

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg

Astrid Altenhöfer¹ · Wolfgang Schulz² · Reinhold Schwab³ · Jochen Eckert³

¹ Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum, Hamburg-Eppendorf

² Institut für Psychologie, Technische Universität, Braunschweig

³ Arbeitsbereich Gesprächspsychotherapie des Fachbereichs Psychologie, Universität, Hamburg

Psychotherapie von Anpassungsstörungen

Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam?

Viele in ambulanter Praxis behandelte Psychotherapiepatienten erhalten die Diagnose einer „Anpassungsstörung“ [nach „International Classification of Diseases-(ICD-10“ F43.2], dennoch ist die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Patienten mit diesem Störungsbild für kein Therapieverfahren ausreichend empirisch untersucht und belegt worden (Greenberg et al. 1995; Jones et al. 2002). Auch für die Gesprächspsychotherapie existieren bislang nur wenige Wirksamkeits- oder Effektivitätsstudien, und diese beziehen sich fast ausschließlich auf Anpassungsstörungen, die als Reaktion oder im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen auftreten (z. B. Dircks et al. 1982).

Anpassungsstörungen werden in der ICD-10 mit akuten und posttraumatischen Belastungsreaktionen zu einer diagnostischen Kategorie – *F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* – zusammengefasst (ICD-10, S. 167 ff.). Allen drei Belastungsstörungen gehen ursächlich mehr oder weniger stark belastende Lebensereignisse voraus, ohne die keines dieser Krankheitsbilder entstehen würde.

Anders als bei den akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen resultieren Anpassungsstörungen nach der ICD-10 aus psychosozialen Belastungen von nichttraumatischem Ausmaß, z. B. schweren körperlichen Erkrankungen oder einschneidenden Lebens-

veränderungen, wie Scheidung oder Verlust des Arbeitsplatzes. Die Auslöser können sowohl punktuell als auch kontinuierlich bzw. wiederholt auftreten. Sie führen zu einer emotionalen Belastung oder zu Symptomen auf der Verhaltensebene, die subjektives Leiden sowie eine Beeinträchtigung des Sozialverhaltens und der beruflichen Leistung verursachen. Des Weiteren können damit depressive Verstimmungen, Ängste, Besorgnis und Einschränkungen bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen einhergehen. Die das klinische Bild bestimmende Symptomatik wird in Zusatzkodierungen festgehalten.

In einer Untersuchung zu den Krankheitsverläufen von Patienten mit Anpassungsstörungen im Vergleich zu Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen über einen Zeitraum von 10 Jahren fanden Jones et al. (2002) heraus, dass die Anzahl der Patienten, die eine Anpassungsstörung als Eingangsdiagnose erhalten hatten und stationär behandelt worden waren, sowohl die Anzahl der Patienten mit der Diagnose einer Angststörung als auch die mit einer Dysthymie übertraf (Jones et al. 2002, S. 199). Einer ähnlichen Fragestellung widmeten sich auch Greenberg et al. (1995). Die Autoren verglichen retrospektiv Krankenakten von jugendlichen und erwachsenen Patienten, die bei ihrer stationären Aufnahme im Rahmen des psychiatrischen Notdienstes die Diagnose einer

Anpassungsstörung erhalten hatten, mit den Krankenakten von Patienten mit anderen psychiatrischen Aufnahmediagnosen und beobachteten den Behandlungs- bzw. Krankheitsverlauf beider Patientengruppen für die Dauer von 2 Jahren. Von den jugendlichen Patienten erhielten insgesamt 34,4% (54 davon 33 Frauen) die Diagnose einer Anpassungsstörung und 7,1% (102 davon 42 Frauen) der erwachsenen Patienten. Diese Diagnose ging sowohl bei den jugendlichen als auch bei den erwachsenen Patienten mit erhöhter Suizidalität zum Behandlungsbeginn, kürzerer Verweildauer im Krankenhaus und bei den erwachsenen Patienten außerdem häufig mit der Zusatzdiagnose einer substanzinduzierten Störung einher.

Die Symptome einer Anpassungsstörung beginnen der ICD-10 zufolge innerhalb eines Monats nach dem auslösenden Ereignis und sollten innerhalb von 6 Monaten abklingen, können jedoch auch bis zu 2 Jahre bestehen bleiben. Es wird daher angenommen, dass Patienten mit Anpassungsstörungen häufig eine geringere Behandlungsdosis benötigen als andere Psychotherapiepatienten und zwar vor allem dann, wenn das belastende Ereignis nicht länger als ein halbes bis ein Jahr zurückliegt. Aus diesem Grund wurde die

Wir danken der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung für die Finanzierung des Forschungsprojektes.

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Erhebungsinstrumente	
Bereich	Erhebungsinstrumente
Soziodemographische Daten	Patientenselbstausskunft nach Psy-BaDo (Heuft u. Senf 1998)
Diagnose	Anpassungsstörung nach DSM-IV und ICD-10 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I)
Allgemeine psychische Belastungen und Beeinträchtigungen	„Brief symptom inventory“ (BSI; Franke 2000) Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS; Scheppank 1995) Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF-Skala): Achse V des DSM-IV
Subkategorien von Anpassungsstörungen	„Hospital anxiety and depression scale“ (HADS-D; Herrmann et al. 1995) „State-trait-Angstinventar“ (STAI; Laux et al. 1981) Allgemeine Depressionsskala (ADS; Hautzinger u. Bailer 1993)
Allgemeine Lebensqualität	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg et al. 2000)
Therapieziele	Individuelle Therapieziele Patient (maximal 3) nach Psy-BaDo (Heuft u. Senf 1998)
Therapieevaluation	Therapeutenangaben bezüglich der Bedeutung der Veränderung bestimmter Problembereiche nach Psy-BaDo (Heuft u. Senf 1998) Patientenangaben bezüglich der Bedeutung der Veränderung bestimmter Problembereiche nach Psy-BaDo (Heuft u. Senf 1998)

gesprächspsychotherapeutische Behandlung in der vorliegenden Untersuchung von vornherein als Kurztherapie (vgl. Biermann-Ratjen u. Eckert 2001, S. 125 f.) mit limitierter Stundenzahl konzipiert.

Studie

Fragestellung

Von diesem Forschungsstand ausgehend, sollten folgende Fragen beantwortet werden:

1. Wirkt sich die Behandlung mit einer zeitlich begrenzten Gesprächspsychotherapie für Patienten mit Anpassungsstörungen positiv aus?
2. Bleiben positive Veränderungen, die aus der psychotherapeutischen Behandlung resultieren, über den Therapiezeitraum hinaus erhalten, oder verschlechtern sich diese Patienten nach Abschluss der Therapie wieder deutlich?

Untersuchungsdesign

Eine Anpassungsstörung kann Folge sehr verschiedener belastender Lebensereig-

nisse sein. Innerhalb dieser Studie wurden nur solche Patienten gesprächspsychotherapeutisch behandelt, die als Reaktion auf 2 umschriebene belastende Lebensereignisse, die vergleichsweise häufig eintreten, eine Anpassungsstörung entwickelt hatten: zum einen als Reaktion auf den *Verlust einer wichtigen Bezugsperson*, z. B. durch Todesfall, Trennung oder Scheidung, zum anderen als Reaktion auf ein *Leistungsversagen mit finalen Konsequenzen* in Studium oder Beruf, wie etwa Exmatrikulation oder Verlust des Arbeitsplatzes. Patienten mit Anpassungsstörungen als Reaktion auf andere Ereignisse wurden nicht berücksichtigt. Weitere Ausschlusskriterien waren akute Suizidalität und gravierende, komorbide psychische Erkrankungen, z. B. psychotische Störungen, Essstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Diese wurden in einer Differenzialdiagnostik mithilfe des strukturierten klinischen Interviews für das „diagnostic and statistical manual of mental disorders- (DSM-)IV“ (SKID; Wittchen et al. 1997) zum ersten Erhebungszeitpunkt ausgeschlossen. Da Anpassungsstörungen nach den DSM-IV-Richtlinien nur dann diagnostiziert

werden dürfen, wenn keine weiteren Störungen auf der Achse I vorliegen, wurden affektive Störungen und Angststörungen ebenfalls differenzialdiagnostisch im SKID-Interview ausgeschlossen. Aufnahmekriterien waren das Vorliegen der Diagnose einer Anpassungsstörung und ein Lebensalter zwischen 18 und 65 Jahren.

Die Patientenrekrutierung erfolgte von Juni 2001 bis Mai 2004 deutschlandweit durch die Vermittlung bzw. Anmeldung von Patienten aus Beratungsstellen und Institutsambulanzen sowie durch niedergelassene Psychotherapeuten. Die Therapien wurden aus Projektmitteln finanziert. Von ursprünglich 59 testdiagnostisch untersuchten Patienten nahmen insgesamt 50 (10 Männer und 40 Frauen) am vorliegenden Forschungsprojekt teil. Zwei Patienten konnten aufgrund einer abweichenden Diagnose nicht in die Studie aufgenommen werden. Ein Patient schied innerhalb der Wartezeit aus, weil er an anderer Stelle sofort eine ambulante Psychotherapie beginnen konnte. Weitere 6 Psychotherapiepatienten brachen die Behandlung zu unterschiedlichen Zeitpunkten ab (unmittelbar nach der Erstdiagnostik, nach ein und nach 4 Therapiestunden).

Die behandelnden Psychotherapeuten (n=21, davon 12 Frauen) verfügten alle über eine abgeschlossene gesprächspsychotherapeutische Ausbildung und eine mehrjährige Berufserfahrung als Gesprächspsychotherapeuten (M=21,4 Jahre). Die diagnostischen Untersuchungen der Patienten wurden therapeutenunabhängig durch Projektmitarbeiter¹ durchgeführt.

Um die Effektivität der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung mit einer unbehandelten Kontrollgruppe vergleichen zu können, wurden die Patienten mit ihrem Einverständnis einer Behandlungs- oder Wartegruppe zugeteilt. Diese Zuweisung sollte ursprünglich vollständig randomisiert erfolgen. Dies ließ sich jedoch im weiteren Projektverlauf vor dem Hintergrund der deutschlandwei-

¹ Bei den Diagnostikern handelte es sich um Diplom-Psychologen, die als wissenschaftliche Mitarbeiter an Universitäten – 3 Professoren und eine Doktorandin – und als niedergelassene psychologische Psychotherapeuten tätig waren, sowie eine Diplomandin im Fach Psychologie.

Astrid Altenhöfer · Wolfgang Schulz · Reinhold Schwab · Jochen Eckert
Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam?

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersuchte die Wirksamkeit einer ambulanten, auf maximal 12 Stunden begrenzten geschäftspsychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) im Vergleich mit einer unbehandelten Wartegruppe. Sowohl die Patienten der Behandlungsgruppe (n=31) wie auch die Wartegruppe (n=19) hatten eine Anpassungsstörung entweder als Reaktion auf den Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder infolge eines Leistungsversagens im Studium bzw. Beruf entwickelt. Im gruppenstatistischen Vergleich mit den Patienten der unbehandelten Wartegruppe kam es bei den Psychotherapiepatienten sowohl bei Selbst- als auch Fremdbeurteilung zu signifikanten Verbesserungen.

Diese positiven Behandlungseffekte blieben auch im 3-monatigen Katamnesezeitraum erhalten. Auf der individuellen Ebene verbesserten sich die Psychotherapiepatienten im Gegensatz zu den Patienten der Wartegruppe in jedem Erhebungsinstrument klinisch und statistisch signifikant. Diese positiven Veränderungen infolge der geschäftspsychotherapeutischen Behandlung spiegelten sich auch in den hohen individuellen Therapieerfolgswerten und in hohen Effektstärkewerten wider, die für jedes Erhebungsinstrument berechnet wurden.

Schlüsselwörter

Gesprächspsychotherapie · Anpassungsstörungen · Wirksamkeit

Psychotherapy of adjustment disorders. Is psychotherapy if limited to 12 sessions sufficiently effective?

Abstract

In this study we examined the effectiveness of an outpatient client-centered psychotherapy of patients with adjustment disorders (ICD-10 F43.2) limited to twelve sessions in comparison to an untreated control group. The patients of each group ($n_{\text{treatment}}=31$ and $n_{\text{control}}=19$) had been diagnosed with an adjustment disorder in response to one of the following stressful events: either the loss of an important person or performance deficits at work or university. Compared with the untreated control group the immediate therapy group improved significantly on rating scales and questionnaires. These positive treatment

effects proved stable at a 3 months follow-up. Individual treatment gains were also analyzed for clinical and statistical significance. The improvements of the treatment group were significantly greater in all used measures than those of the control group. These improvements were interpreted as an effect of the client-centered treatment which resulted in high individual overall treatment gains and in high effect sizes.

Keywords

Client-centered psychotherapy · Adjustment disorders · Effectiveness

ten Patientenrekrutierung und in Einzelfällen auch aus ethischen Gründen nicht verwirklichen. So fand eine Therapeutin eine mögliche Wartezeit von 12 Wochen für eine Patientin, die ihren Ehemann und ihre beiden Kinder verloren hatte, ethisch nicht vertretbar. Stattdessen wurde, wie in einer Untersuchung von Paivio und Nieuwenhuis (Paivio u. Nieuwenhuis 2001, S. 130) das Prinzip des „first come first served“ angewendet, d. h. es wurden zunächst die Behandlungs- und im Anschluss daran die Wartegruppe aufgefüllt. Aufgrund der fehlenden Randomisierung handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine „quasiexperimentelle Felduntersuchung“ (Bortz u. Döring 1995, S. 57) mit einer niedrigeren internen und einer hohen externen Validität.

Das geschäftspsychotherapeutische Behandlungsangebot basierte für beide Patientengruppen auf dem „klientenzentrierten Konzept“ (Eckert 1996) nach Rogers, sowie auf einem eigens hierfür von Biermann-Ratjen und Eckert (Biermann-Ratjen u. Eckert 2001) ausgearbeiteten „Manual zur geschäftspsychotherapeutischen Behandlung von Anpassungsstörungen“ (Eckert 1996, Kap. 23). Die psychotherapeutische Behandlung war auf maximal 12 Therapiestunden – mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche – begrenzt. Behandlungen, die weniger als 6 Therapiestunden umfassten, wurden als Therapieabbruch gewertet und in der Studie nicht berücksichtigt. Während die Patienten der Behandlungsgruppe unmittelbar nach dem Abschluss der diagnostischen Eingangsuntersuchung mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung begannen, warteten die Patienten der Kontrollgruppe weitere 3 Monate auf den Behandlungsbeginn.

Untersuchungsinstrumente

Die diagnostische Einschätzung aller Psychotherapie- und Wartegruppenpatienten erfolgte mit Ausnahme des SKID und der Erfassung der soziodemographischen Daten, die nur zum ersten Erhebungszeitpunkt (prä) erhoben wurden, vor Behandlungs- bzw. Wartezeitbeginn (prä), am Ende der Behandlung bzw. Wartezeit (post) und 3 Monate nach Behandlungs-

Tab. 2 Soziodemographische Merkmale						
Merkmale		Behandlungsgruppe (n=31)		Wartegruppe (n=19)		Signifikanz
		M	s	M	s	
Alter [Jahre]		39,3	9,4	39,2	13,3	0,975 ^a
–		n	%	n	%	–
Geschlecht	Weiblich	26	83,9	14	73,7	0,382 ^b
	Männlich	5	16,1	5	26,3	
Nationalität	Deutsch	29	93,5	18	94,7	1,0 ^c
	Andere	2	6,5	1	5,3	
Wohnort nach Bundesland	HH	16	51,6	2	10,5	0,0 ^{***d}
	SH	2	6,5	4	21	
	NI	6	19,3	1	5,3	
	NW	4	12,9	0	0	
	Ba	1	3,2	12	63,2	
	BW	2	6,5	0	0	
Familienstand	Ledig	13	41,9	11	57,9	0,536 ^d
	Verheiratet	7	22,6	1	5,3	
	Getrennt lebend	4	12,9	2	10,5	
	Geschieden	2	6,5	2	10,5	
	Verwitwet	5	16,1	3	15,8	
Höchster Bildungsabschluss	Hauptschule	6	19,4	1	5,2	0,375 ^d
	Realschule	6	19,4	4	21,1	
	Gymnasium	19	61,2	14	73,7	
Aktuelle Berufstätigkeit	Vollzeit	13	41,9	6	31,6	0,547 ^d
	Teilzeit	8	25,8	7	36,8	
	Gelegentlich	0	0	1	5,3	
	Hausfrau/-mann	2	6,5	1	5,3	
	Arbeitslos	2	6,5	0	0	
	Ausbildung	5	15,1	3	15,8	
	Berufsunfähig	1	3,2	0	0	
	Witwenrente	0	0	1	5,3	
ICD-10-Diagnosen	F43.20	1	3,2	2	10,5	0,23 ^d
	F43.21	19	61,3	6	31,6	
	F43.22	7	21,6	6	31,6	
	F43.23	2	6,5	4	21,1	
	F43.28	2	6,5	1	5,3	
Auslösendes Lebensereignis	Leistungsversagen	3	9,7	4	21,1	0,246 ^d
	Todesfall	13	41,9	4	21,1	
	Trennung	15	48,4	11	57,9	
Behandlungsvorerfahrungen	Keine	25	80,6	9	47,4	0,048 ^{*d}
	Ambulante Langzeittherapie	1	3,2	3	15,8	
	Ambulante Kurzzeittherapie	4	12,9	7	36,8	
	Psychiatrieaufenthalt	1	3,2	0	0	
Medikamente	Keine	16	51,6	10	52,6	0,944 ^b
	Einnahme	15	48,4	9	47,4	

Mkürzel erklären, f komma Mittelwert, s Standardabweichung.
 HH Hamburg, SH Schleswig-Holstein, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, Ba Bayern, BW Baden-Württemberg.
 F43.20 Anpassungsstörung mit einer kurzen depressiven Reaktion, F43.21 Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion, F43.22 Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, F43.23 Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, F43.28 Anpassungsstörung mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen.
^aT-Test für unabhängige Stichproben, ^bχ²-Test, ^cFisher's exakter Test, ^dχ²-Test, der berechnet wurde trotz einer Felderbesetzung <5.
 ***p<0,001,*<0,05.

ende (Katamnese) mit den in **Tab. 1** aufgeführten Verfahren.

Stichproben- und Behandlungscharakteristika

Beide Stichproben wurden im Hinblick auf ihre Vergleichbarkeit bezüglich soziodemographischer Merkmale miteinander verglichen (**Tab. 2**).

Von den 50 Patienten der Untersuchungsstichprobe erfüllten 25 (50%) die Kriterien einer *Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion* (F43.21) und 13 (26%) die einer *Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt* (F43.22). Bei insgesamt 6 (12%) Patienten wurde die Diagnose einer *Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen* (F43.23) gestellt. Eine *Anpassungsstörung mit einer kurzen depressiven Reaktion* (F43.20) trat bei 3 (6%) weiteren Patienten auf, ebenso wie die Diagnose einer *Anpassungsstörung mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen* (F43.28).

Wie **Tab. 2** veranschaulicht, unterschieden sich die Behandlungs- und Wartegruppenpatienten im Hinblick auf ihre soziodemographischen Merkmale in 2 Bereichen: der Wohnortverteilung nach Bundesländern und in ihren Vorerfahrungen mit psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Behandlungen. Des Weiteren wurden signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich der Behandlungsdauer bzw. der Länge der Wartezeit (**Tab. 3**) gefunden. Während die psychotherapeutische Behandlung im Durchschnitt 16,8 Wochen andauerte, betrug die Wartezeit für die Kontrollgruppe durchschnittlich lediglich 13,8 Wochen. Die längere Psychotherapiedauer ging jedoch nicht mit einer Erhöhung der Therapiestunden einher, sondern hing mit Ausfallzeiten, z. B. Urlaubs- und Feiertagen, zusammen. Nach der vorgesehenen Wartezeit bekamen die Kontrollgruppenpatienten das gleiche Behandlungsangebot, das jedoch nur von 16 der 19 Patienten in Anspruch genommen wurde. Zwei Wartegruppenpatienten entschieden sich für eine reguläre, von den Krankenkassen finanzierte Psychotherapie. Eine Patientin wollte keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen.

Tab. 3 Dauer der Psychotherapie bzw. Wartezeit [Wochen]

Gruppe	n	M	s	Range	p(F)	t	df	p(t)
Behandlungsgruppe	31	16,8	4,3	9–28	0,709	-2,414	48	0,020*
Wartegruppe	19	13,8	3,9	8–25				

M Mittelwert, s Standardabweichung, p(F) Testwert, t Prüfgröße, df Anzahl der Freiheitsgrade, p(t) Signifikanzniveau.
*p<0,05.

Tab. 4 Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung und Effektstärken zum Vergleich der Wartegruppe mit der reinen Behandlungsgruppe (BG 1) für alle Fragebögen und Rating-Instrumente

Erhebungsinstrument	Stichproben	n	Zeitpunkt 1		Zeitpunkt 2		Varianzanalyse			ES
			M	s	M	s	F	df	Zeit* Gruppe	
BS-GSI	BG 1	31	1,19	0,58	0,55	0,45	19,53	48	0,0***	0,89
	WG	19	0,96	0,6	0,81	0,62				
BSI-Depressivität	BG 1	31	1,75	1,06	0,84	0,85	6,97	48	0,011*	0,60
	WG	19	1,3	0,94	0,97	0,82				
BSI-Ängstlichkeit	BG 1	31	1,32	1,04	0,57	0,57	6,95	48	0,011*	0,78
	WG	19	0,98	0,71	0,83	0,73				
BSS	BG 1	31	4,80	1,22	2,0	1,82	36,03	48	0,0***	1,59
	WG	19	4,1	1,44	3,73	1,28				
GAF-Skala	BG 1	31	61,03	7,00	77,16	13,56	16,78	48	0,0***	1,09
	WG	19	63,84	8,02	69,0	6,89				
ADS	BG 1	24	31,75	12,03	16,25	12,7	16,64	40	0,0***	0,88
	WG	18	25,94	11,94	21,38	12,57				
STAI	BG 1	31	48,90	4,18	46,41	3,13	4,61	48	0,037*	0,75
	WG	19	46,89	3,16	47,05	2,36				
FLZ	BG 1	13	233,15	30,59	266,76	25,6	13,58	18	0,002**	1,57
	WG	7	240,14	50,36	234,42	45,38				

BG 1 reine Behandlungsgruppe, WG Wartegruppe, M Mittelwert, s Standardabweichung, F Testwert (Zeit*Gruppe), df Anzahl der Freiheitsgrade, ES Effektstärke.
BSI „brief symptom inventory“, GSI „global severity index“ des BSI, BSS Beeinträchtigungs-Schwere-Score, GAF-Skala Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Achse V des DSM-IV), ADS allgemeine Depressionsskala, STAI „State-trait-Angstinventar“, FLZ Fragebogen zur Lebenszufriedenheit.
***p<0,001, **p<0,01, *p<0,05.

Obwohl sich in Bezug auf die Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab (**Tab. 2**), wurde dennoch der mögliche Einfluss des Faktors Medikamenteneinnahme auf das Therapieergebnis mithilfe einer dreifaktoriellen Varianzanalyse kontrolliert. Mögliche Wechselwirkungen mit der psychotherapeutischen Behandlung sollten auf diese Weise aufgedeckt werden. Im Ergebnis fand sich ein signifikanter Einfluss der Medikamenteneinnahme auf den Therapieerfolg lediglich für das „rating“ auf der GAF-Skala des DSM-IV: Die externen Diagnostiker schätzten die positiven Verän-

derungen im allgemeinen Funktionsniveau bei den Patienten ohne Medikamenteneinnahme am Ende der Therapie höher ein als bei den Patienten mit Medikamenteneinnahme. In allen anderen Ergebnisskalen konnten keine Wechselwirkungen mit dem Faktor Medikamenteneinnahme nachgewiesen werden.

Insgesamt wurden 47 Patienten, die unter einer Anpassungsstörung litten, mit einer zeitlich begrenzten Gesprächspsychotherapie behandelt, und zwar 31 sofort (reine Behandlungsgruppe BG 1) und 16 nach einer Wartezeit von 3 Monaten (Wartegruppe). Die mittlere Therapiestundenzahl lag bei 11,7 Stunden, die sich

Tab. 5 Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung und Effektstärken der Behandlungsgruppen 1 und 2 für alle Fragebögen und Rating-Instrumente

Erhebungsinstrument	n	Zeitpunkt 1		Zeitpunkt 2		Zeitpunkt 3		VA Zeit	Trend Linear	ES
		M	s	M	s	M	s			
BSI-GSI	39	1,05	0,59	0,48	0,4	0,45	0,42	0,0***	0,0***	1,07
BSI-Depressivität	39	1,45	1,04	0,68	0,79	0,51	0,71	0,0***	0,0***	0,82
BSI-Ängstlichkeit	39	1,21	1,0	0,5	0,51	0,41	0,46	0,0***	0,0***	0,83
BSS	40	4,50	1,30	1,82	1,5	1,77	1,71	0,0***	0,0***	1,75
GAF-Skala	39	63,74	7,87	78,10	11,67	79,28	12,40	0,0***	0,0***	1,37
HADS-Depressions- skala	39	10,10	5,15	5,2	4,18	5,23	4,48	0,0***	0,0***	1,07
HADS-Angstskala	39	10,89	4,64	6,76	3,61	6,20	3,84	0,0***	0,0***	0,92
ADS	33	27,51	13,29	13,63	12,06	12,33	10,11	0,0***	0,0***	1,06
STAI	39	48,38	3,75	46,33	2,88	46,05	2,41	0,005**	0,002**	0,59
FLZ	19	239,14	24,75	272,00	22,49	264,92	23,68	0,006**	0,004**	1,63

Zeitpunkt 1 Psychotherapiebeginn, Zeitpunkt 2 Psychotherapieende, Zeitpunkt 3 3-Monats-Katamnese, M Mittelwert, s Standardabweichung, VA Varianzanalyse, Trend Trendanalyse, ES Effektstärken für den Psychotherapiezeitraum (prä bis post). BSI „brief symptom inventory“, GSI „global severity index“ des BSI, BSS Beeinträchtigungs-Schwere-Score, GAF-Skala Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Achse V des DSM-IV), HADS-D „hospital anxiety and depression scale“ – Deutsche Version, ADS allgemeine Depressionsskala, STAI „State-trait-Angstinventar“, FLZ Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. ** $p < 0,001$, *** $p < 0,01$.

auf durchschnittlich 16,1 Wochen verteilt, Das Minimum waren 8 in Anspruch genommene Therapiestunden, das Maximum, wie im Untersuchungsdesign festgelegt, 12 Therapiestunden, Der Zeitraum bis zur katamnestic Nachuntersuchung betrug für die 41 Psychotherapiepatienten, die sich zu einer Katamnesebefragung bereit erklärt hatten, im Durchschnitt 16,0 Wochen.

Ergebnisse

Die Wirksamkeit der zeitlich begrenzten gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen wurde aus 3 unterschiedlichen „Perspektiven“ betrachtet und berechnet:

- durch gruppenstatistische Vergleiche (Varianzanalysen),
- in Form von Effektstärken und
- auf der Basis von individuellen, klinisch und statistisch signifikanten Verbesserungen.

Wirksamkeitsstudien basierten lange Zeit ausschließlich auf gruppenstatistischen Vergleichen verschiedener Psychotherapieverfahren miteinander oder mit einer unbehandelten Kontroll- bzw. Wartegruppe. Dabei wurde berechnet, inwieweit sich eine Patienten- bzw. Behandlungsgruppe im Durchschnitt in ihren Gruppenmittelwerten in einer Psychotherapie verbesserte (Jacobson u. Truax 1991; Kordy 1997). Hierzu merkten Jacobson et al.

(1984, S. 337) kritisch an: „Without some information regarding variability of outcome, the reader has no way of determining the proportion of clients who benefited from the treatment. Yet these proportions are of great importance to anyone interested in estimating the likelihood that a given individual will benefit from therapy.“

Dieser Forderung nachkommend, wurden in dieser Arbeit die durch die Behandlung erzielten Veränderungen auch individuell erfasst, d. h. es wurde untersucht, bei wie vielen Patienten es im Einzelfall zu einer statistisch und/oder klinisch bedeutsamen Verbesserung ihrer Symptomatik kam. Von einer klinisch bedeutsamen Verbesserung wurde dann gesprochen, wenn Patienten, die vor der Psychotherapie klinisch auffällige Werte aufwiesen – z. B. in Fragebögen – nach der Behandlung hinsichtlich ihrer Werte in diesen Erhebungsinstrumenten im „gesunden“, klinisch unauffälligen Bereich lagen.

Gruppenstatistische Vergleiche und Effektstärken

Es wurden zunächst die Ausgangswerte beider Stichproben in allen Fragebögen und Rating-Instrumenten mithilfe eines T-Tests für unabhängige Stichproben verglichen; hierbei wurden signifikante Unterschiede für die „hospital anxiety and

depression scale“ (HADS-D), sowohl für die Angst- ($p=0,041$) wie auch für die Depressionsskala ($p=0,026$), auf dem 5%-Niveau gefunden. Die Patienten der Wartegruppe hatten zum ersten Erhebungszeitpunkt niedrigere Angst- und Depressionswerte. In den restlichen Fragebogen- und Rating-Skalen bestand ebenfalls häufig ein geringfügiger, aber nicht signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben zugunsten der Wartegruppe (■ Tab. 4).

Die Veränderungen der Patienten beider Versuchsgruppen wurden pro Erhebungsinstrument einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (2 Versuchsgruppen, 2 Messzeitpunkte) unterzogen. Interpretiert wurde die Interaktion zwischen dem Faktor Versuchsgruppe (Behandlungs- vs. Wartegruppe) und dem Faktor Messzeitpunkt. Hierbei erzielten die Psychotherapiepatienten in den beiden Rating-Instrumenten – dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und der Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF-Skala des DSM-IV) – jeweils hochsignifikante Verbesserungen ($p=0,0$) im Vergleich zur Wartegruppe. Dies traf auch auf den „global severity index“ (GSI) des „brief symptom inventory“ (BSI) und die allgemeine Depressionsskala (ADS) zu. In den anderen Fragebögen bzw. Subskalen des BSI kam es ebenfalls zu signifikanten Verbesserungen der Behandlungsgruppenpati-

enten im Psychotherapiezeitraum: Skala „Depressivität“ des BSI ($p=0,011$), Skala „Ängstlichkeit“ des BSI ($p=0,011$), State-trait-Angstinventar ($p=0,037$) und im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ; $p=0,002$).

Eine Besonderheit stellen die beiden Skalen der HADS-D dar. Auch hier verbesserten sich die Behandlungsgruppenpatienten sowohl auf der Depressions- wie auch auf der Angstskala hochsignifikant (T-Test für gepaarte Stichproben; Angstskala: $t=7,078$; $p=0,0$ bzw. Depressionsskala: $t=8,253$; $p=0,0$). Es bestand jedoch bereits zum Zeitpunkt der Eingangsdiagnostik ein signifikanter Unterschied zugunsten der Wartegruppe (niedrigere Werte). Der Gruppenvergleich zum Behandlungsende mithilfe eines T-Tests ergab, dass sich die beiden Stichproben nicht mehr signifikant voneinander unterschieden (Angstskala: $t=1,412$; $p=0,164$, Depressionsskala: $t=1,205$; $p=0,234$). Dennoch verbesserte sich die Behandlungsgruppe im Mittel – mit ihren ursprünglich höheren Ausgangswerten – in stärkerem Ausmaß als die Wartegruppe.

Für die Veränderungen der Psychotherapiepatienten im Behandlungszeitraum (prä-post) wurden über alle Erhebungsinstrumente hinweg unter Berücksichtigung der Veränderungen der Wartegruppe und der zum Teil unterschiedlichen Ausgangswerte der beiden Stichproben zum ersten Erhebungszeitpunkt „korrigierte Effektstärken“ (Klauer 1993) berechnet, die im Bereich von $ES=0,60$ (Skala „Depressivität“ des BSI) bis $ES=1,59$ (im BSS) lagen. In Anlehnung an Cohen (1988) handelt es sich dabei um mittlere ($d=0,5$) bis große ($d=0,8$) Effektstärken.

Neben den gruppenstatistischen Vergleichen Behandlungs- vs. Kontrollgruppe wurde das Ausmaß der positiven Veränderungen für die Gesamtgruppe der Patienten berechnet, die in dieser Studie gesprächspsychotherapeutisch behandelt worden waren ($n=47$). Dabei wurde mithilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung geprüft, ob die Verbesserungen, die im Psychotherapiezeitraum erreicht worden waren, sich auch im 3-monatigen Katamnesezeitraum als stabil erwiesen (■ **Tab. 5**).

Die positiven Therapieeffekte der reinen Behandlungsgruppe (BG 1) ließen

Tab. 6 Statistische und klinische Signifikanzen aller Psychotherapiepatienten (BG 1 und 2) mit allen Erhebungsinstrumenten

Erhebungsinstrument	n	Statistisch signifikant verbessert		Klinisch signifikant verbessert		Statistisch und klinisch signifikant verbessert	
		n	[%]	n	[%]	n	[%]
BSI-GSI	47	25	53,2	22	46,8	15	31,9
BSI-Depressivität	47	23	46,8	17	36,2	11	23,4
BSI-Ängstlichkeit	47	14	29,8	14	29,8	8	17
BSS	47	–	–	5	10,6	5	10,6
GAF-Skala	47	–	–	15	31,9	15	31,9
HADS-Depressionsskala	47	10	21,3	18	38,3	10	21,3
HADS-Angstskala	47	11	23,4	19	40,4	9	19,1
ADS	40	20	50	12	30	9	22,5
STAI	47	14	29,8	28	59,6 ^a	27	57,4
FLZ	19	14	73,7	3	15,8	3	15,8

BG 1 und 2 Patienten aus der reinen Behandlungsgruppe und Wartegruppenpatienten, die im Anschluss an ihre Wartezeit psychotherapeutisch behandelt wurden.
BSI „brief symptom inventory“, GSI „global severity index“ des BSI, BSS Beeinträchtigungs-Schwere-Score, GAF-Skala Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Achse V des DSM-IV), HADS-D „hospital anxiety and depression scale“ – Deutsche Version, ADS allgemeine Depressionsskala, STAI „State-trait-Angstinventar“, FLZ Fragebogen zur Lebenszufriedenheit.
^aKeine klinische Signifikanz im eigentlichen Sinne.

sich auch für die Gesamtgruppe aller psychotherapeutisch behandelten Patienten (BG 1 und 2) replizieren. Für diese Patientengruppe und auch für die reinen Behandlungsgruppenpatienten wurden über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg signifikante lineare Trends in allen Fragebögen und Rating-Skalen gefunden, d. h. die positiven Behandlungseffekte blieben auch über die Therapie hinaus stabil. Post-hoc-Überprüfungen in Form von Scheffé-Tests zeigten für alle Erhebungsinstrumente signifikante Unterschiede zwischen dem ersten (prä) und zweiten (post) sowie zwischen dem ersten und dritten Erhebungszeitpunkt (Katamnese). Für keinen der Tests wurden jedoch signifikante Unterschiede zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt gefunden.

Für diese Gesamtgruppe der gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten wurden zudem Effektstärken – als Maß für die Veränderungen dieser Gruppe im Psychotherapiezeitraum (prä-post), da keine Kontrollgruppendaten zur Verfügung standen – berechnet. Die Effektstärken reichten von $ES=0,59$ im STAI bis $ES=1,75$ im BSS. Mit Ausnahme der Effektgröße im STAI lagen alle anderen mindestens um $ES=0,82$, die von Lambert und Bergin (Lambert u. Bergin 1994) als mittlere Effektstärke

für Psychotherapiestudien genannt wird, und zum Teil noch deutlich darüber: z. B. FLZ: $ES=1,63$; GAF-Skala: $ES=1,37$; GSI des BSI: $ES=1,07$; HADS-D Depressions-skala: $ES=1,07$; ADS: $ES=1,06$. Nach Cohen (1988) handelte es sich bei allen diesen Effektstärken, mit Ausnahme der des STAI, um große Effektstärken.

Individueller Therapieerfolg

Neben dem Wirksamkeitsvergleich der gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen mit einer unbehandelten Wartegruppe wurde außerdem das Ausmaß der individuellen Verbesserung, der individuelle bzw. generelle Therapieerfolg eines jeden Psychotherapiepatienten, berechnet. Letzteres erfolgte in Anlehnung an Strauß und Burgmeier-Lohse (Strauß u. Burgmeier-Lohse 1994) auf der Basis von definierten Erfolgskriterien:

- statistisch und klinisch signifikanten positiven Veränderungen in den Fragebögen und Rating-Instrumenten,
- dem Erreichen von individuellen Therapiezielen und
- den individuellen Verbesserungen in den 10 Problembereichen der „psychotherapeutischen Basisdokumentation“ (Psy-BaDo; Heuft u. Senf 1998).

Als grundsätzliches *Ausschlusskriterium* fungierte die sowohl vom behandelnden Therapeuten als auch vom Patienten zu treffende „abschließende Bewertung der Psychotherapie“ (Heuft u. Senf 1998, S. 33) nach den Vorgaben der Psy-BaDo. Therapien, die von einer Person eines jeweiligen Patienten-Therapeuten-Paares mit „nicht gelohnt“ oder „eher geschadet“ beurteilt worden waren, sollten per se als nichterfolgreiche Behandlungen eingestuft werden, d. h. für diese Behandlungen sollte der generelle Therapieerfolg nicht berechnet werden. Da jedoch keine der insgesamt 47 Psychotherapien eine derartige Bewertung erhalten hatte, wurde für alle Behandlungen der generelle Therapieerfolg berechnet.

Eine positive individuelle Veränderung infolge der psychotherapeutischen Behandlung wurde nur dann als erfolgreich im Sinne des Kriteriums gewertet, wenn diese Verbesserung sowohl statistisch als auch klinisch signifikant war. Hierbei wurde lediglich für die beiden Rating-Instrumente (BSS und GAF-Skala) eine Ausnahme gemacht, da für beide Skalen aufgrund fehlender Reliabilitätsmaße keine statistische Signifikanz berechnet werden konnte. „Zur Beurteilung der *klinischen* Signifikanz wird empirisch ein Trennpunkt („cut-off point“) bestimmt, der die Patientengruppe möglichst gut von einer gesunden Gruppe (Normstichprobe) trennt. Die Änderung des Zustands eines Patienten nach der Psychotherapie wird als *klinisch signifikant* bezeichnet, wenn Prä- und Post-Werte in dem gewählten Testverfahren sich statistisch signifikant unterscheiden und der Post-Wert nach der Therapie im Normbereich liegt“ (Schmitz u. Davies-Osterkamp 1997, S. 81). Eine Veränderung in einem Erhebungsinstrument wurde in der vorliegenden Untersuchung dann als Verbesserung im Sinne des Kriteriums gewertet, wenn Patienten, die vor der Psychotherapie Werte im krankheitswertigen Bereich aufwiesen, sich nach der Behandlung im gesunden Bereich befanden. Das Ausmaß der statistisch und klinisch signifikanten Verbesserungen aller 47 gesprächspsychotherapeutisch behandelnden Patienten in den Fragebögen und Rating-Instrumenten im Psychotherapiezeitraum (prä-post) wird in **Tab. 6** dargestellt.

Im Bereich der *Fragebogen- und Rating-Instrumente* konnten maximal 2 und minimal 0 Therapieerfolgspunkte pro Patient/Einzelfallprüfung über alle Erhebungsinstrumente hinweg erreicht werden. Dabei wurde die Anzahl der klinisch und statistisch signifikanten Erhebungsinstrumente noch einmal durch die Anzahl der tatsächlich ausgewerteten Fragebögen und Rating-Instrumente geteilt, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die ADS und insbesondere der FLZ nicht von allen Patienten ausgefüllt worden waren. Eine *geringe* statistisch und klinisch signifikante Verbesserung in maximal 25% der Erhebungsinstrumente und somit 0 Punkte erreichten insgesamt 27 (57,5%) Psychotherapiepatienten, während 16 (34%) eine *mittlere*, d. h. eine Verbesserung in >25–75% der Fragebögen/Ratings erzielten und einen Therapieerfolgspunkt erhielten. Therapien, bei denen in über 75% der Erhebungsinstrumente statistisch und klinisch signifikante positive Veränderungen eingetreten waren, wurden als *hoch* erfolgreich (2 Punkte) eingeschätzt. Dies traf auf 4 (8,5%) Behandlungen zu.

Eine psychotherapeutische Behandlung wurde hinsichtlich der *individuellen Therapieziele der psychotherapeutischen Basisdokumentation (Psy-BaDo)* dann als erfolgreich (ein Therapieerfolgspunkt) eingeschätzt, wenn zumindest die Umsetzung eines von maximal drei Therapiezielen vom Patienten am Ende der Behandlung mit „Therapieziel teilweise erreicht“, „Therapieziel erreicht“ oder „mehr erreicht als das Therapieziel“ bewertet worden war. Zu dieser Einschätzung kamen 46 (97,9%) von insgesamt 47 Patienten. Lediglich ein (2,1%) Patient hatte kein Therapieziel wenigstens teilweise erreichen können.

Individuelle Verbesserungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlungen in den *10 Problembereichen der Veränderungsdokumentation der Psy-BaDo* wurden in Abhängigkeit von der Anzahl der beurteilten Problembereiche berechnet. Es galten nur solche Problembereiche als gebessert, die sowohl vom Therapeuten als auch vom Patienten positiv, mit zumindest „etwas gebessert“ oder „deutlich gebessert“, eingeschätzt wurden. Für Bereiche, in denen entweder der The-

rapeut oder der Patient zu der Einschätzung kam, dass sich „nichts verändert“ oder sich das Befinden des Patienten sogar „verschlechtert“ hatte, wurde kein Erfolgspunkt vergeben. Bei einer *hohen positiven Veränderung* im Sinne des Kriteriums von über 75% konnten pro Patient/Einzelfallprüfung und Psychotherapie maximal 2 Therapieerfolgspunkte erzielt werden; dies traf auf 22 (46,8%) Patienten zu. Eine *mittlere positive Veränderung* von >25–75% entsprach einem Punkt und wurde von 20 (42,6%) Patienten erreicht, während 5 (10,6%) eine *geringe Verbesserung* von maximal 25% aufwiesen und dementsprechend 0 Therapieerfolgspunkte erzielten.

Im Hinblick auf den *generellen Therapieerfolg* eines Patienten konnten insgesamt – über alle Therapieerfolgskriterien hinweg – maximal 5 Therapieerfolgspunkte erreicht werden, auf deren Basis zwischen einem *niedrigen* (<2 Therapieerfolgspunkte), *mittleren* (2–<4 Therapieerfolgspunkte) und *hohen* (≥4 Therapieerfolgspunkte) individuellen Therapieerfolg unterschieden wurde. Der generelle Therapieerfolg war bei 4 (8,5%) der insgesamt 47 gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten *niedrig*, lag bei 31 (66%) im *mittleren* Bereich und war bei 12 (25,5%) Patienten *hoch*. Während sich 3 (6,4%) Patienten in allen 3 Therapieerfolgskriterien maximal verbesserten und somit insgesamt 5 Therapieerfolgspunkte erzielten, zeigte ein (2,1%) Patient in keinem Therapieerfolgskriterium eine Verbesserung.

Diskussion

Eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie hat sich in dieser Untersuchung als wirksame und effektive Behandlung von Patienten mit Anpassungsstörungen erwiesen. Trotz des begrenzten Stundenumfanges erzielten die Psychotherapiepatienten im gruppenstatistischen Vergleich mit den Patienten der Wartegruppe deutliche Verbesserungen im Hinblick auf ihre psychische Symptomatik, ihr subjektives Erleben und ihr allgemeines Funktionsniveau. Diese positiven Veränderungen blieben auch im Katamnesezeitraum stabil, d. h. nach dem Ende der psychotherapeutischen Behand-

lungen kam es im 3-monatigen Katamnesezeitraum zu keiner Verschlechterung der Symptomatik. Auch auf der individuellen Ebene verbesserten sich die Psychotherapiepatienten in allen Erhebungsinstrumenten statistisch und klinisch signifikant, während dies bei den Patienten der Wartegruppe nur in ganz geringem Umfang der Fall war. Die meisten nach Klauer (1993) berechneten korrigierten Effektstärken, die die teilweise unterschiedlichen Ausgangswerte der Psychotherapie- und Wartegruppenpatienten berücksichtigten, lassen sich als große Effekte interpretieren, wie sie auch in zahlreichen Metaanalysen für „experiential therapies“² gefunden wurden (z. B. Elliott 2002; Elliott et al. 2004).

Bei der untersuchten Stichprobe handelte es sich um eine selektierte Gruppe; ethische Gesichtspunkte konnten bei der Zuweisung zur Behandlungs- bzw. Wartegruppe nicht unberücksichtigt bleiben. Es musste dementsprechend auf eine vollständige Randomisierung verzichtet werden; hierdurch ergaben sich Einschränkungen für die interne Validität der Untersuchung (z. B. Bortz u. Döring 1995, S. 53 f.), da das Zuweisungskriterium unter Umständen einen Einfluss auf die Gruppeneffekte haben kann und sich Unterschiede zwischen den beiden Stichproben nicht eindeutig auf die psychotherapeutische Behandlung bzw. den Behandlungserfolg zurückführen lassen. „Nur randomisierte Studien haben eine ausreichende interne Validität, um die Veränderungen nach der Therapie mit ausreichender Sicherheit auf die Therapie selbst zurückzuführen“ (Buchkremer u. Klingenberg 2001, S. 23). Bei einer Gruppenzuweisung auf der Basis von ethischen Gesichtspunkten besteht das Risiko, Patienten mit einer niedrigeren Symptombelastung in der Wartegruppe zu konzentrieren; dies kann zu einer Überbewertung des Therapieerfolgs bei Gruppenvergleichen führen. In der vorliegenden Untersuchung dürfte dieser Einfluss in Anbetracht der Höhe der gefundenen Effektstärken aber nur eine geringfügige Ver-

änderung des Gesamtergebnisses zur Folge haben.

Die Betrachtung der klinischen Signifikanzen, d. h. der individuellen Verbesserungen der Patienten in den einzelnen Untersuchungsinstrumenten ergab, dass das Ausmaß der positiven Veränderungen bei Patienten, die der Behandlungsgruppe zugeordnet waren, höher war als bei den Patienten der Wartegruppe. Dieser Effekt der „Nichtveränderung“ in der Wartegruppe kann auch als Hinweis auf eine notwendige weitere Untersuchung der oben genannten Einschränkungen verstanden werden. Außerdem kann die interne Validität durch die unterschiedliche Länge des Behandlungs- und Wartezeitraums gemindert sein. Obwohl die Ausweitung des Behandlungszeitraums nicht mit einer Erhöhung der Therapiestundenzahl einherging, kann sich dies dennoch begünstigend auf den Therapieerfolg ausgewirkt haben, u. a. deshalb, weil sich die Symptome einer Anpassungsstörung definitionsgemäß nach 6 Monaten zurückbilden können (vgl. ICD-10, S. 171). Des Weiteren unterschieden sich die beiden Stichproben im Hinblick auf ihre Behandlungsvorerfahrungen, d. h. der Anteil von Patienten, die vor ihrer aktuellen psychotherapeutischen Behandlung im Laufe ihres Lebens bereits psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt worden waren, war in der Wartegruppe höher als in der Behandlungsgruppe. Genauere Daten zu früheren psychischen Erkrankungen und Behandlungsanlässen wurden nicht erhoben. Dementsprechend ließen sich zu ihrem möglichen Einfluss auf den aktuellen Therapieerfolg in der vorliegenden Untersuchung keine Angaben machen.

Die externe Validität der vorliegenden Untersuchung ist als hoch zu bewerten, da sowohl die Rekrutierung wie auch die psychotherapeutische Behandlung der Patienten in einer „vom Untersucher möglichst unbeeinflussten, natürlichen Umgebung“ (Bortz u. Döring 1995, S. 56) stattfanden. Weiterhin sind an dieser Stelle die differenzialdiagnostische Einschätzung aller Patienten mithilfe eines standardisierten strukturierten Interviews sowie der kombinierte Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten zu nennen. Die diagnostische Einschätzung der Patienten erfolgte zu jedem Erhebungs-

zeitpunkt durch externe Diagnostiker; es liegt dementsprechend eine „therapeutenunabhängige Erfolgsbeurteilung“ (Buchkremer u. Klingenberg 2001, S. 23) vor. – Und die gesprächspsychotherapeutische Behandlung basierte auf einem eigens hierfür ausgearbeiteten Therapiemanual (Biermann-Ratjen u. Eckert 2001). Hierdurch lässt sich das therapeutische Vorgehen besser operationalisieren, aber auch überprüfen und kontrollieren (Teusch u. Finke 1995).

Fazit für die Praxis

Patienten mit einer Verlusterfahrung möchten das Ereignis und ihre Reaktion darauf häufig sofort aufarbeiten; dies ist aus fachlicher Sicht auch sinnvoll. Therapeuten sind häufiger gewillt und in der Lage, dann einem solchen Wunsch nachzukommen, wenn der zeitliche Aufwand für sie überschaubar bleibt. Die vorliegende Studie belegt, dass eine auf 12 Stunden begrenzte Gesprächspsychotherapie für die meisten Patienten mit einer Anpassungsstörung eine ausreichende Hilfe darstellt.

Korrespondierender Autor

Dipl.-Psych. Dr. Astrid Altenhöfer
Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete,
Universitätsklinikum,
Martinistraße 52, 20246 Hamburg-Eppendorf
altenhoe@uke.uni-hamburg.de

Literatur

- Altenhöfer A (2005) Wirksamkeit von zeitlich limitierter Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen. Kovac, Hamburg
- American Psychiatric Association (APA; 1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Hogrefe, Göttingen
- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J (2001) Manual zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Anpassungsstörungen. Unveröffentlichtes Manual
- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (1997) Gesprächspsychotherapie, Verändern durch Verstehen. Kohlhammer, Stuttgart
- Bortz J, Döring N (1995) Forschungsmethoden und Evaluation. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Buchkremer G, Klingenberg S (2001) Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. Nervenarzt 72: 20–30
- Cohen J (1988) Statistical power analysis for the behavioural sciences. Erlbaum, Hillsdale

² Hierbei handelt es sich um Weiterentwicklungen der klassischen Gesprächspsychotherapie (Biermann-Ratjen et al. 1997).

- Dircks P, Grimm F, Tausch A-M, Wittern O (1982) Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppensprache. *Z Klin Psychol* 11: 241–252
- Eckert J (1996) Gesprächspsychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, 1. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M, Höger D (Hrsg) (2006) *Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Elliott R (2002) The effectiveness of humanistic therapies: a meta-analysis. In: Cain DJ, Seeman J (eds) *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice*. APA, Washington DC
- Elliott R, Greenberg LS, Lietz G (2004). Research on experiential psychotherapies. In: Lambert MJ (ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edn. Wiley, New York, pp 493–540
- Fahrenberg J, Myrtek M, Schuhmacher J, Brähler E (2000) Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ), Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
- Franke GH (2000) BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version, Manual. Beltz Test, Göttingen
- Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA (1995) Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry* 152: 459–461
- Hautzinger M, Bailer M (1993) ADS. Allgemeine Depressions-Skala, Manual. Beltz Test, Weinheim
- Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995) HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin, Testdokumentation und Handanweisung. Huber, Bern
- Heuft G, Senf W (Hrsg) (1998) *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur PsyBaDo*. Thieme, Stuttgart
- Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 59: 12–19
- Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D (1984) Psychotherapy outcome research: methods of reporting variability and evaluating clinical significance. *Behav Ther* 15: 336–352
- Jones R, Yates WR, Zhou MH (2002) Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord* 71: 199–203
- Kläuer K (1993) Denktraining für Jugendliche. Ein Programm zur intellektuellen Förderung, Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
- Kordy H (1997) Das Konzept der klinischen Signifikanz in der Psychotherapieforschung. In: Strauß B, Bengel J (Hrsg) *Forschungsmethoden in der medizinischen Psychologie*. Hogrefe, Göttingen
- Kordy H, Senf W (1985) Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychother Med Psychol* 35: 207–212
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981) STAI. Das State-Trait-Angstinventar, Manual. Beltz Test, Weinheim
- Paivio SC, Nieuwenhuis JA (2001) Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: a preliminary study. *J Trauma Stress* 14: 115–133
- Schepank H (1995) Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung, Handanweisung. Beltz Test, Göttingen
- Schmitz N, Davies-Osterkamp S (1997) Klinische und statistische Signifikanz – Diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). *Diagnostica* 43: 80–96
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1994) Evaluation einer stationären Langzeitgruppentherapie – Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44: 184–192
- Teusch L, Finke J (1995) Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40: 88–95
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Huber, Bern
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II, Handanweisung. Hogrefe, Göttingen

Training und Psychotherapie helfen auch älteren Schmerzpatienten

Chronische Rückenschmerzen können auch bei älteren Menschen mit einem Trainingsprogramm erfolgreich behandelt werden, das nicht nur auf körperliche, sondern auch auf psychische Ursachen abzielt. Eine Untersuchung der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg hat jetzt gezeigt, dass rund zwei Drittel der Teilnehmer an einem solchen integrativen Programm in der Altersgruppe zwischen 50 und 65 Jahren ihre Arbeit wieder aufnehmen konnten – in vergleichbarem Umfang wie jüngere Schmerzpatienten.

Frühere Studien des Instituts haben gezeigt, dass die Behandlung von psychischer Belastung und Stress Patienten beweglicher und arbeitsfähiger macht. Die aktuelle Untersuchung belegt erstmals, dass dies nicht nur für jüngere Menschen gilt.

An der Studie nahmen insgesamt 405 Männer und Frauen teil, die seit mindestens drei Monaten an Rückenschmerzen litten und bereits sechs Wochen krank geschrieben waren. Alle Patienten nahmen an einem dreiwöchigen multidisziplinären Ganztages-Therapieprogramm teil. Das Programm umschloss krankengymnastische Übungen und Rückentraining ebenso wie Entspannungsübungen, Psychotherapie und Anpassungen am Arbeitsplatz. Wesentliche Beobachtung bei der Studie war: Schmerzrückbildung und Steigerung der Lebensqualität konnte bei den älteren Patienten erreicht werden, ohne dass die Rückenfunktionen verbessert wurden.

Publikation:

Buchner M, Neubauer E, Zahlten-Hingurange A, Schiltenswolf M (2006) Age as a predicting factor in the therapy outcome of multidisciplinary treatment of patients with chronic low back pain a prospective longitudinal clinical study in 405 patients. *Clin Rheumatol*. Jul 25
<http://www.springerlink.com/content/k536787648871275/>

Quelle:

Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg