Skalen,

$t^0$ =Aufnahme,  $t^1$ =4 Wochen,  $t^2$ =Entlassung,  $t^3$ =1-Jahres-Kalamnese



In allen Fällen  $p < 0,0001$ . Die neun Skalen der SCL-90-R und die drei Globalen Kennwerte

Abbildung 1: SCL-90-R im zeitlichen Verlauf

bis auf *Paranoides Denken*, deutlich stabile Verbesserungen. Zwischen  $t^1$  und  $t^2$  konnte bei den Skalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* eine weitere deutliche Verbesserung festgestellt werden. Zwischen  $t^1$  und  $t^3$  fanden sich keinerlei statistisch signifikante Unterschiede. Zwischen  $t^2$  und  $t^3$  verschlechterte sich die psychische Belastung der Patienten beim *PSDI*.

Zusammengefasst konnte somit eine kontinuierliche Besserung der Ausgangssymptomatik über die Messzeitpunkte  $t^1$  bis  $t^2$  festgestellt werden, wobei die Verbesserung zu  $t^2$  noch über die zu  $t^1$  hinausging. Zwischen den Zeitpunkten  $t^2$  bis  $t^3$  trat dann beim *PSDI* eine Zunahme der Beschwerden ein, die jedoch nicht das Ausgangsniveau ( $t^0$ ) erreichte, sondern der während der Behandlung nach vier Wochen eingetretenen Besserung ( $t^1$ ) entsprach (siehe Abb. 1).

### 3.2.2. Effektstärken der Veränderungen

Es fanden sich für die Zeiträume Aufnahme bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn, Aufnahme bis Entlassung und Aufnahme bis Ein-Jahres-Katamnese fast durchgängig mittlere bis hohe Effektstärken (siehe Tab. 1). Als einzige Ausnahme erschien die Skala *Paranoides Denken*, bei der sich vier Wochen nach der Aufnahme zunächst noch keine deutliche Veränderung zeigt. Besonders eindrucksvolle Verbesserungen fanden sich bei den Skalen *Depressivität* (Entlassung:  $d = 1,26$ , Ein-Jahres-Katamnese:  $d = 0,92$ ) und *Ängstlichkeit* (Entlassung:  $d = 1,10$ , Ein-Jahres-Katamnese:  $d = 0,89$ ). Im *GSI* zeigte sich vier Wochen

nach Behandlungsbeginn eine Effektstärke von  $d = 0,82$ , die sich bis zum Behandlungsende auf  $d = 1,11$  steigerte und in der Ein-Jahres-Katamnese im Vergleich mit der Aufnahme immer noch  $d = 0,85$  betrug.

### 3.2.3. Statistisch und klinisch signifikante Veränderungen beim GSI

Keine statistisch signifikanten Veränderungen im *GSI* der SCL-90-R zeigten sich bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn bei 31,3% der Patienten, bis zum Behandlungsende bei 20,3% und nach einem Jahr bei 28,1%. Allerdings lagen die *GSI*-Werte bei circa der Hälfte dieser Nicht-Gebesserten zum zweiten Messzeitpunkt unter 60, also nicht im Bereich pathologischer Auffälligkeit.

Statistisch signifikant gebessert, sodass die positive Differenz zwischen den beiden jeweiligen Messzeitpunkten (DIFF) den RCI von  $T = 5$  überschritten hat, zeigten sich bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn 64,1% der Patienten, bis zum Behandlungsende 76,6% und nach einem Jahr 62,5%. Klinisch signifikant gebessert, sodass der  $T$ -Wert des *GSI* zur jeweils zweiten Messung unterhalb von  $T = 60$  lag, waren nach vier Wochen 54,7%, zum Entlassungszeitpunkt 60,9% und nach einem Jahr 53,1%.

Statistisch signifikant verschlechtert, sodass die negative Differenz zwischen den beiden jeweiligen Messzeitpunkten ( $-DIFF$ ) den RCI von  $T = -5$  unterschritten hat, zeigten sich bis nach vier Wochen 4,7%, bis zur Entlassung 3,1% und nach einem Jahr 9,4%. Statistisch signifikant verändert, aber weiterhin klinisch auffällig, sodass der  $T$ -Wert des *GSI* zur jeweiligen zweiten Messung größer oder gleich  $T = 60$  lag, waren bis nach vier Wochen 14,1%, zur Entlassung und nach einem Jahr je 18,8%.

## 3.3. Interpersonale Probleme

### 3.3.1. Mittelwertsebene

Auf Mittelwertsebene (Stanine-Werte aufgrund ipsatierter Skalenwerte) lagen alle IIP-D-Skalen zu allen vier Messzeitpunkten im Bereich  $\pm$  einer Standardabweichung ( $SD = 2$ ) um den Stanine-Mittelwert ( $M = 5$ ) und damit im statistischen Durchschnitt. Im Folgenden werden Veränderungen als klinisch relevant betrachtet, die sich vom Bereich  $\pm$  einer Standardabweichung in den Bereich  $\pm$  einer halben Standardabweichung – und somit stärker in den engen durchschnittlichen Bereich – bewegten. Solche Effekte fanden sich aufsteigend bei den Skalen *Autokratisch/dominant* und *Streitsüchtig/konkurrierend* und absteigend bei den Skalen *Introvertiert/sozial vermeidend*, *Selbstunsicher/unterwürfig* sowie *Ausnutzbar/hachgiebig*. Bei der Skala *Fürsorglich/fremdlich* stiegen die Mittelwerte nur während des stationären Aufenthalts an, während sie bei der Skala *Expressiv/aufdringlich* nur nach vier Wochen deutlich abgesunken waren. Die einzige Subskala, bei der ein solcher Effekt nicht zu finden war, war die Skala *Abweisend/kalt* (siehe Abb. 2).

Tabelle 1: Effektstärken ( $< 0,40 =$  gering,  $0,40-0,80 =$  mittel,  $> 0,80 =$  groß) bei der SCL-90-R im Verlauf der Zeit

Skalen der SCL-90-R	Aufnahme bis 4 Wochen ( $t0-t1$ )	Aufnahme bis Entlassung ( $t0-t2$ )	Aufnahme bis 1-JahresKatamnese ( $t0-t4$ )
Somatisierung	0,68	0,97	0,58
Zwanghaftigkeit	0,76	0,97	0,74
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,47	0,79	0,59
Depressivität	0,89	1,26	0,92
Ängstlichkeit	0,78	1,10	0,89
Aggressivität/Feindseligkeit	0,64	0,80	0,64
Phobische Angst	0,74	0,90	0,56
Paranoides Denken	0,30	0,53	0,40
Psychotizismus	0,58	0,86	0,73
GSI	0,82	1,11	0,85
PSDI	1,03	1,28	0,84
PST	0,55	0,82	0,69

10=Aufnahme, 11=4 Wochen, 12=Emlassung, 13=1-Jahres-Katamnese

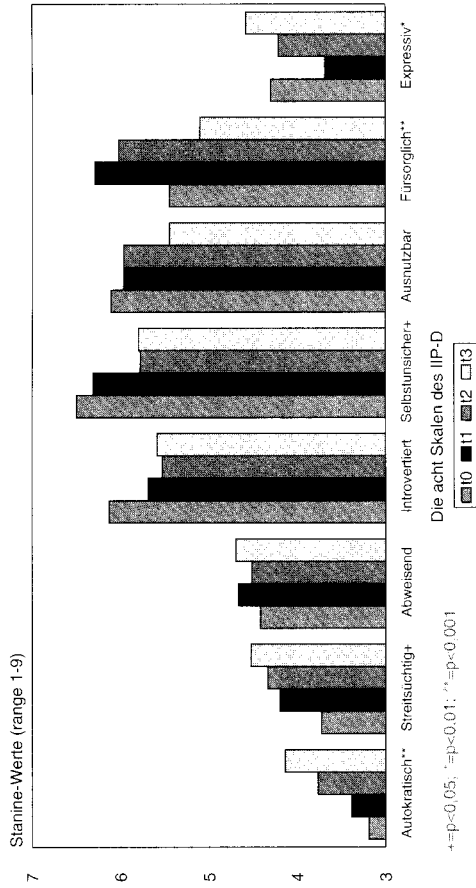


Abbildung 2: IIP-D im zeitlichen Verlauf

Die varianzanalytische Prüfung des Verlaufs (multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung über alle acht Skalen,  $F = 3,0$ ,  $p < ,0001$ , 11,5 % gemittelte VA) ergab eine deutliche statistisch signifikante Veränderung. Die nachgeschaltete varianzanalytische Prüfung des Verlaufs pro Skala beim IIP-D (siehe Abb. 2) ergab die deutlichsten Veränderungen bei den Skalen *Fürsorglich/freundlich* ( $F = 10,4$ ,  $p < ,0001$ , 14 % VA), *Autokratisch/dominant* ( $F = 6,39$ ,  $p < ,0001$ , 9 % VA), *Expressiv/aufdringlich* ( $F = 4,65$ ,  $p < ,004$ , 7 % VA) gefolgt von schwächeren Veränderungen bei *Selbstsüchtig/unterwürfig* ( $F = 3,22$ ,  $p < ,022$ , 5 % VA) sowie *Streitsüchtig/konkurrierend* ( $F = 3,22$ ,  $p < ,024$ , 5 % VA). Die Skala *Abweisend/kalt* ( $F = 0,45$ ,  $p < ,72$ ) zeigte keine Veränderungen.

Durch nachgeschaltete Bonferroni-korrigierte Einzelvergleiche konnte aufgezeigt werden, dass sich von  $t^0$  zu  $t^1$  eine statistisch signifikante Zunahme bei der Skala *Fürsorglich/freundlich* zeigte. Zwischen  $t^0$  und  $t^2$  fanden sich keine deutlichen Veränderungen. Zwischen  $t^0$  und  $t^3$  zeigten sich bei *Autokratisch/dominant* sowie bei *Streitsüchtig/konkurrierend* statistisch signifikante Zunahmen. Zwischen  $t^1$  und  $t^2$  fanden sich keine Unterschiede. Zwischen  $t^1$  und  $t^3$  nahmen die Skala *Autokratisch/dominant* und *Expressiv/aufdringlich* zu und die Skala *Fürsorglich/freundlich* ab. Zwischen  $t^2$  und  $t^3$  nahm die Skala *Fürsorglich/freundlich* weiter ab.

### 3.3.2. Effektstärken der Veränderungen

Es zeigten sich fast durchgängig geringe Effektstärken. Nur die Werte bei *Autokratisch/dominant* zwischen  $t^0$  und  $t^3$  ( $d = 0,48$ ) sowie bei *Fürsorg-*

*lich/freundlich* zwischen  $t^0$  und  $t^1$  ( $d = -0,45$ ) waren mittelgroß. Inhaltlich fanden sich kontinuierliche Zunahmen der geringen Stanine-Werte von der Aufnahme bis zur Ein-Jahres-Katamnese bei den Skalen *Autokratisch/dominant* sowie *Streitsüchtig/konkurrierend*.

Eine kontinuierliche Abnahme der hohen Stanine-Werte von der Aufnahme bis zur Ein-Jahres-Katamnese fand sich bei den Skalen *Introvertiert/sozial vermeidend*, *Selbstsüchtig/unterwürfig* sowie *Ausnutzbar/nachgiebig* (hier erst nach einem Jahr deutlich). Die Effekte der stationären Therapie konnten nach einem Jahr bei den Skalen *Fürsorglich/freundlich* (stationär vorübergehend hohe Stanine-Werte) sowie *Expressiv/aufdringlich* (nur in der ersten stationären Phase deutlich abgesunken) nicht mehr nachgewiesen werden.

## 4. Diskussion

Zusammengefasst zeigte sich in der untersuchten Stichprobe eine gute Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Langzeitpsychotherapie, wobei die mittlere Therapiedauer von 51 Tagen deutlich unter der in der Multizenterstudie von Franz et al. (2000) angegebenen Dauer lag. Bezogen auf den Gesamtschwerereindex der SCL-90-R erfuhr 77 % der Patienten eine statistisch signifikante Besserung bis zum Zeitpunkt der Entlassung, 61 % besserten sich auch klinisch signifikant, das heißt dass sie zum Behandlungsende keine auffallende psychische Belastung mehr berichteten ( $T[GSI] < 60$ ). Diese Besserungen konnten am deutlichsten anhand der Skalen *Depressivität* (28 % VA), *Ängstlichkeit* (27 % VA) und *Zwanghaftigkeit* (22 % VA) nachvollzogen werden.

Ein Großteil der Besserung der psychischen Belastung wurde in der vier Wochen dauernden ersten Hälfte der Behandlung erzielt. Allerdings führte auch die zweite, durchschnittlich etwas länger als drei Wochen dauernde Hälfte der Behandlung noch zu weiteren Verbesserungen. Dieses Dosis-Wirkungsverhältnis spricht zumindest für die Symptombelastung von Howard et al. (1986), Lambert und Ogles (2004) und anderen Autoren beschriebenen generellen Abnahme der initialen Wirkintensität psychotherapeutischer Interventionen im Verlauf der Behandlung. Die Symptombesserungen in der Ein-Jahres-Katamnese blieben zwar nicht in vollem Umfang erhalten, gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt waren aber immer noch mittlere bis große Effekte messbar. Zumindest gruppenstatistisch lässt sich auf der Basis unserer Daten die Frage nach der Nachhaltigkeit der Wirksamkeit dahingehend beantworten, dass ein Jahr nach Abschluss der Behandlung zwar nicht die zum Behandlungsende erreichte Besserung fortbesteht, dass aber mit einem ähnlichen Beschwerdeniveau zu rechnen ist wie vier Wochen nach Behandlungsbeginn.

Über dieses Ergebnis hinaus zeigt unsere Studie erneut, dass Veränderungsmustern im Bereich von Persönlichkeit und interpersonellen Beziehungs-

im Vergleich zu Symptombesserungen nur geringe und selten mittlere Effektstärken aufweisen. Allerdings sind die gefundenen Ergebnisse der kontinuierlichen Zunahme der geringen Stanine-Werte bei den Skalen *Autokratisch/dominant* und *Streitsüchtig/konkurierend* sowie der kontinuierlichen Abnahme der hohen Stanine-Werte bei den Skalen *Introvertiert/sozial vermeidend*, *Selbstunsicher/unterwürfig* sowie *Ausnutzbar/nachgiebig* bemerkenswert, denn die gefundenen Veränderungen blieben auch in der Ein-Jahres-Katamnese stabil. Damit zeigten die von uns untersuchten Patienten vor allem in dem für Psychotherapiepatienten charakteristischen Bereich Selbstunsicherheit (Davies-Osterkamp et al. 1996) eine Verlaufsdynamik, die auf langsamer als Symptombesserungen verlaufende Verinnerlichungsprozesse im Bereich interpersoneller Kompetenzen verweist, die ihre Wirkungskraft erst allmählich im Alltagsleben der Patienten entfalten.

Bezogen auf die Studie von Rudolf et al. (2004) lag der Anteil von Essstörungen in unserer Stichprobe deutlich niedriger (5% vs. 26%) und der Anteil von somatoformen Störungen höher (27% vs. 14%). Daneben standen, ähnlich wie beim Klientel psychosomatischer Universitätspolikliniken (Frommer et al. 2004), depressive Störungen und Angststörungen im Vordergrund. Der Anteil der Patienten mit höherer Schulbildung lag deutlich niedriger als in der Multizenterstudie. Da alle an der Multizenterstudie beteiligten Kliniken in den Alten Bundesländern liegen, ist unter Berücksichtigung der von Frommer et al. (2004) beschriebenen Bildungsdifferenzen zwischen west- und ostdeutschen Patienten diesbezüglich ein für die Neuen Bundesländer typischer Befund zu konstatieren. Auch der Anteil von Arbeitslosen, der in unserer Studie 25% und bei den ostdeutschen Patienten in der Studie von Frommer et al. (2004) je nach Diagnose zwischen 27% und 32% ausmachte, lag im Vergleich mit der Multizenterstudie (9%) und den westdeutschen Patienten in der Studie von Frommer et al. (2004) (13%-17%) außerordentlich hoch.

Im Vergleich mit der Multizenterstudie erscheint die Symptombesserung in unserer Studie deutlich höher. Noch in der Ein-Jahres-Katamnese erreichten die von uns untersuchten Patienten ähnliche Effektstärken ( $d(GSI) = 0,85$ ) wie die Patienten der multizentrischen Studie zum Therapieende. Diese könnten nicht nur durch soziodemografische Faktoren erklärt werden, sondern auch durch die Symptomschwere zu Beginn der Behandlung. Während in der Multizenterstudie der durchschnittliche Aufnahme-GSI-Rohwert bei 1,38 lag, zeigten die von uns untersuchten Patienten einen Aufnahme-GSI-Rohwert von 1,24 ( $SD = 1,17$ ). Die geringere Symptomschwere in unserer Studie könnte durch die im Vergleich mit den alten Bundesländern schlechtere ambulante psychotherapeutische Versorgung in Verbindung mit der höheren Arbeitslosigkeit (Dippelhofe-Stiem u. Köhler 2003) zu erklären sein, die dazu führt, dass auch weniger schwer Erkrankte den Weg in die stationäre Psychotherapie finden.

Abschließend ist kritisch einzuräumen, dass die interessante Aufgabe der Herausarbeitung prognostisch günstiger versus ungünstiger Prädiktoren wie diagnose-bezogene Faktoren, soziodemografische Variablen und Merkmale des Therapieverlaufs (Dauer, Fremd- und Selbstbeurteilung der Therapie etc.), aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht in Angriff genommen werden konnte. Dieser Aufgabe werden wir uns in einer Nachfolgestudie widmen.

### Literatur

- Bassler, M. (1994): Evaluation der differenziellen Wirkung von psychoanalytisch fundierter stationärer Psychotherapie. Habilitationsschrift Universität Mainz.
- Bräutigam, W., Senf, W., Kordy, H. (1990): Wirkfaktoren stationärer psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojektes. In: Lang, H. (Hg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie, S. 189-208. Berlin: Springer-Verlag.
- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B.M., Schmitz, N. (1996): Interpersonal Problems as Predictors of Symptom-Related Treatment Outcome in Long-Term Psychotherapy. *Psychother Res* 6, 164-176.
- Dippelhofe-Stiem, B., Köhler, G. (2003): Vierter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. Sozialstatistische Daten, Informationen und Hinweise. Magdeburg: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.
- Franke, G.H. (2001): Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 33, 475-485.
- Franke, G.H. (2002): SCL-90-R. Symptomcheckliste von L.R. Derogatis - Deutsche Version - Manual: 2. Auflage. Göttingen: Beltz.
- Franz, M., Jannssen, P., Lemsche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G. (2000): Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 46, 242-258.
- Frommer, J., Hoffmann, T., Hartkamp, N., Tress, W., Franke, G.H. (2004): Psychometrische Merkmalsprofile von Angstpatienten und depressiven Patienten im Ost-West-Vergleich. *Psychother Psychosom med Psychol* 54, 206-213.
- Geiser, F., Imbierowicz, K., Conrad, R., Wermter, F., Liedtke, R. (2004): Verbessert die zusätzliche Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Intervention die Ergebnisse stationärer psychodynamischer Therapie bei Panikstörung/Agoraphobie? *Z Psychosom Med Psychother* 50, 53-69.
- Hartkamp, N., Schmitz, N., Schulze-Edinghausen, A., Ott, J., Tress, W. (2002): Spezifisches Gegenübertragungserleben und interpersonelle Problembeschreibung in psychodynamischer Psychotherapie. *Nervenarzt* 73, 272-277.
- Heuft, G., Eich, W., Henningsen, P., Janssen, P.J., Merkle, W., Fichter, M., Senf, W., Giere, W. (2002): Psychosomatic and Psychotherapeutic Medicine goes to DRG - Prozedurenkatalog OPS 301 2.1 als erster Schritt. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 90-103.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. (2000): IIP-D. Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version. 2. Auflage. Göttingen: Beltz.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., Orlinsky, D.E. (1986): The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *Am Psychol* 41, 159-164.
- Jacobson, N.S., Truax, P. (1991): Clinical Significance: A Statistical Approach to

- Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *J Consult Clin Psych* 59, 12–19.
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Scheibe, G., Hartkamp, N., Maus, J., Hildenbrand, G., Schmitz, N., Franz, M. (1999): Das Düsseldorfener dynamische Kurzzeitpsychotherapieprojekt. *Psychother Psychosom med Psychol* 49, 142–152.
- Junge, A., Ahrens, S. (1996): Stationäre psychosomatische Behandlung – Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *Psychother Psychosom med Psychol* 46, 430–437.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert, M.J. (Hg.): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, S. 139–193. 5. Auflage. New York: Wiley.
- Rudolf, G., Grande T., Porsch, U. (1988): Die Berliner Psychotherapiestudie – Indikationsentscheidungen und Therapieevaluierung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern. *Z Psychosom Med Psychother* 34, 2–18.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R., Schumann, E. (2004): Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 37–52.
- Sartorius, N., Kaelber, C.T., Cooper, J.F., Roper, M.T., Rae, D.S., Gulbinat, W., Üstün, T.B., Regier, D.A. (1993): Progress Toward Achieving a Common Language in Psychiatry. Results from the Field Trial of the Clinical Guidelines Accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioral Disorders ICD-10. *Arch Gen Psychiat* 50, 115–124.
- Spitzer, C., Michéls-Lucht, F., Siebel, U., Freyberger, H.J. (2004): Zum Zusammenhang zwischen OPD-Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur und symptombezogenen sowie interpersonellen Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 70–85.
- World Health Organization (WHO) (1993): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Genf: World Health Organization.
- Korrespondenzadresse: Prof. Dr. habil. Gabriele Helga Franke, Studiengang Rehabilitationspsychologie, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Osterburger Straße 35, 39576 Stendal, E-Mail: gabriele.franke@stendal.hs-magdeburg.de