

Gründe für die Studie

Trotz zahlreicher empirischer Ergebnisstudien zur Effektivität von Psychotherapie gibt es bislang kaum Studien zum Wirksamkeitsnachweis von Langzeitanalysen in einem naturalistischen Design unter Einbeziehung niedergelassener Psychoanalytiker und Psychotherapeuten. Verantwortlich dafür sind die lange Laufzeit prospektiver kontrollierter und katamnesticer Untersuchungen, die damit verbundenen hohen Kosten sowie methodische Schwierigkeiten im Bereich der Versorgungspraxis. Aus Gründen der Realisierbarkeit in einem akzeptablen zeitlichen und finanziellen Rahmen wurde in der hier vorgestellten Studie ein retrospektives, naturalistisches Mehrebenen-design gewählt. Diese Studie wurde über Drittmittel finanziert. (Stiftung für Bildungs- und Behindertenforschung: Robert Bosch)

Ziele der Studie

1. Ein Wirksamkeitsnachweis von Langzeitanalysen > 100 Stunden in der Versorgungspraxis und die Überprüfung der Stabilität des Behandlungsergebnisses durch eine Nachuntersuchung 6 Jahre nach Therapieende. 2. Evaluation von Kosten-Nutzen-Aspekten. 3. Implementierung von Forschungsstrategien in den ambulanten Versorgungsbereich als Maßnahme der Qualitätssicherung.

Methodik und Design

Zentrale Komponenten der Studie waren einerseits die katamnestiche Nachuntersuchung früherer Patienten über einen Fragebogen 6 Jahre nach Beendigung der Psychotherapie oder Psychoanalyse andererseits die Erfassung objektiver administrativer Inanspruchnahmen der Patienten (Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhaustage) von den Krankenkassenleistungen 5 Jahre vor und nach der Behandlung. Alle Mitglieder der DGAP, der Fachgesellschaft der deutschen jungianischen Psychoanalytiker wurden angeschrieben, sich an der Studie zu beteiligen. 78% antworteten auf unsere Anfrage, 24,6% nahmen letztlich an der Studie teil.

Tab. 1 Selektion der Therapeuten

	N	(%)
Gesamtzahl der angeschriebenen DGAP-Mitglieder (Erwachsenen Psychoanalytiker)	223	(100%)
Keine Reaktion	49	(22,0%)
Teilnahme verweigert	48	(21,5%)
Therapeuten, die eine Teilnahme zusagten, später verweigerten oder ihre früheren Patienten nicht kontaktierten	32	(14,4%)
Therapeuten mit schriftlicher Studieneinwilligung der Patienten und vollständiger Dokumentation	35	(15,7%)
Keine Abgeschlossenen Fälle in 1987/88	59	(26,4%)

Tab. 2 Selektion der Patienten über ihre Therapeuten

	Therapeuten n=223	Patienten n=210
Gesamtzahl der kontaktierten Therapeuten	223	(100%)
Therapeuten, die den Teilnahmefragebogen zurücksandten	174	(78%)
Therapeuten mit vollständiger Basiserhebung ihrer abgeschlossenen Fälle in 1987/1988 (drop-outs inclusive)	55	(24,6%)
353 (100%)		
Therapeuten, die ihre abgeschlossenen Fälle von 1987/88 kontaktierten	42	(18,8%)
259 (73,4%)		
Therapeuten, von denen das Einverständnis der Patienten zur Teilnahme an der Studie vorlag	35	(15,7%)
152 (43,1%)		
Therapeuten und Patienten, von denen wir den vollständigen Katamnesebogen der abgeschlossenen Fälle in 1987/88 erhielten	35	(15,7%)
111 (31,4%)		

Tab. 3 Vergleich der Teilnehmenden mit den Nicht-teilnehmenden Therapeuten (Erhebung der DGAP 1994) (*) p<0.1 (Tendenz)

	teilnehmende Therapeuten n=54	nicht-teilnehmende Patienten n=110	sign.
Gesamtzahl der DGAP-Mitglieder	223	223	
Rücklauf	n=164 (73,5%)		
Mittleres Alter (SD)	51,8 SD (6,6)	53,4 SD (10,2)	ns

Geschlecht der Therapeuten; n (%)

	teilnehmende	nicht-teilnehmende	sign.
weiblich	28 (51,9%)	59 (55,1%)	ns
männlich	26 (48,1%)	48 (44,9%)	

Grundberuf; n (%)

	teilnehmende	nicht-teilnehmende	sign.
Psychologie	29 (53,7%)	50 (45,5%)	ns
Medizin	17 (31,5%)	40 (36,4%)	
Anderer	8 (14,8%)	20 (18,2%)	

Durchschnittliche Psychoanalyseerfahrung (Jahre)

	teilnehmende	nicht-teilnehmende	sign.
Durchschnittliche Psychoanalyseerfahrung (Jahre)	16,1 SD (6,0)	15,9 SD (8,2)	ns

Durchschnittliche Quote verbesserter Patienten der im letzten Jahr beendeten Behandlungen (Globalteil der Therapeuten; von 1= sehr gut bis 6= sehr verschlechtert); mean (SD); %

	teilnehmende	nicht-teilnehmende	sign.
sehr gut	1,38 (2,3); 24,5%	1,32 (2,3); 18,7%	
gut	2,17 (1,8); 38,5%	2,84 (5,4); 40,3%	
mäßig	1,26 (1,4); 22,4%	1,93 (3,8); 27,4%	
unverändert	0,74 (1,2); 13,2%	0,79 (1,8); 11,3%	
etwas verschlechtert	0,04 (0,2); 0,7%	0,06 (0,3); 0,9%	
sehr verschlechtert	0,04 (0,2); 0,7%	0,1 (0,1); 1,4%	

Geschätzte durchschnittlich Quote nicht verbesserter Patienten im letzten Jahr; %

	teilnehmende	nicht-teilnehmende	sign.
Geschätzte durchschnittlich Quote nicht verbesserter Patienten im letzten Jahr; %	11,6%	9,3%	(*)

Ausmaß der jungianischen Orientierung (5-Punkte-Skala: vollständig- überhaup nicht); mean (SD)

	teilnehmende	nicht-teilnehmende	sign.
Ausmaß der jungianischen Orientierung (5-Punkte-Skala: vollständig- überhaup nicht); mean (SD)	2,4 (0,9)	2,2 (1,0)	ns

Lehranalytikerstatus; n (%)

	teilnehmende	nicht-teilnehmende	sign.
Lehranalytikerstatus; n (%)	15 (28,8%)	24 (22,4%)	ns

Erhebungsinstrumente und Stichprobe

Anhand der Erstanträge für den Gutachter dokumentierten die teilnehmenden Therapeuten retrospektiv alle ihre 1987/ 88 beendeten Fälle (einschließlich der Therapieabbrücker) mit einem Basisbogen hinsichtlich klinischer, soziodemographischer und Settingcharakteristika für den Zeitpunkt vor Beginn der Behandlung und machten eine globale Therapieerfolgsschätzung für den Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung.

Basierend auf der Symptombeschreibung und weiteren Inhalten der vorliegenden Erstanträge an den Gutachter wurde von zwei Experten eine ICD-10 Diagnose vergeben und das Ausmaß der Krankheitsschwere zum Behandlungsbeginn anhand des Beeinträchtigungsschwerescores (BSS) nach der Methode von Schepank beurteilt (1987,1994).

1994 konnten 111 ehemalige Patienten, die 1987 oder 1988 ihre Psychoanalyse oder Psychotherapie beendet hatten, den Katamnesefragebogen vollständig ausgefüllt zurücksandten und die ihr Einverständnis gaben, in die Studie eingeschlossen werden. Der Katamnesefragebogen enthielt in dem ersten standardisierten Teil verschiedene Selbstbeurteilungsskalen zu den soziodemographischen Charakteristika, zum aktuellen Gesundheits- und Beschwerdestatus, zum globalen Wohlbefinden, Lebensqualität, sozialen Fähigkeiten, beruflichen, familiäre Beziehungen, interpersonellen Problemen, Lebensqualität, zur Persönlichkeitsstruktur, und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen sowie einige psychometrische Tests (SCL-90R, VEV, Gießen-Test). Ein weiterer Teil des Fragebogens zielte speziell auf den Vergleich der vorigen Skalen zu dem Status vor Behandlungsbeginn. In 33 Fällen (die Regionalstichprobe von Berlin) wurde durch eine unabhängige Psychoanalytikerin leitfadensorientiertes tiefenpsychologisches orientiertes Interview durchgeführt.

Ein zentraler Schwerpunkt dieser Untersuchung war die Erhebung objektiver Daten zum Krankheitsverhalten von den Krankenkassen. Aus Gründen der internen Logistik der Krankenkassen sind zum damaligen Zeitpunkt von den Kassen nur Daten über die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) und Krankenhaustage (KH-Tage) zu erhalten. Aus verschiedenen Gründen (Unbek. Kassenwechsel, Familienversicherte, Hausfrau) reduziert sich die Stichprobengröße für den Vergleich o.a. Zeiträume auf 47 (AU-Tage) bzw. 58 Patienten (Krankenhaustage). Beide Subgruppen unterscheiden sich nicht von der Gesamtstichprobe hinsichtlich soziodemographischer Daten, klinischer Charakteristika vor der Behandlung oder hinsichtlich der Erfolgskriterien zum Katamnesezeitpunkt. Die Selektion der teilnehmenden Therapeuten wurde durch eine unabhängige Befragung aller DGAP-Mitglieder (Westhoff et al. in Verb.) kontrolliert hinsichtlich der Rahmenbedingungen, zentraler Therapeuten- und Setting- Charakteristika. Zwischen den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Therapeuten gab es keine signifikanten Unterschiede. Ein systematischer Selektionseffekt bei der Gewinnung der Katamnese-Stichprobe (n=111) lässt sich weitgehend ausschließen durch den Vergleich der teilnehmenden Patienten mit den Nicht-teilnehmenden anhand der Daten der Basisdokumentation (n=358). Beide Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander.

Tab. 4 Vergleich der teilnehmenden mit den nicht-teilnehmenden Patienten anhand der Basisdokumentation der Therapeuten * von insgesamt 5 teilnehmenden Patienten fehlen die Daten der Basisdokumentation, daher ist die Anzahl der teilnehmenden Patienten im Vergleich der Daten der Basisdokumentation n=106. # Mehrfachnennungen möglich; Signifikanz: (*) p<0.1 (Tendenz); * p<0,005

Tab. 5 ICD-10 Diagnosen vor Behandlungsbeginnretrospektives Expertenrating anhand der Gutachten n=100

	n	%
F3 affective Störungen	13	13,0
F31 Bipolar affekt. Störung	1,0	1,0
F32 Depressive Episode	13	13,0
F33 Wiederkehrende depress. episode	13	13,0
F34 Dysthymia	19	19,0
F4 Neurotische und somatoforme Störungen	4	4,0
F40 Phobische Störung	4	4,0
F41 Angst Störung	10	10,0
F42 Zwanghaft. Störung	3	3,0
F43 Stress reaktion	3	3,0
F45 Somatoforme Störung	8	8,0
F5 Verhaltensstörungen mit körperlicher Symptomatik	3	3,0
F50 Eßstörungen	3	3,0
F52 Sexuelle Störung	3	3,0
F6 Persönlichkeitsstörungen	17	17,0
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörung	1	1,0
F61 Komplex oder andere Persönlichkeitsstörung	1	1,0
F63 abnormal e Verhaltensauffälligkeiten	2	2,0

Tab. 6 Charakteristika der Therapiearten

Art der Therapie	mean	SD
Psychoanalyse	76%	
Behandlungsdauer (0,3-8 J.)	3,0	(1,6)
Anz. Therapie-sitzungen (range 17-398)	192,9	(88,9)
Psychotherapie	16%	
Behandlungsdauer (0,8-8,3 J.)	2,4	(1,9)
Anz. Therapie-sitzungen (range 30-200)	78,3	(40,5)
Anderer Therapieformen (Gruppen-oder Kurzzeitpsychotherapie.)	8%	

Tab. 7 Dauer der Leitsymptomatik bei Therapiebeginn

Therapeutenangaben N=105, Mean 7,3; SD 6,8	PROZENT
0-1 J.	6
1-2 J.	27
2-5 J.	22
5-10 J.	11
> 10 J.	34

Tab. 8 Charakteristika der Therapiearten

Art der Therapie	mean	SD
Psychoanalyse	76%	
Behandlungsdauer (0,3-8 J.)	3,0	(1,6)
Anz. Therapie-sitzungen (range 17-398)	192,9	(88,9)
Psychotherapie	16%	
Behandlungsdauer (0,8-8,3 J.)	2,4	(1,9)
Anz. Therapie-sitzungen (range 30-200)	78,3	(40,5)
Anderer Therapieformen (Gruppen-oder Kurzzeitpsychotherapie.)	8%	

Tab. 9 Globale Selbsteinschätzung der Patienten zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich vor der Behandlung (Auswahl)

	n	verbessert	unverändert	verschlechtert
Wie hat sich die Leitsymptomatik, die Sie in Behandlung führte entwickelt ?	111	93	6	1
Wie schätzen Sie Ihre emotionale Befindlichkeit heute im Vergleich vor Behandlungsbeginn ein ?	111	94	5	1
Wie schätzen Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand heute ein im Vergleich vor der Behandlung ?	111	66	24	10
Wie haben sich die körperlichen Beschwerden, die Anlass für die Therapie waren entwickelt ?	63	83	10	7
Wie zufrieden sind Sie heute mit Ihrer Partnerschaft im Vergleich zum Behandlungsbeginn ?	80	74	19	7
Wie zufrieden sind Sie heute mit Ihrer beruflichen Situation im Vergleich zum Behandlungsbeginn?	111	75	17	8
Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitsstatus ein ?	111	51	37	12

„Wirksamkeit und Kosten - Nutzen - Aspekte ambulanter (jungianischer) Psychoanalysen und Psychotherapien - eine katamnestiche Studie“

W. Keller, G. Westhoff, R. Dilg, R. Rohner, H. H. Studt und die Arbeitsgruppe empirische Psychotherapieforschung in der Analytischen Psychologie Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie im Univ. Klinikum Benjamin Franklin, FU-Berlin und das C. G. Jung Institut Berlin

Ergebnisse Status vor Behandlungsbeginn 34% der Patienten hatten eine Dauer der Leitsymptomatik von mehr als 10 Jahren bei weiteren 11% war die Symptombdauer 5-10 Jahre (Fig. 1). In 17% wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, 46% wurden als affektive Störung entsprechend ICD-10 bewertet.

In 96% der Patienten bestand zu Behandlungsbeginn eine Krankheitsschwere hinsichtlich körperlicher, psychischer oder/ und sozialer Beeinträchtigung, die eine psychotherapeutische Behandlung indizierte. Der Mittelwert des Beeinträchtigungsschwerescores lag bei BSS=6.8 - der cut-off-punkt für eine indizierte Psychotherapie wurde nach Schepank (1987, 1994) bei 5,0 festgesetzt. Die Verteilung des BSS vor der Behandlung zeigte, dass eine erheblicher Anteil der Stichprobe eine ausgeprägte Krankheitsschwere aufwies, die normalerweise eine stationäre oder Teil-stationäre erforderlich macht (Score von 9 oder darüber).

Tab. 5 ICD-10 Diagnosen vor Behandlungsbeginnretrospektives Expertenrating anhand der Gutachten n=100

	n	%
F3 affective Störungen	13	13,0
F31 Bipolar affekt. Störung	1,0	1,0
F32 Depressive Episode	13	13,0
F33 Wiederkehrende depress. episode	13	13,0
F34 Dysthymia	19	19,0
F4 Neurotische und somatoforme Störungen	4	4,0
F40 Phobische Störung	4	4,0
F41 Angst Störung	10	10,0
F42 Zwanghaft. Störung	3	3,0
F43 Stress reaktion	3	3,0
F45 Somatoforme Störung	8	8,0
F5 Verhaltensstörungen mit körperlicher Symptomatik	3	3,0
F50 Eßstörungen	3	3,0
F52 Sexuelle Störung	3	3,0
F6 Persönlichkeitsstörungen	17	17,0
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörung	1	1,0
F61 Komplex oder andere Persönlichkeitsstörung	1	1,0
F63 abnormal e Verhaltensauffälligkeiten	2	2,0

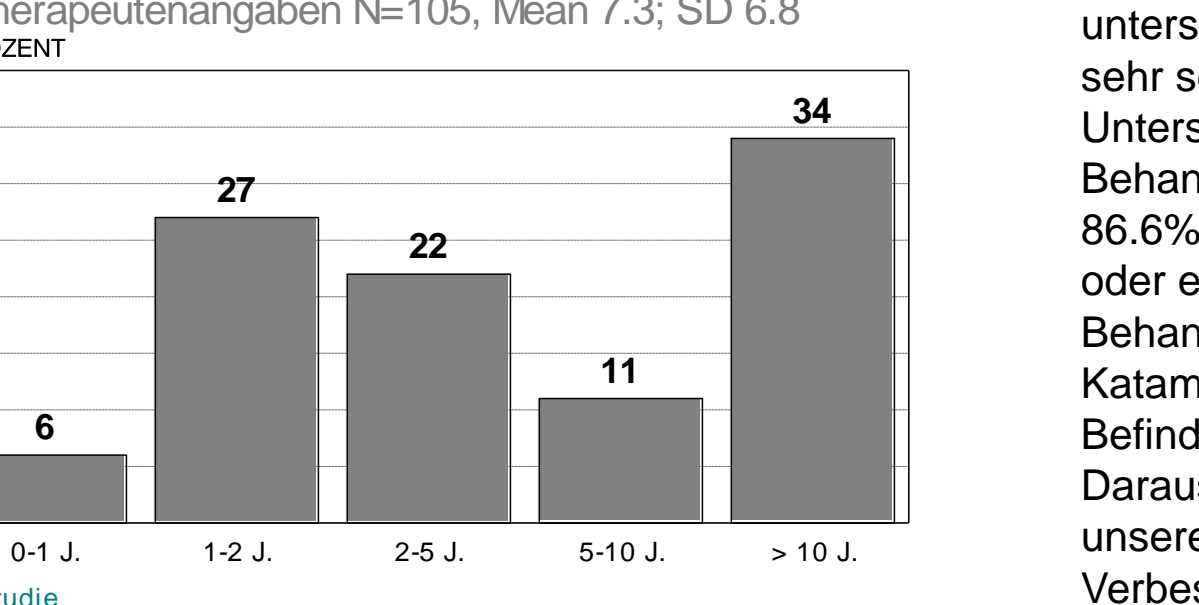
Tab. 7 Behandlungskarakteristika der Katamnese-Stichprobe

Katamnese-Stichprobe n=111	mean	SD
Mittleres Alter bei Katamnese 1994	44,5	(4,8)
Mittleres Alter bei Behandlungsbeginn (Jahre) 1994	35,0	(8,8)
Mittleres Alter bei Behandlungsende	37,0	(8,0)
Katamnesezeit (Jahre)	5,8	(0,79)
Behandlungsdauer, Range (0,3- 8,3 Jahre)	2,9	(1,7)
Anz. Therapie-sitzungen (range 15-399)	161,9	(84,9)
Therapieabbrücker	17,5%	

Tab. 8 Charakteristika der Therapiearten

Art der Therapie	mean	SD
Psychoanalyse	76%	
Behandlungsdauer (0,3-8 J.)	3,0	(1,6)
Anz. Therapie-sitzungen (range 17-398)	192,9	(88,9)
Psychotherapie	16%	
Behandlungsdauer (0,8-8,3 J.)	2,4	(1,9)
Anz. Therapie-sitzungen (range 30-200)	78,3	(40,5)
Anderer Therapieformen (Gruppen-oder Kurzzeitpsychotherapie.)	8%	

Fig. 1 Dauer der Leitsymptomatik Dauer der Leitsymptomatik bei Therapiebeginn



Tab. 6 Soziodemographische Charakteristika der Katamnese-Stichprobe im Vergleich zu einer repräsentativen Zufallsstichprobe der „Normalbevölkerung“ adaptiert hinsichtlich Alter und Geschlecht (IRES, Gerdes 1992)

Untersuchungs-Stichprobe n=111	Vergleichs-Stichprobe n=473	chiq.	
Mittleres Alter (Jahre)	44,5 (4,8) Range 27-69	45,1 (3,3) Range ns 40-50	
Geschlecht			
männlich	30,6% (34)	30,9% (146)	ns
weiblich	69,4% (77)	69,1% (327)	
Familienstand			***
ledig	26,4% (29)	7,8% (37)	
verheiratet	48,2% (53)	76,7% (363)	
geschieden	20,0% (22)	13,3% (63)	
verwitwet	1,8% (2)	2,1% (10)	
getrennt lebend	3,8% (4)	0% (0)	
Berufliche Stellung	n=111	n=463	***
Arbeiter	3,7% (4)	14,8% (70)	
Angestellte	61,7% (66)	13,1% (62)	
Beamte	14,0% (15)	17,3% (82)	
Selbständige	16,8% (18)	32,6% (154)	
Nicht berufstätige	0,1% (1)	14,1% (82)	
keine Angaben	0% (0)	4% (23)	
Beschäftigungs-verhältnis			***
Voll berufstätig	52,9% (55)	53,4% (247)	
Teilzeit	26,9% (28)	25,1% (117)	
Ausbildung	3,8% (4)	0,4% (2)	
Arbeitslos	1,0% (1)	2,4% (11)	
Keine Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen	8,7% (9)	1,9% (9)	
Schulabschluss			***
Hauptschule	14,7% (16)	56,1% (265)	
Realschule	20,2% (22)	23,7% (112)	
Fachhochschule	16,5% (18)	7,6% (36)	
Abitur	17,4% (19)	11,7% (55)	
Hochschulabschluss	31,2% (34)	0,8% (4)	

Selfbeurteilung der Patienten bei Katamnese

Verglichen mit dem Status vor Behandlungsbeginn beurteilen 70-94% der früheren Patienten durchschnittlich 6 Jahre nach Behandlungsende gute bis sehr gute Verbesserungen hinsichtlich psychischer, körperlicher oder sozialer Belastung bzw. Symptomatik, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstvertrauen, Arbeitsfähigkeit, bei den Partner- und familiären Beziehungen und dem allgemeinem sozialen Funktionsniveau. Globaler Gesundheitsstatus Vergleich man die Angaben zur Gesundheit mit einer repräsentativen Stichprobe der Normalbevölkerung, wie sie von Gerdes und Jäckel (1992) erhoben wurden, die wir hinsichtlich Alter und Geschlecht an unser Sample adaptierten, so liegen 88,3% unserer Stichprobe in der Einschätzung ihrer Gesundheit zum Katamnesezeitpunkt im Normbereich (innerhalb der 75. Perzentile), d. h. 88,3% unserer Stichprobe beschrieben sich wie 75% der Referenzstichprobe. 11,7 % waren "auffällig" oder "sehr auffällig" versus 25% der Referenzstichprobe. Klinische Signifikanz des globalen Wohlbefindens Wir haben in unserer Untersuchung auch Erhebungsinstrumente eingesetzt, die einen Vergleich mit den durchschnittlichen Werten der "Normalbevölkerung" erlauben. Die allgemeine Befindlichkeit der Untersuchungsteilnehmer zu unterschiedlichen Zeitpunkten wurde (über eine 6-stufige Skala mit den Polen sehr schlecht bis sehr gut) erfasst. 60,4% (N=67) der Untersuchungstichprobe bewerteten ihre Befindlichkeit vor Behandlungsbeginn als sehr schlecht, 6 Jahre nach Beendigung schätzen 86,6% (N=56) dieser Patientengruppe ihre Befindlichkeit als sehr gut, gut oder eher gut ein. Weitere 31,5% (N=35) beschrieben ihre Befindlichkeit bei Behandlungsbeginn als schlecht. Von diesen Patienten berichteten zum Katamnesezeitpunkt 85,7% (N=30) über eine sehr gute, gute oder eher gute Befindlichkeit. Daraus wird deutlich, dass die psychoanalytisch behandelten Patienten unserer Studie auch weit über das Ende der Behandlung hinaus über Verbesserungen ihrer Befindlichkeit berichten. Diese Ergebnisse werden durch eine amerikanischer retrospektiven Studie (Seligman 1995) anhand einer großen Patiententstichprobe bestätigt.

Tab. 9 Globale Selbsteinschätzung der Patienten zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich vor der Behandlung (Auswahl)

	n	verbessert	unverändert	verschlechtert
Wie hat sich die Leitsymptomatik, die Sie in Behandlung führte entwickelt ?	111	93	6	1
Wie schätzen Sie Ihre emotionale Befindlichkeit heute im Vergleich vor Behandlungsbeginn ein ?	111	94	5	1
Wie schätzen Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand heute ein im Vergleich vor der Behandlung ?	111	66	24	10
Wie haben sich die körperlichen Beschwerden, die Anlass für die Therapie waren entwickelt ?	63	83	10	7
Wie zufrieden sind Sie heute mit Ihrer Partnerschaft im Vergleich zum Behandlungsbeginn ?	80	74	19	7
Wie zufrieden sind Sie heute mit Ihrer beruflichen Situation im Vergleich zum Behandlungsbeginn?	111	75	17	8
Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitsstatus ein ?	111	51	37	12

Therapieerfolg und Behandlungsdauer (Fig. 2)

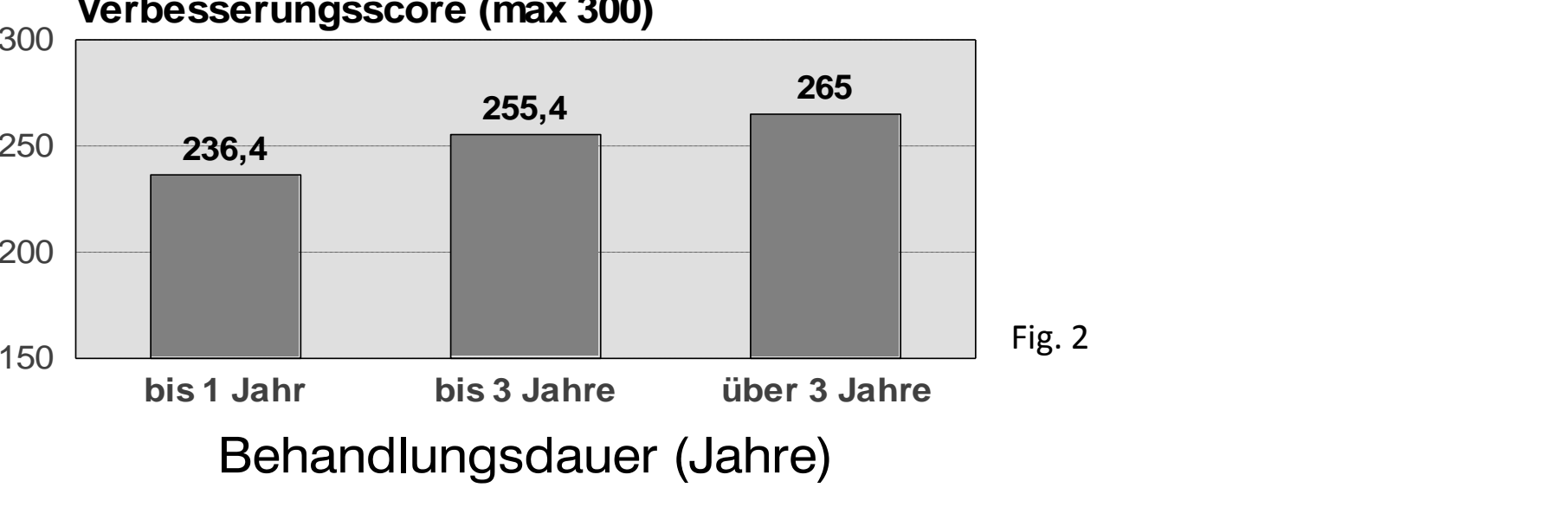
In dieser Abbildung ist der Summenwert von 3 Globalurteilen (0-100) der Patienten zum Therapieerfolg zusammengefasst und als Funktion der Dauer der Therapie dargestellt. Im Einzelnen waren dies:

1. der Grad der Besserung, der Beschwerden, die Anlass für die Therapie waren,
2. das Ausmaß wie die Psychotherapie oder Psychoanalyse dem Patienten geholfen hat,
3. die aktuelle psychische Befindlichkeit.

Es zeigt sich ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang mit der Behandlungsdauer (p< 0,05): Je länger die Behandlung dauert, umso erfolgreicher beschreiben die Patienten ihre Behandlung auch noch 6 Jahre nach deren Ende. Langzeittherapie scheint nach diesen Kriterien erfolgreicher als Kurzzeittherapie. Dieses Ergebnis ist mit den Befunden der Consumers Report-Studie von Seligman (1995) sowie den Ergebnissen von Sandell (1996), vergleichbar

Therapieerfolg und Behandlungsdauer

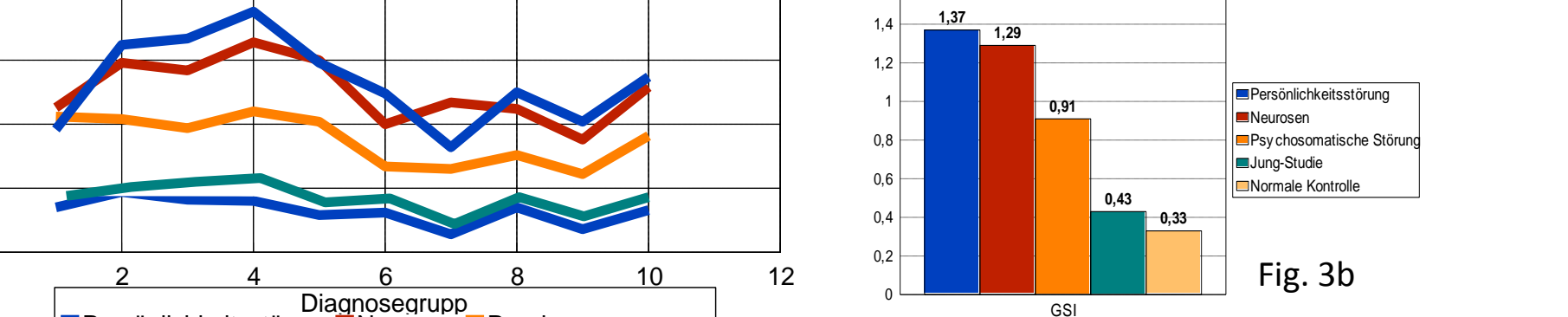
Verbesserungsscore aus der Summe von 3 subjektiven Globalurteilen zum Therapieerfolg



Ergebnisse der psychometrischen Tests zum Katamnesezeitpunkt

Die Stichprobe der Jung-Studie weist zum follow-up Zeitpunkt im Global Severity Index (GSI) der SCL-90R (Symptomatik) und in den Subskalen 6 Jahre nach der Behandlung keine psychopathologischen Kennwerte auf. Die vor Behandlungsbeginn hinsichtlich des Diagnosespektrums und der Krankheitsschwere relativ schwer gestörte Stichprobe zeigt jetzt auch im Vergleich mit anderen klinischen Stichproben auf allen Skalen Werte, die vergleichbar mit der Normierungsstichprobe sind. In Fig. 3a sind die Mittelwerte der 9 Subskalen und in Fig. 3b der Gesamtscore (GSI) der SCL-90R der Normstichprobe, der Katamnese-Stichprobe und anderer klinischer Diagnosegruppen dargestellt.

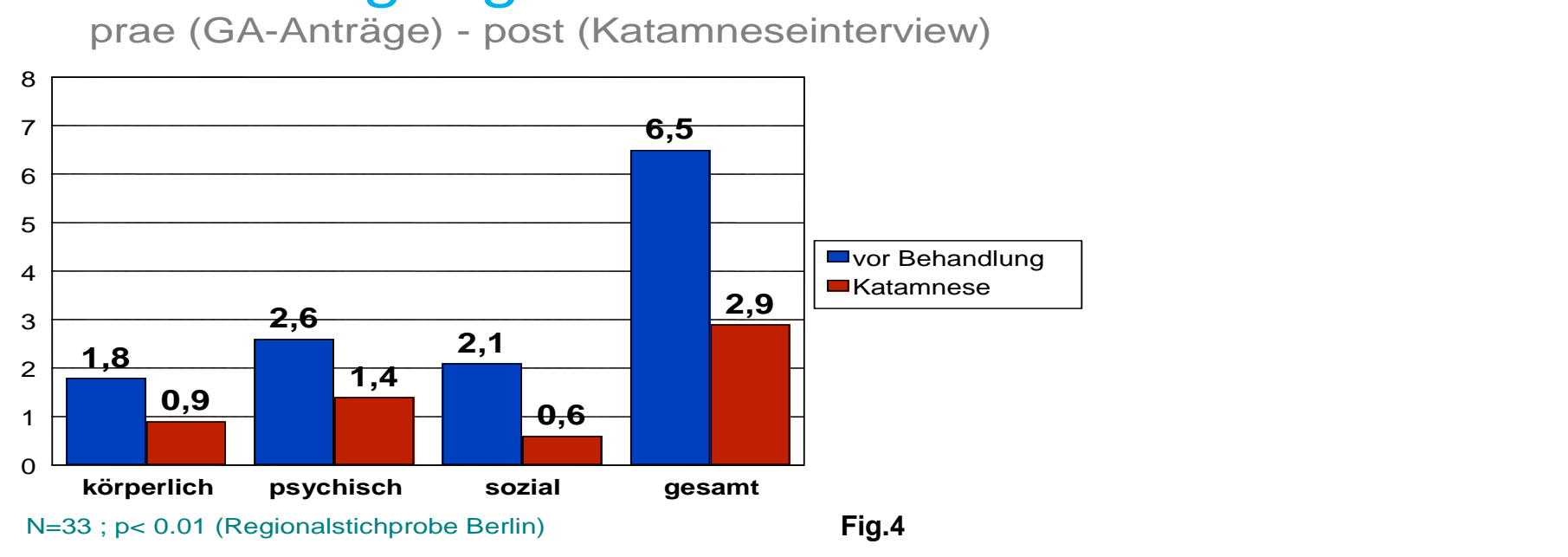
SCL-90R Symptom Skalen und globaler Kennwert



Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Der Vergleich der Beeinträchtigungsschwere des Expertenratings vor Behandlungsbeginn mit dem aktuellen Status in der Katamneseuntersuchung einer Teilgruppe von 33 Patienten (regionale Berliner Stichprobe) durch eine klinische Untersuchung zeigte eine signifikante Verringerung der Krankheitsschwere nach der Methode von Schepank (p< 0.01). Die retrospektive Effektstärke lag bei 2.1 (Fig.4)

Beeinträchtigungsschwerescore



Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen

Von den Krankenkassen sind grundsätzlich keine objektiven Angaben zum Medikamentenverbrauch und Zahl der Arztbesuche zu erhalten. Wir sind daher hier auf die subjektiven Angaben der ehemaligen Patienten angewiesen. Nachfolgend sind daher für die Häufigkeit der Arztbesuche und den Medikamentenkonnsum die subjektiven Patientenangaben zusammengefasst:

Einnahme von Psychopharmaka

Die Einnahme psychotroper Medikamente hat sich in der posttherapeutischen Phase substantiell reduziert (Fig. 5). Ein zunehmender Prozentsatz von Patienten nehmen im Vergleich vor der Behandlung weniger Psychopharmaka ein. Der Anteil der regelmäßig Medikamente einnehmenden Patienten nahm insgesamt erheblich ab. Insgesamt nahmen 50% der Untersuchungsteilnehmer im Vergleich vor Therapiebeginn zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung weniger Medikamente ein (ca. 40% unverändert oder nicht zutreffend). Knapp 70% nehmen heute weder Schlaf-noch Schmerz oder Beruhigungsmittel, 25% gelegentlich und 5% regelmäßig.

Medikamenteneinnahme vor der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt

