

Evaluation einer spezifischen Verhaltenstherapie- Tagesklinik

**unter besonderer Berücksichtigung
der Drop-Out-Problematik**

DISSERTATION

zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Jürgen Ortmann
aus Wildeshausen i.O.

Hamburg, 2006

Name des Referenten: Prof. Dr. Bernhard Dahme
Name des Koreferenten: Prof. Dr. Iver Hand
Tag der mündlichen Prüfung: 20.06.2005

Ich möchte Herrn Prof. Dahme und Herrn Prof. Hand für die Unterstützung in wissenschaftlichen und klinischen Fragen danken. Herrn Dr. Michael Rufer gebührt Dank für konstruktiv-kritische Anregungen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	III
1. Teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung	1
1.1. Entwicklung	1
1.2. Konzeption	2
1.3. Indikationskriterien	5
1.4. Vor- und Nachteile	7
1.5. Stand der Forschung	10
1.5.1. Internationale Studien	10
1.5.2. Studien im deutschsprachigen Raum	13
1.6. Die Verhaltenstherapie-Tagesklinik im UKE	18
1.6.1. Formale Beschreibungsgesichtspunkte	18
1.6.2. Inhaltliche Beschreibung	19
1.6.3. Erste Katamnese der VT-Tagesklinik	22
2. Fragestellungen, Methodik und Instrumente der Studie	24
2.1. Fragestellungen und Ziele der Untersuchung	24
2.2. Methodik	26
2.2.1. Untersuchungsdesign	26
2.2.2. Datengrundlage und methodischer Umgang mit fehlenden Werten	26
2.2.3. Statistische Verfahren	29
2.2.4. Stichprobe	30
2.2.5. Messinstrumente	30
2.2.5.1. Allgemeine Daten	30
2.2.5.2. Katamnesefragebogen	31
2.2.5.3. Testbatterie Kohorte 1999 (n=70)	31
2.2.5.4. Testbatterie Kohorte 2000 (n=57)	33
3. Ergebnisse - Beschreibung der Stichprobe	35
3.1. Gesamtstichprobe	35
3.2. Behandlungsabbrecher	39
3.3. Katamnesestichprobe und Diagnosegruppen	43
4. Ergebnisse - Symptomskalen	44
4.1. Methodenstabile Ergebnisse in den Hauptsymptomskalen	44
4.1.1. Primäre depressive Symptomatik	44
4.1.2. Primäre Angststörung (ohne Soziale Phobie)	45
4.1.3. Primäre Soziale Phobie	58
4.1.4. Primäre Zwangssymptomatik	62
4.2. Methodenstabile Ergebnisse in Skalen für die allgemeine Psychopathologie	66
4.3. Nachbemerkung	86
5. Ergebnisse - Erfolgsmessung auf Individuumebene	87
5.1. Methodische Vorbemerkungen	87
5.2. Beck Depressions-Inventar (BDI)	90
5.3. SCL-90-R	94
5.4. Angstbatterie Kognition und Vermeidung (AKV)	104

5.5. Hamburger Zwangs Inventar (HZI-K)	110
5.6. Unsicherheitsfragebogen	111
5.7. Fear Survey Schedule.....	115
5.8. Social Phobia Scale; Social Interaction Scale.....	118
5.9. Y-BOCS	118
5.10. Behandlungsabbrecher	119
6. Ergebnisse - Katamnesefragebogen	121
7. Ergebnisse - Therapie-Responder.....	131
7.1. Kriterien für Therapie-Erfolg.....	131
7.2. Anzahl erfolgreicher Patienten	132
7.3. Differenzen zwischen Nonrespondern und Respondern	135
8. Zusammenfassung der Ergebnisse, Diskussion, wissenschaftlicher und klinischer Ausblick	136
8.1. Ziele, Design und Vergleich der Datenmatrizen	136
8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	137
8.2.1. Patienten mit primärer depressiver Symptomatik	137
8.2.2. Patienten mit primärer Angstsymptomatik	137
8.2.3. Patienten mit primärer soziophobischer Symptomatik.....	138
8.2.4. Patienten mit primärer Zwangssymptomatik.....	139
8.2.5. Patienten mit einer „sonstigen“ Symptomatik	139
8.2.6. Gesamtgruppe.....	139
8.2.7. Behandlungsabbrecher	140
8.2.8. Katamnesefragebogen	141
8.3. Diskussion.....	141
8.3.1. Methodik.....	141
8.3.2. Depressive Patienten	143
8.3.3. Angstpatienten.....	144
8.3.4. Zwangspatienten	145
8.3.5. Sozialphobische Patienten	147
8.3.6. Sonstige Patienten	149
8.3.7. Vergleich mit anderen Institutionen	149
8.3.8. Klinisch-praktische Schlussfolgerungen	152
8.4. Wissenschaftlicher und klinischer Ausblick	153
Zusammenfassung	155
Literaturverzeichnis	157
Tabellenverzeichnis.....	i
Katamnesefragebogen „Fragebogen zur Beurteilung der Tagesklinik-Behandlung“ ..	iv

Abkürzungsverzeichnis

Amb	Ambulant
Angst	Angststörung
Comp	Completer
Compo	Completer ohne Behandlungsabbrecher
Compm	Completer mit Behandlungsabbrechern
Depr	Depressive Störung
ES	Effektstärke
FU	Follow-up
Geh	geheilt
HS	Hauptsymptomskala; Hauptsymptomatik
LOCF	Last Observation Carried Forward
NComp	Noncompleter
Prä-CF	Prä-Wert „Carried Forward“
RCI	Reliable Change Index
RMANOVA	Repeated Measures Analysis of Variance
RMANCOVA	Repeated Measures Analysis of Covariance
Sonst	Sonstige
Soz Ph	Soziale Phobie
Stat	Stationär
Teilstat	Teilstationär
TK	Tagesklinik
vs	versus
Verb	verbessert
VTTK	Verhaltenstherapie-Tagesklinik
ZW	Zufallswert
Zwang	Zwangsstörung

1. Teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

1.1. Entwicklung

Im Jahre 1997 wurde im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Arbeitsbereich Angst, Zwang, Neurosen (Verhaltenstherapie) eine Verhaltenstherapie-Tagesklinik (VTTK) eröffnet, die sich als neuartige und spezielle psychotherapeutische Institution für Patienten¹ bestimmter Diagnosegruppen versteht. Sie ordnet sich damit in eine relativ junge Tradition psychiatrischer Behandlung ein. Teilstationäre psychiatrische Tageskliniken sind aus der Not heraus 1932 in Russland und nach dem Krieg in England gegründet worden. 1962 gab es die erste psychiatrische Tagesklinik in Frankfurt (Küchenhoff 2001). Das Konzept der teilstationären Behandlung wurde in den weiteren Jahren von der Sozialpsychiatrie bereitwillig aufgenommen. Zunehmend haben sich seitdem, auch im Zuge gemeindepsychiatrischer Reformierungsbestrebungen, psychiatrische Tageskliniken entwickelt, auch als Alternativen zum vollstationären Kontext. Teilstationäre Behandlung hat sich in den USA ab 1963, in Europa (Niederlande und Deutschland) ab 1970 zu etablieren begonnen (Schene & Gersons 1986). 1982 wurde die Düsseldorfer Tagesklinik als erste psychotherapeutische *Spezialeinrichtung* gegründet, auf der Grundlage eines psychodynamischen Behandlungsverständnisses. In diesem Jahr gab es sonst bereits 60 allgemein-psychiatrische Tageskliniken in Deutschland. Spezielle psychotherapeutische Tageskliniken entstanden dann vor allem mit tiefenpsychologischer bzw. psychodynamischer Ausrichtung, etwa für psychotische und neurotische Patienten in Köln oder für psychosomatische Patienten in Bielefeld (Bürckstümmer & Zwiebel 1985; Küchenhoff 2001). Beeindruckend ist der Bericht über ein gescheitertes Tagesklinik-Projekt von Zwiebel (Zwiebel 1987). Mittlerweile ist die teilstationäre psychiatrische Behandlung flächendeckend etabliert. Die Arbeitsgruppe um Kallert (Kallert, Schützwohl & Matthes 2003) schrieb 2001 für eine Untersuchung von teilstationärer Behandlung über 438 psychiatrische Einrichtungen in Deutschland an, bei einem Rücklauf von 51,4% konnten N=191 Tageskliniken berücksichtigt werden. Gemäß der aktuellsten Übersicht der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland (BAG Psychiatrie) (Wolfersdorf & Kukla 2005) gibt es gegenüber 1999 im Jahr 2003 eine Steigerung tagesklinischer Plätze von 6499 auf 8978, d.h. um 36,1%.

¹ Der Lesbarkeit halber wird hier und im Folgenden i.d.R. die maskuline Form der Kategorie genannt. Eine durchgängige Nennung der weiblichen oder beider Formen hätte der Lesbarkeit keinen Dienst erwiesen. Ich bitte Leserinnen und Leser um gewohnte Nachsicht.

1. 2. Konzeption

Teilstationäre Behandlung ist „one of the most frequently misunderstood treatment modalities“ (Astrachan 1970, zit. nach Schene & Gersons 1986), was vor allem an der Vielschichtigkeit und Heterogenität der inhaltlichen Konzeptionen und Ausrichtungen liegt. *Die* teilstationäre Behandlung gibt es ebenso wenig wie *die* vollstationäre. Im Folgenden seien daher die grundlegenden inhaltlichen Konzepte teilstationärer Behandlung kursorisch dargestellt.

Auf der Grundlage einer neueren Umfrage an deutschen psychiatrischen Tageskliniken von 1999 macht Seidler (Seidler, Brüggemann et al. 2002) eine konzeptuelle Dreiteilung der aktuellen psychiatrischen Tageskliniken aus. So verstehen sich etwa 33% der Tageskliniken als Alternative zur vollstationären Behandlung, d.h. als Behandlungsmöglichkeit im Sinne akutpsychiatrischer Krisenintervention. Ein weiteres Drittel (30%) bietet einen eher rehabilitativen Schwerpunkt, und 37% sehen sich als explizite psychotherapeutische Einrichtung an. Nach Seidler sei die inhaltliche Orientierung zu 33% tiefenpsychologisch-soziotherapeutisch, zu 36% verhaltenstherapeutisch-soziotherapeutisch, zu 18% rein soziotherapeutisch und zu 11% rein tiefenpsychologisch. 1999 gab es demnach keine (weitere) Tagesklinik mit einem spezifisch psychotherapeutischen *und* verhaltenstherapeutischen Ansatz.

An der o.g. Umfrage unter deutschen Psychiatrie-Tageskliniken von der Arbeitsgruppe um Kallert (Kallert, Schützwohl et al. 2003) beteiligten sich 225 Kliniken. Generell hat sich die rehabilitative Orientierung der beteiligten Tageskliniken zugunsten der Ausrichtung als Akut- oder teilstationäre Psychotherapieeinheit verschoben. Clusteranalytisch wurden zwei „Prototypen“ gewonnen. Tageskliniken vom „Typ I“ verstehen sich als Alternative zur stationären Behandlung mit eher psychotherapeutischer Orientierung und als Einrichtung zur Aufnahme nach erfolgloser ambulanter Behandlung. Hier ist signifikant mehr Klientel mit Angst- und Anpassungsstörungen zu finden. Tageskliniken vom „Typ II“ sehen sich eher als Einrichtung zur Abkürzung vollstationärer Behandlung, oft auch als Rehabilitationseinrichtung für chronisch Kranke. Dieser Typ hat als Klientel signifikant häufiger Patienten mit schizophrener Symptomatik. Hier stehen dann auch die direkte Tagesstrukturierung oder Maßnahmen zum Erlernen von Tagesstrukturierung, Aktivierung, Kontaktförderung, Freizeitgestaltung, Training von Alltags- und Arbeitsfertigkeiten bis hin zu Arbeitstraining, Beratung bei

sozialen Problemen und Umgang mit Medikamenten mit vorrangig psychiatrisch-therapeutischen Gesprächen (signifikant) mehr im Behandlungsfokus. Dies kommt dem sozialpsychiatrischen Behandlungsansatz nahe, in dem vor allem Soziotherapie und die therapeutische Gemeinschaft im Vordergrund stehen. – Generelle Kritik am derzeitigen Trend zur teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auch von weniger klassischer Psychiatrieklientel sehen Beine et al. (Beine, Engfer & Bauer 2005) darin, dass etwa schwer erkrankte psychotische Patienten zunehmend aus der teilstationären Behandlung herausgedrängt würden.

In den letzten Jahren ist dennoch national und international eine Zunahme teilstationärer Behandlungsinstitutionen als Typ I-Behandlung im Sinne einer hoch spezialisierten psychotherapeutischen Intervention für unterschiedlichste Klientel zu verzeichnen. Beispielsweise² für

- * Patienten mit Depressionen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen (Reisch, Thommen et al. 2001)
- * essgestörte Patienten (Gerlinghoff, H. et al. 1998; Zeeck, Sandholz et al. 2004)
- * Zwangspatienten (Bystritsky, Munford et al. 1996; Bystritsky, Saxena et al. 1999)
- * adipöse Patienten (Linne, Hemmingsson et al. 2002)
- * Angstpatienten (Waddell & Demi 1993)
- * Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (Creamer, Forbes et al. 2002)
- * psychosomatische Patienten im engeren Sinne (somatisierende Patienten) (Bürckstümmer & Zwiebel 1985; Bischoff 1998; Bürger & Koch 1999; Eickelmann, Reker et al. 1999)
- * psychosomatische Patienten in weiterem Sinne (z.B. an den sog. Psychosomatischen Kliniken in Deutschland) (Hofmann, Bischoff et al. 1998; Sturm & Vogel 2001; v. Wietersheim, Zeeck et al. 2005)
- * Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Miller 1995; Simpson, Pistorello et al. 1998; Bateman & Fongay 1999; Küchenhoff & Agarwalla 2004; Keller, Große et al. 2005)
- * Schmerzpatienten, z.B. bei Fibromyalgie (Sigl, Offenbaecher et al. 2001)
- * die Behandlung Suchtkrankter (Kunze 2001).

Darüber hinaus gibt es teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten angegliedert an Institutsambulanzen Psychologischer Institute, wie etwa an der Universität Dresden,

² Der Überblick kann nur unvollständig sein.

oder teilstationäre Angebote für eine bestimmte Klientel, eingebettet in vollstationäre Programme, wie etwa für Zwangspatienten in den Rheinischen Kliniken Bonn.

Mittlerweile lassen sich die konzeptionellen Ausrichtungen von Tageskliniken vermutlich anhand folgender Leitdifferenzen mit eher prototypischen Polen beschreiben. Zuerst in Hinblick auf unterschiedliche Methodik:

* *Sozialpsychiatrisch vs. psychotherapeutisch*

Entweder steht die therapeutische Gemeinschaft als Mikrokosmos für Veränderungserfahrungen mit Soziotherapie und medikamentöser Therapie im Vordergrund, ohne dass schulenspezifische Inhalte oder indikative Gruppenaktivitäten dominieren, oder die Behandlung ist verknüpft mit und orientiert an psychotherapeutischen Prinzipien.

* *Spezifisch psychotherapeutisch vs. eklektisch psychotherapeutisch*

Die psychotherapeutische Ausrichtung von Tageskliniken kann entweder streng an eine Psychotherapieschule angelehnt sein, oder sie vereint Behandlungsprinzipien verschiedener psychotherapeutischer Richtungen.

* *Psychodynamisch/tiefenpsychologisch vs. verhaltenstherapeutisch*

Es gibt Tageskliniken mit psychodynamischer Ausrichtung ebenso wie Tageskliniken mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung.

* *Psychosomatisch vs. psychiatrisch*

Tagesklinische Behandlung gibt es auch direkt angegliedert an einige psychosomatische Rehabilitationskliniken sowie in psychosomatische Tageskliniken in privater Trägerschaft ohne Angliederung an psychiatrische Abteilungen. Laut Bürger und Koch (Bürger & Koch 1999) habe teilstationäre Behandlung in der Psychosomatik jedoch wenig eigenständiges Profil entwickelt, etwa im Sinne konsequenterer Nutzung von Wohnortnähe u.Ä.

* *Somatisch vs. psychiatrisch*

Tagesklinische Behandlung erfolgt auch in vorrangig somatischen Gebieten, etwa für Patienten mit Schmerzsymptomatik, bei denen Psychotherapie *ein* Baustein multimodaler Behandlung ist.

Zudem sind Leitdifferenzen in Hinblick auf die Patientenvielfalt zu nennen:

* *Psychiatrische Klientel vs. Psychotherapieklientel*

Sind Tageskliniken spezifisch psychotherapeutisch ausgerichtet, dürften die Anforderungen an die Patienten andere sein als bei eher akutpsychiatrischer Ausrichtung,

z.B. in Hinblick auf kognitive Fähigkeiten, Krankheitseinsicht oder Veränderungsmotivation, weswegen sich die Klientel deutlich unterscheidet.

* *“Gemischte” vs. spezifische Klientel*

Allgemeinpsychiatrische Tageskliniken versorgen i.d.R. eine ganze Bandbreite psychiatrischer Störungen, wohingegen es Tageskliniken nur für spezielle psychische Störungen gibt.

* *Vollstationär-teilstationäre vs. ambulant-teilstationäre Klientel*

Tageskliniken können Übergangs- oder Durchgangsstationen im Rahmen der Wiedereingliederung in das alltägliche Umfeld sein und somit zeitlich einer stationären Maßnahme nachgeordnet, oder sie ersetzen eine stationäre Behandlung.

1.3. Indikationskriterien

Die Datenlage über differentielle Therapieindikation ist relativ unbefriedigend. In der Forschung gibt es wenig empirisch abgesicherte Indikationskriterien für ein ambulantes, teilstationäres oder stationäres Setting. In einer Studie von Huber (Huber, Brandl et al. 2002) zeigt sich, dass die Behandlungsempfehlungen für eine stationäre vs. ambulante Behandlung in einer Poliklinik nach klinischer Ausprägung und somit letztlich nach Schweregrad der Störung vorgenommen wurden. Auch wenn Nosper (Nosper 1998) elaborierte Indikationskriterien für teilstationäre Psychotherapie vorschlägt, so gibt es auch für teilstationäre Behandlung keine empirisch abgesicherten oder allgemeingültigen Indikationsgesichtspunkte (Geiselman & Linden 2001). Diese sind ebenso vielfältig wie die inhaltlichen Konzeptionen der Tageskliniken selbst. Im klinischen Alltag scheint das nahe liegende Kriterium der Schwere einer Störung nicht das entscheidende Indikationskriterium zu sein. Zeeck und Mitarbeiter (Zeeck, Scheidt et al. 2003) untersuchten Patienten zweier Jahrgänge in der Freiburger Psychotherapie-Tagesklinik und der dortigen psychiatrischen (Psychotherapie-) Station. Die Patientengruppen unterschieden sich statistisch nur in Hinblick auf die Wohnsituation (teilstationär weniger in der Ursprungsfamilie wohnende Patienten) und auf behandelte Diagnosegruppen (stationär mehr anorektische Patienten, tagesklinisch mehr bulimische). Auf den verschiedenen Skalen des SCL-90-R zeigte sich zwischen beiden Stichproben kein signifikanter Unterschied im Schweregrad, außer in der Skala Somatisierung (stationäre Patienten hatten höhere Werte). Die Autoren verweisen darauf, dass für eine Indikation möglicherweise nicht erfasste Konzepte wie Selbstständigkeit, Autonomie, Motivation oder Intensität familiärer Beziehungen relevanter

sind als der Schweregrad einer Störung. – Auch für den psychosomatischen Bereich zeigen sich in Hinblick auf den Schweregrad der Störung kaum Unterschiede zwischen der teil- und vollstationären Klientel (Hofmann, Bischoff et al. 1998).

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die Indikationskriterien für teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von der jeweiligen konzeptionellen Ausrichtung der Behandlungseinrichtung abhängig sind. Eine durch den täglichen Wechsel nach Hause bedingte notwendige Voraussetzung für alle Einrichtungen ist aber *qua definitionem* die Wohnortnähe der Patienten. Ist die Konzeption psychotherapeutisch und auf eine spezifische Klientel ausgerichtet, so können die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Diagnosegruppe sowie eine mindestens basale Veränderungs- bzw. Psychotherapiemotivation nötige Voraussetzung für eine Behandlung sein. Zudem besteht eine Indikation, wenn die Erfordernisse der Störung die in einem ambulanten Rahmen zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten übersteigen oder bisherige ambulante Maßnahmen nicht erfolgreich waren. Eine weitere wichtige Indikation für eine teilstationäre Behandlung ist die Notwendigkeit der unmittelbaren Umsetzung von Lern- und Veränderungsschritten in die alltägliche Lebenswelt der Patienten. Teilstationäre Patienten müssen belastbarer als stationäre Patienten sein, da ein steter Wechsel in das häusliche Milieu erfolgt. Sie müssen daher motiviert zu einer solch „fraktionierten“ Behandlung sein. Sie sollten zudem die eigenständige An- und Abreise gewährleisten können. Häufig ist es Patienten auch nicht möglich, für die Behandlungszeit ein alternatives Versorgungsangebot für Familienmitglieder zu finden (etwa bei Alleinerziehenden oder bei Pflege von Angehörigen), so dass die teilstationäre Behandlung die einfachste Lösung ist (pragmatische Indikation). Oftmals ist allerdings einfach die Präferenz des Patienten zuweisungsrelevant (Creamer, Forbes et al. 2002).

Klarer und wohl allgemeingültiger sind Kontraindikationen:

- * akute Suizidalität; je nach Setting auch parasuizidale Handlungen
- * hoher Betreuungs- und Pflegeaufwand
- * hoher apparativ-medizinischer Betreuungsaufwand
- * weite Entfernung zum Wohnort mit unverhältnismäßig langer Anreise
- * je nach Setting: akuter Substanzmissbrauch oder Abhängigkeitssymptomatik

- * therapeutisch notwendige Distanzierung vom normalen sozialen und häuslichen Umfeld, etwa bei Gewalterfahrungen im familiären Umfeld oder Überforderung in der Selbstkontrolle.

Je nach Setting spiegeln sich auch die Vor- und Nachteile in den Indikationskriterien wider.

1.4. Vor- und Nachteile

Die Vorteile teilstationärer Behandlung ergeben sich aus der besonderen Eigenart der teilstationären Behandlung als einer Mischform, in der sowohl Elemente von ambulanter als auch stationärer Behandlung vertreten sind. Patienten sind deutlich mehr in ihre alltägliche Lebenswelt oder das unmittelbar bestehende soziale Umfeld eingebunden als im stationären Setting und erfahren gleichzeitig eine umfassendere Behandlung als im ambulanten Setting. So ergänzen sich einerseits die jeweils spezifischen Vorteile dieser beiden Settings, generieren in dieser Wechselwirkung andererseits jedoch ganz eigene Wirkfaktoren (Agarwalla & Küchenhoff 2004). Küchenhoff verweist mit tiefenpsychologischem Vokabular auf einige allgemeingültige Vorteile (Küchenhoff 2001). In tagesklinischer Behandlung existiere ein geringerer Binnendruck als in vollstationären Maßnahmen durch mehr Distanzierungs- und Entlastungsmöglichkeiten von intensiven Erfahrungen der Psychotherapie, gleichwohl gebe es weniger Regressionsmöglichkeiten durch die tägliche und autonom zu gestaltende Rückkehr in den normalen Lebensraum (vgl. auch Bürckstümmer & Zwiebel 1985). Durch den täglichen Abschied von der Klinik würden Trennungserfahrungen „im Kleinen“ wiederholt bearbeitet, was die Verarbeitung größerer, die Symptomatik mit bedingender Verluste bzw. Abschiede unterstützen helfen kann. Zudem können Psychotherapie und „soziale Rehabilitation“ besser verknüpft werden, d.h. es gelingt eine bessere Berücksichtigung und Bearbeitung von Problemen im sozialen Umfeld (Familie, Beruf etc.) durch die Nähe zur üblichen Alltagswelt. Bürckstümmer verweist darauf, dass wegen der Eingebundenheit in das soziale Umfeld möglicherweise eine erhöhte Gefahr des „Agierens“ sozialer und familiärer Konflikte bestünde (Bürckstümmer & Zwiebel 1985). Dieser vermeintliche Nachteil erscheint aus verhaltenstherapeutischer Sicht eher als Vorteil, da dadurch dysfunktional erscheinende Problemlösestrategien („Agieren“) erkennbar werden, die in das Störungsmodell einbezogen und so einer direkten Intervention zugänglich gemacht werden können.

Teilstationäre Behandlung bietet aber gerade aus verhaltenstherapeutischer bzw. verhaltensmedizinischer Sicht entscheidende Vorteile. Durch die höhere Eingebundenheit in die konkrete Alltagswelt kann eine höhere Problemlöse- und Handlungsorientierung erreicht werden als im stationären Setting (vgl. auch Sturm & Vogel 2001). Die Beibehaltung des größten Teils des originären Lebensumfelds bietet entscheidende Vorteile, die ein stationäres Setting nicht bieten oder nur in Form von sporadischen Belastungsurlauben aufgreifen kann:

* Problemlösestrategien können spezifischer auf die Alltagswelt bezogen, durchgeführt und ausgewertet werden als dies in stationären Setting möglich ist.

* Belastungserprobungen können spezifischer vorbereitet werden. Im Grunde ist die alltägliche Heimkehr in das häusliche Milieu eine Art von Belastungserprobung, da dort bereits Verhaltensänderungen unmittelbar und direkt an das Therapiegeschehen anschließend umgesetzt werden können (z.B. positive Aktivitäten; soziale Übungen).

* Verhaltensübungen können näher an der Lebenswirklichkeit des Patienten durchgeführt werden. Sie können zeitlich direkter therapeutisch reflektiert und korrigiert werden.

* Es ist eine deutlich mehr am Alltag orientierte Durchführung von Reizkonfrontationsverfahren möglich. Wo im stationären Setting oft eher unspezifisch beängstigende Situationen geübt werden (z.B. Fahren mit irgendeinem öffentlichen Verkehrsmittel, das Angst auslöst), bietet teilstationäre Behandlung qua Wohnortnähe in der Regel Übungssituationen, die spezifischer sind und eine höhere persönliche Relevanz besitzen (z.B. Fahren mit genau der Buslinie, auf der die erste Panikattacke auftrat, nämlich auf dem Weg zur Arbeit). Dadurch kann möglicherweise die Generalisierung von Erfolgen und Lernerfahrungen vergrößert sein. Zudem können möglicherweise weitere begleitende Affekte sichtbar werden. Ein Transfer von Veränderungen in das häusliche und berufliche Umfeld erscheint ebenso leichter möglich. Gegenüber dem ambulanten Setting muss zudem auf den Vorteil einer verdichteten Therapie-„Dosierung“ und bessere instrumentelle Lernerfahrungen durch die Gruppentherapien hingewiesen werden.

Darüber hinaus lassen sich weitere, eher wenig schulenspezifische Vorteile nennen: Aufgrund der besseren Alltagseinbindung kann es eine höhere Behandlungsakzeptanz beim Patienten und dessen sozialen Umfeld geben. Dementsprechend ist mit Zeeck (Zeeck, Herzog et al. 2002) die verringerte Gefahr einer Stigmatisierung durch

tagesklinische Behandlung festzuhalten, da Patienten nicht massiv und langfristig aus dem normalen Umfeld herausgerissen sind. Überdies werden wiederholt Kostenvorteile als Argument für teilstationäre Behandlung angeführt (s.u.).

Demgegenüber können auch verschiedene Nachteile ausgemacht werden:

* Es gibt in einer Tagesklinik eine deutlich geringere Flexibilität im Umgang mit Krisen, daher ist akute Suizidalität meist eine Kontraindikation. In der Regel gibt es bei Komplikationen entsprechende Notfall-Vereinbarungen mit psychiatrischen Stationen, z.B. „Krisenbetten“.

* Bei geringer Psychotherapiemotivation kann durch das stete Verlassen des teilstationären Settings eine innere Vermeidungshaltung gegenüber der psychotherapeutischen Auseinandersetzung unterstützt werden. Dies ist offenbar im psychosomatischen bzw. Rehabilitationsbereich der Fall. Hier profitieren teilstationäre Patienten im direkten Vergleich mit stationärer oder kombiniert stationär-teilstationärer Klientel am wenigsten, erscheinen zudem am wenigsten veränderungsmotiviert (Hofmann, Bischoff et al. 1998; Geiselman & Linden 2001) und am wenigsten an einem teilstationären Behandlungsangebot interessiert (Bischoff 1998). Dieser Umstand ist vermutlich jedoch auch *zuweisungsbedingt*. Zum Teil erfolgte die Zuweisung der teilstationären Klientel nämlich durch den Medizinischen Dienst, so dass die dadurch entstehende Fremdmotivierung nicht generell auf teilstationäre Einrichtungen übertragen werden kann. Hier wird wiederum deutlich, wie sehr sich auch die institutionelle Eingebundenheit oder die Art der Zuweisung modulierend auf die Konzeption und die Effektivität teilstationärer Behandlung auswirken kann.

* Im teilstationären Setting ist weniger direkte Kontrolle möglich und mehr Vertrauen nötig, was evtl. in der Behandlung von Patienten mit einer Suchtproblematik oder Essstörung nachteilig sein kann.

* Teilstationäre Behandlung ist ein höherschwelliges Angebot als vollstationäre, da gewisse Grundvoraussetzungen gegeben sein müssen (s. Kontraindikationen). Somit ist sie ein nur *selektives* psychiatrisches Angebot.

* Nach A. Zeeck ist das Argument geringerer Kosten einer tagesklinischen Behandlung hinfällig, da ein etwaiger geringer Pflegesatz mit einem hohen Bedarf an therapeutischen Kräften bezahlt werden müsse. Das ist wiederum abhängig von der konzeptionellen Ausrichtung der Behandlung. Kallert et al. (Kallert, Schützwohl et al. 2003) zeigen demgegenüber, dass während der akutpsychiatrischen Behandlung die

Kosten bei vollstationären Patienten um ca. 27% höher sind als bei tagesklinisch behandelten Patienten, wohingegen letztere nach Abschluss der Behandlung im Gesundheitswesen leicht höhere, aber nicht signifikant unterschiedliche Kosten verursachen. Angemerkt sei hier, dass sich in der Studie beide Behandlungssettings in Hinblick auf Personalstärke nicht voneinander unterscheiden. D.h. teilstationäres Setting per se ist in der Tat kostengünstiger. – Insgesamt sind die Vor- und Nachteile teilstationärer Behandlung abhängig von der jeweiligen konzeptionellen Ausrichtung der Behandlungseinrichtung, so dass die hier vorgestellten Anmerkungen wiederum keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit besitzen können.

1.5. Stand der Forschung

1.5.1. Internationale Studien

Die Arbeitsgruppe um Marshall kommt in zwei Cochrane-Überblicksartikeln über die Wirksamkeit teilstationärer psychiatrischer Behandlung in Abgrenzung zu ambulanter Behandlung zu wenig positiven Ergebnissen. Gemessen an evidenzbasierten Kriterien zur Erforschung der *efficacy* gebe es

„[...] no evidence that day treatment programmes were better or worse than out-patient care on any other clinical or social outcome variable, or on costs. There was no evidence that day care centres were better or worse than out-patient care on any clinical or social outcome variable. There were some inconclusive data on costs suggesting that day care centres might be more expensive than out-patient care. [...] There is only limited evidence to justify the provision of day treatment programmes & transitional day hospital care, & no evidence to support the provision of day care centres.” (Marshall, Crowther et al. 2003a)³

Ähnliches gelte auch in Abgrenzung zur vollstationären psychiatrischen Behandlung (Marshall, Crowther et al. 2003b). Die Autoren verweisen auf international insgesamt nur neun vorliegende randomisierte und kontrollierte Studien. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf einzelne Tagesklinikeinrichtungen muss zudem mit Kallert (2003)

³ Im amerikanischen Raum scheinen unter dem wenig definierten Begriff „partial hospitalization“ (vergleichbar dem britischen „day care“) unterschiedliche Formen für teilstationäre Behandlung zu existieren. Zum einen sind sog. *day hospitals* Tageskliniken für akutpsychiatrische Patienten, die auch traditionellerweise stationär behandelt werden könnten; sog. *day treatment programs* sind meist hoch spezialisierte teilstationäre Behandlungsangebote für unterschiedlichste Klientel und mit zeitlich begrenztem Rahmen; sog. *Day Care Centers* sind Tageskliniken für chronisch erkrankte Patienten (i.d.R. Psychotiker) oder geriatrische Patienten. Auf diese auch institutionell bedingten unterschiedlichen Formen teilstationärer Behandlung kann hier nicht weiter eingegangen werden. Vgl. dazu Rosie, J. S. (1987). Partial hospitalization: A review of recent literature. Hospital and community psychiatry 38: 1291-1299.

aufgrund der genannten Heterogenität teilstationärer psychiatrischer Behandlung bezweifelt werden.

In der Tat steht die empirische Befundung über tagesklinische bzw. teilstationäre Behandlung eher am Anfang. Einige Autoren (etwa in einer Meta-Analyse Horvitz-Lennon, Normand et al. 2001) kommen zu dem Ergebnis, dass teilstationäre Behandlung eine nicht minder erfolgreiche Behandlungsform wie vollstationäre Behandlung darstelle. Dies gilt für eher klassisch sozialpsychiatrische Klientel mit vorwiegend psychotischer Symptomatik und sozialpsychiatrischer Behandlung. Auch Nienhuis und andere (Nienhuis, Giel et al. 1994) zeigten dies in einer randomisierten Studie über teilstationäre vs. stationäre Behandlung mit unselektierter Stichprobe. Hier war für beide Gruppen eine signifikante Verbesserung der Symptomatik in Hinblick auf Psychopathologie und Funktionsniveau bei einem Katamnesezeitraum von zwei Jahren zu finden.

In einer randomisierten, kontrollierten Studie zu ambulanter vs. teilstationärer Behandlung bei schweren Angst- und depressiven Störungen hat sich die teilstationäre Behandlung als effektiver erwiesen (Dick, Sweeney et al. 1991). Die Autoren untersuchten zum Entlassungszeitpunkt und zum 6-Monats-Follow-up 92 Patienten, die zufällig dem ambulanten oder dem eher psychotherapeutischen teilstationären Setting zugeordnet wurden. Zielvariablen wurden vor allem mit einem standardisierten psychiatrischen Interview erhoben, das von doppelblinden Ratern durchgeführt wurde. Tagesklinische Patienten erschienen gesünder und erfolgreicher in Hinblick auf Tagesstrukturierung, soziales Funktionsniveau und Behandlungszufriedenheit. In einer ähnlichen Studie der Autoren zu teilstationärer vs. vollstationärer psychiatrischer Behandlung mit jeweils eklektischem Ansatz und einem 1-Jahres-Follow-up (Dick, Cameron et al. 1985) gab es für beide Gruppen signifikante Verbesserungen der Symptomatik über die Zeit und für die teilstationäre Behandlung deutliche Kostenvorteile.

Eine andere Studie zum Vergleich *spezifisch psychotherapeutischer* vs. *allgemeinpsychiatrischer* teilstationärer vs. ambulanter Behandlung für Patienten mit depressiver, phobischer oder ängstlicher Symptomatik stellen Tyrer et al. (Tyrer, Remington et al. 1987) vor. Die Zuteilung zu den einzelnen Behandlungsformen erfolgte eben-

falls randomisiert, die Datenerhebung in Form psychiatrischer Interviews und Einschätzung in visuellen Analogskalen mit „verblindeten“ Ratern. Messungen fanden auch nach einem Katamnesezeitraum von bis zu 24 Monaten statt. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen Behandlungsformen in Hinblick auf erreichte kurz- und mittelfristige Verbesserungen. Zur 2-Jahres-Katamnese jedoch erschienen Patienten der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik im sozialen Funktionsniveau wieder verschlechtert. Die Autoren schränken die Verallgemeinerbarkeit der Studie insofern ein, als dass ein gewisses Funktionsniveau Grundbedingung für einen Studieneinschluss war.

Die Studienlage für spezifisch verhaltenstherapeutische Tagesklinikbehandlung umfasst vor allem *effectiveness*-Studien, also naturalistische Verlaufsstudien ohne randomisiertes Design, deren relevanteste für die VT-Tagesklinik hier erwähnt seien. In einer amerikanischen Untersuchung einer erstaunlich umfangreichen Tagesklinik-Behandlung mit spezifisch verhaltenstherapeutischer Ausrichtung für Patienten mit therapierefraktären schweren Zwangsstörungen und ausgeprägter Komorbidität (Bystritsky, Saxena et al. 1999) wurden 58 Patienten einer Katamnese nach 6, 12 und 18 Monaten unterzogen. Bei einer *Drop-out*-Rate von 51% zum 2-Jahres-Follow-up konnten eine signifikante Reduktion zum Entlassungs- und zu den Katamnesezeitpunkten in der Hauptsymptomskala (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS*; s.u. Kapitel Methodik) und – in einer weiteren Studie – Verbesserungen in der Lebensqualität (Bystritsky, Saxena et al. 1999) gefunden werden. Eine Responderrate von 70% zum Katamnesezeitpunkt wurde mit einer Symptomreduktion von 25% erreicht.

Waddell und andere (Waddell & Demi 1993) untersuchten die *effectiveness* eines 5-wöchigen multimodalen behavioralen Tagesklinik-Programms in Atlanta für Patienten mit primärer Angststörung. Von 100 aufgenommenen Patienten wurden 86 behandelt, nur für 32 Patienten lagen komplette Prä-Post-Datensätze vor. Hier zeigten sich in Mittelwertsvergleichen – Varianzanalysen werden nicht berichtet – hoch signifikante Verbesserungen in der Angstsymptomatik und der allgemeinen Psychopathologie.

1.5.2. Studien im deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum gibt es insgesamt wenig Forschung über teilstationäre psychiatrische Behandlung, sei sie nun eher allgemeinpsychiatrisch-soziotherapeutisch oder spezifisch psychotherapeutisch. Die methodisch elaborierteste Studie ist die bereits genannte der Arbeitsgruppe um Kallert (z.B. Kallert, Schützwohl et al. 2003; Kallert, Matthes et al. 2004). Die Autoren führten im Rahmen eines europäischen Multicenterprojekts zur tagesklinischen akutpsychiatrischen Behandlung (*European Day Hospital Evaluation; EDEN*) eine randomisierte, kontrollierte Studie durch. 92 tagesklinisch und 99 vollstationär behandelte akutpsychiatrische Patienten (N=191) wurden u.a. in Hinblick auf krankheitsbezogene, soziodemografische und versorgungsspezifische Aspekte untersucht. Es wurden zudem katamnestiche Daten 3 Monate nach Entlassung erhoben. Bezogen auf verschiedene klinische Outcome-Parameter (Psychopathologie, Behandlungszufriedenheit, subjektive Lebensqualität) ergaben sich keine settingspezifischen Effekte, sehr wohl jedoch in Hinblick auf die Behandlungskosten (s.u.). Die Autoren sahen in den Ergebnissen eine große Argumentationskraft für einen weiteren Ausbau tagesklinischer Behandlung. Einschränkung muss hinzugefügt werden, dass die Behandlungen in beiden Settings der Vergleichbarkeit wegen einander angeglichen wurden und daher vor allem allgemein-psychiatrischer Natur und nicht spezifisch psychotherapeutischer Art waren. Gewissermaßen wurde damit nur der Umstand, dass Patienten abends und am Wochenende in ihre sozialen Bezüge zurückkehren oder nicht, als unabhängige Variable evaluiert. Somit können die Ergebnisse auch nicht komplett auf spezifisch psychotherapeutische Tageskliniken mit möglicherweise höherer Personalstärke verallgemeinert werden.

Eine neuere naturalistische Studie (Gutknecht 2005) beschäftigt sich mit der subjektiven Bewertung einer allgemein-psychiatrischen Tagesklinikbehandlung durch die Patienten (maximales N=48) sowie deren subjektiv erlebte Veränderungen in verschiedenen Problembereichen. Instrumente waren ein faktorenanalytisch gewonnener Stationserhebungsbogen sowie die Psychotherapiebasisdokumentation als Selbst- und Fremdeinschätzung. Deutlich wurde eine Besserung der Symptomatik in allen erhobenen Problembereichen zum Entlassungszeitpunkt mit den größten Veränderungen in den Bereichen Krankheitsverständnis, körperliches und psychisches Wohlbefinden. Behandler schätzten die Verbesserungen in Bezug auf das psychi-

sche Wohlbefinden jedoch größer ein als die Patienten. Im Vergleich mit einer stationären Normstichprobe waren zudem die Bewertungen verschiedener Behandlungsaspekte im tagesklinischen Setting positiver.

Die Studienanzahl zu *explizit psychotherapeutisch* orientierten Tageskliniken im deutschsprachigen Raum ist ebenfalls gering und beschränkte sich bis vor kurzem auf naturalistische Studien. Mittlerweile gibt es eine randomisiert-kontrollierte Studie zur settingspezifischen Behandlung von bulimischen Patienten, es liegen jedoch nur Zwischenergebnisse vor (Zeeck, Hartmann et al. 2005), und eine quasi-experimentelle, ebenfalls noch nicht abgeschlossene Studie über Borderline-Patienten in stationärem vs. teilstationärem Setting (Küchenhoff & Agarwalla 2004). Naturalistisch untersucht wurden die ebenfalls spezifisch verhaltenstherapeutische Berner Psychotherapie-Tagesklinik (Reisch, Thommen et al. 2001; Reisch, Thommen et al. 2002), eine psychosomatische Tagesklinik des Universitätsklinikums Erlangen mit laufender Katamnesestudie (Bardelmeier, Müller et al. 2004), die psychodynamisch orientierten Tageskliniken Basler-Psychotherapie-Tagesklinik (Kern & Küchenhoff 2000; Küchenhoff 2001; Agarwalla & Küchenhoff 2004) und die Freiburger Tagesklinik (u.a. Zeeck, Herzog et al. 2002; Zeeck, Scheidt et al. 2003) sowie verschiedene im Rehabilitationsbereich angesiedelte Tageskliniken, z.B. die tagesklinische VT-Behandlung in der Rehaklinik Seehof bei Berlin (Geiselman & Linden 2001). Die genannten Studien seien hier kurz vorgestellt.

Die noch nicht abgeschlossenen, elaborierteren Studien (Küchenhoff & Agarwalla 2004; Zeeck, Hartmann et al. 2005) deuten darauf hin, dass es zum Entlassungszeitpunkt keine wesentlichen Unterschiede zwischen teil- und vollstationärem Setting in Hinblick auf den Behandlungserfolg gibt; eine 3-Monatskatamnese weist auf einen Vorteil der teilstationären Behandlung (von essgestörten Patienten) bzgl. der Symptomreduktion hin (Zeeck, Hartmann et al. 2005). Die naturalistische Studie einer psychosomatischen Tagesklinik in Erlangen zeigt zum Behandlungsende signifikante Verbesserungen auf nahezu allen Subskalen des SCL-90-R (Zeeck, Hartmann et al. 2005). Konkretere Daten liegen noch nicht vor.

In der naturalistischen Untersuchung der tiefenpsychologisch orientierten Basler Psychotherapie-Tagesklinik (Kern & Küchenhoff 2000; Küchenhoff 2001) wurden nach durchschnittlich 17,8 Wochen dauernder Behandlung zum Entlassungszeit-

punkt Daten von 117 Patienten mit neurotischen, affektiven oder Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen erhoben. Eingesetzte Instrumente waren neben Fragebögen zu Veränderungen im sozialen Bereich und der therapeutischen Arbeitsbeziehung u.a. der SCL-90-R. 70 Patienten konnten für eine Katamnese drei Monate nach Entlassung gewonnen werden. Mehrfaktorielle Kovarianzanalysen mit Messwiederholung (Faktoren: Gruppe, Zeit; Kovariaten: Geschlecht und Alter) ergaben in allen Mittelwertskalen und in den globalen Kennwerten (jeweils T-Werte) der *Symptom Checklist SCL-90-R* (s.u., Kapitel Methodik) zum Entlassungszeitpunkt signifikante Zeiteffekte. In den Post-Hoc-Tests gab es reduzierte Mittelwerte vor allem für affektive und neurotische Störungen. Zum Katamnesezeitpunkt gab es gegenüber dem Entlassungszeitpunkt bei persönlichkeitsgestörten Patienten eine signifikante Reduktion der Mittelwerte in den Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität. Insgesamt konnten Patienten mit affektiver oder neurotischer Störung vom Setting besonders profitieren. Es werden jedoch keine Kovarianzanalysen mit Einbezug des Katamnesezeitpunkts sowie keine Post-Hoc-Tests zwischen Prä- und Katamnesezeitpunkt dargestellt.

Neuerdings gibt es von der Arbeitsgruppe eine weitere Untersuchung dieser Tagesklinik (Agarwalla & Küchenhoff 2004), ebenfalls mit einem Katamneseintervall von 3 Monaten. Unklar bleibt, inwiefern der gleiche Datensatz wie in der zuvor genannten Studie verwendet wurde. Neben spezifisch psychodynamischen Instrumenten, die auch die therapeutische Beziehung erfassten, wurde auch der SCL-90-R eingesetzt. Von N=166 Patienten lagen für die drei Messzeitpunkte (Aufnahme, Entlassung, Katamnese nach drei Monaten) Messungen des SCL-90-R für 65 Patienten vor. Hier zeigten sich u.a. in mehrfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung für die allgemeine Psychopathologie sowie in allen anderen Skalen hoch signifikante Zeiteffekte (mit hohen Effektstärken) sowie eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Persönlichkeitsstörung und dem tiefenpsychologischen Konstrukt des „Strukturturniveaus“ der Persönlichkeit (Patienten mit Persönlichkeitsstörung profitierten unabhängig von ihrem „Strukturturniveau“ weniger). Der Faktor Diagnosegruppe war nicht signifikant; Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in Bezug auf verschiedene soziodemografische Variablen wurden allerdings nicht berechnet. Zudem wurden mithilfe des sog. *Reliable Change Index* (s.u., Kapitel Methodik; Kapitel Diskussion) Ver-

änderungen der Symptomatik auf Individuumebene erhoben. Hier zeigten sich u.a. 26,2% der Patienten geheilt, 19,4% verbessert und 50,5% unverändert.

Zeeck (Zeeck, Herzog et al. 2002) berichtet Ergebnisse der ebenfalls tiefenpsychologisch orientierten Freiburger Psychotherapie-Tagesklinik, in der vorrangig Patienten mit Essstörungen, jedoch auch mit somatoformen Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen für ca. 3 Monate behandelt werden. Es erfolgten Prä-Post-Messungen bei N=96 Patienten, u.a. mit dem SCL-90-R, einem Persönlichkeitsinventar und essstörungsspezifischen sowie prozessbezogenen Instrumenten. Es zeigten sich zum Entlassungszeitpunkt neben verschiedenen spezifischen Veränderungen bei Patienten mit Essstörungen mittlere bis hohe Effektstärken für die allgemeine Pathologie, überaus hohe Effektstärken für Angstpatienten in Bezug auf die angstspezifischen Skalen sowie bei sozial-ängstlichen Patienten nur geringe Effektstärken. Nicht berichtet werden Varianzanalysen oder Post-Hoc-Tests. Zudem liegen keine Katamnesedaten vor. Zudem verglichen Zeeck und Mitarbeiter in einer weiteren Studie (Zeeck, Scheidt et al. 2003) Prä-Post-Behandlungsergebnisse, u.a. gemessen mit dem SCL-90-R, von 159 konsekutiven Tagesklinikpatienten der o.g. Tagesklinik mit 228 dortigen stationären Patienten. Es gab in Varianzanalysen mit Messwiederholung und dem Faktor Setting hoch signifikante Zeit-, keine Settingeffekte sowohl für die Gesamtgruppe als auch für unterschiedliche Diagnosegruppen (bis auf Patienten mit Somatisierungsstörung).

Eine ausführliche Analyse verschiedener Settings der verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsklinik Seehof der BfA präsentieren (Geiselman & Linden 2001). Sie untersuchten Patienten der BfA-Klinik, die entweder vollstationär (N=66), tagesklinisch (N=39) oder kombiniert (N=55) behandelt wurden, d.h. stationär aufgenommene Patienten wurden nach Entlassung teilstationär weiterbehandelt. Zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt wurde ebenfalls der SCL-90-R verwandt. Alle Gruppen verzeichneten im t-Test für abhängige Stichproben – einfaktorielle Varianz- oder Kovarianzanalysen mit Messwiederholung werden nicht vorgestellt – signifikante Verbesserungen zum Entlassungszeitpunkt. Die teilstationäre Gruppe wies eine durchschnittliche Behandlungszeit von 43,6 Tagen auf, sie zeigte die geringsten Ausgangswerte und die geringsten Reduktionen zum Entlassungszeitpunkt. Die Autoren folgern, dass durch das größere Eingebundensein in das normale alltägliche

und soziale Umfeld bei tagesklinischer Behandlung die Vermeidung einer intensiven Therapie unterstützt werden könne. Daher erscheint die teilstationäre Klientel eine für die psychosomatische Rehabilitation eher schwierige, da weniger therapiemotivierte Patientengruppe. Demgegenüber zeigten sich in einem Vergleich von konsekutiven Patienten mit vollstationärer vs. teilstationärer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik (Rüddel & Jürgensen 1998) keine unterschiedlichen Behandlungsergebnisse in Bezug auf Depressivität, Beschwerdedruck oder Ängstlichkeit.

Eine Untersuchung der Berner Psychotherapie-Tagesklinik stellen Reisch und Mitarbeiter vor (Reisch, Thommen et al. 2002). Sie ist verhaltenstherapeutisch konzipiert für Patienten mit Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Es wird eine Aufenthaltsdauer von 12 bis 20 Wochen berichtet. Es werden in Prä-Post-Vergleichen bei 89 Patienten Daten über Depressivität, Symptomausprägung sowie Veränderungen in der sozialen Anpassung als Erfolgsparameter erhoben. Die Varianzanalysen für die Gesamtstichprobe ergaben signifikante Zeiteffekte in allen Erfolgsparametern bei hohen Effektstärken. Zudem wurden ebenfalls mithilfe des *Reliable Change Index* Veränderungen der Symptomatik auf Individuumebene erhoben. Hier zeigten sich in Bezug auf die allgemeine Psychopathologie 36% der Patienten gebessert, 25,8% geheilt. In einem Follow-up nach sechs Monaten (Reisch, Thommen et al. 2001) zeigten sich stabile Effekte für die Gesamtstichprobe und in allen Diagnosegruppen, außer bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung.

Trotz des Trends zur teilstationären Behandlung befindet sich im deutschen Sprachraum die Erforschung teilstationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung bzw. die Veröffentlichung entsprechender Daten in Fachzeitschriften erst am Anfang. Die Datenlage ist derart unterschiedlich, dass keine allgemeingültigen Schlüsse gezogen werden können. Auch die Daten der Verhaltenstherapie-Tagesklinik des UKE sind nur beschränkt verallgemeinerbar. Die nun vorliegende Studie versteht sich als eine erste größere Evaluation im Langzeitverlauf und als Maßnahme zur Qualitätssicherung eines relativ neuartigen Konzeptes spezifischer Verhaltenstherapie.

1.6. Die Verhaltenstherapie-Tagesklinik im UKE

1.6.1. Formale Beschreibungsgesichtspunkte

Die Verhaltenstherapie-Tagesklinik (VTTK) ist eine seit 1997 eingerichtete Tagesklinik. Sie ist ein Teil des Arbeitsbereichs Verhaltenstherapie in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. In diesem Arbeitsbereich existieren zudem eine Ambulanz, in der verschiedene Einzel- und Gruppentherapien angeboten werden, sowie eine Station mit 25 Betten. Die Tagesklinik bietet 12 Behandlungsplätze an. Die Räumlichkeiten der VTTK sind begrenzt. Es gibt einen Gruppenraum, einen Patientenflur sowie ein Stationszimmer und einige Büros. Eine Besonderheit ist der Mangel an Rückzugsmöglichkeit in eigene Patientenräume. Dies ist z.T. konzeptionell bedingt (s.u.)

Die Personalstruktur umfasste im Untersuchungszeitraum 1999 und 2000 3 akademische Vollzeitstellen, 3 Krankenpflegestellen, 1 AiP-Stelle. Die Akademiker-Stellen waren mit einem Stationsarzt und zwei in fortgeschrittener Verhaltenstherapieausbildung befindlichen Diplom-PsychologInnen besetzt, die Pflegestellen mit verhaltenstherapeutisch geschultem Personal. Bis zum Jahre 2003 wurden eine AiP-Stelle sowie eine ¼ Arzt-Stelle aus Kostengründen eingespart. Im Jahr 2004 wurde aus Kostengründen die ½ AiP-Stelle gestrichen, psychiatrische Tätigkeiten dann im Sinne eines Hausarztmodells von der Station des Arbeitsbereichs in die Tagesklinik transferiert. Anfang 2005 umfasste das Team neben 2,5 Pflegekräften nur noch 1,5 therapeutische Vollzeitkräfte (Psychologische Psychotherapeutin) und 2 PsychologInnen im Praktikum. Zudem kann bis heute der Sozialarbeiter des Arbeitsbereichs kontaktiert werden. Es gibt ebenfalls bis heute 12 Therapieplätze.

Aufnahmemodus für die Tagesklinik ist ein ausführliches, einstündiges Indikationsgespräch im Rahmen der sog. Verhaltenstherapie-Erstsprechstunde (Hand, Peter et al. 2000), das einmal in der Woche stattfindet und von örtlichen Psychiatern, z.T. Allgemeinärzten, selten anderen Vorbehandlern beschickt wird. Hier wird die Indikation für eine Verhaltenstherapie und für eines der drei Settings (ambulant, teilstationär, stationär) geprüft. Nach dem Indikationsgespräch erfolgt je nach Vakanz innerhalb der nächsten 2-6 Wochen eine Aufnahme in die Verhaltenstherapie-Tagesklinik, sofern die Patienten eine Rückantwort über Therapieziele verschickt haben. Die VTTK

versteht sich als Alternative zur vollstationären Behandlung, bei lediglich 13,4% der hier untersuchten Patienten fand die teilstationäre Behandlung direkt im Anschluss an ein vollstationäre statt.

1.6.2. Inhaltliche Beschreibung

Das Behandlungskonzept der VTTK ist ausführlicher vorgestellt bei Mundt (Mundt, Hand et al. 2003), so dass hier nur eine Darstellung der wesentlichen Aspekte erfolgen soll. In der VTTK werden schwerpunktmäßig Patienten mit Angst-, Zwangsstörungen und Depressionen, z.T. mit komorbider Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung behandelt. Die Behandlung fußt auf einer lebensgeschichtlich orientierten, multimodalen Verhaltenstherapie (sensu Hand, vgl. etwa Hand 1997; Hand 1998; Hand 2000) mit gruppen- und einzelpsychotherapeutischem Angebot für Patienten, für die i.d.R. ein ambulantes Angebot nicht ausreichend ist oder war, die aber dennoch eine relativ hohe Psychotherapiemotivation, besonders im Sinne konkreter Handlungsorientierung aufweisen. Das indikative Behandlungsangebot umfasst neben Einzelgesprächen auch aus dem stationären Rahmen bekannte störungsspezifische Gruppen (Angst-, Zwangs-, Depressionsbewältigungsgruppe), das Soziale Kompetenztraining, die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Genuss- training, eine Gruppe zur Aktivitätsplanung mit gemeinsamer Aktivität, un-/begleitete Expositionsübungen sowie Morgen- und Abschlussbesprechungen. Es gibt ein Bezugstherapeutesystem, jeder Patient hat einen akademischen und einen pflegerischen Bezugstherapeuten sowie für tiefer gehende medizinische oder medikamentöse Fragen die ärztliche Ansprechperson. Der Cotherapie obliegt vor allem die Betreuung der handlungsorientierten Therapiebestandteile, etwa Expositions- vorbereitung und -durchführung oder Unterstützung bei der Planung und Durchführung sog. positiver Aktivitäten im häuslichen Milieu. Aufgrund hoher personeller Ressourcen zum Untersuchungszeitpunkt erhielt jeder Patient im Durchschnitt wöchentlich 4 spezifische Einzeltherapiesitzungen à 50 min und 5-6 Sitzungen spezifische Gruppentherapie und insgesamt 24 Therapeutenkontakte à 50min.⁴ Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug für die Kohorten 1999 und 2000 ca. 9 Wochen. Die VTTK versteht sich als Alternative zur vollstationären Behandlung, bei 86,6% der Patienten in 1999 und 2000 erfolgte eine ambulante Überweisung. Ein Überblick über die Behandlungsangebote gibt ein Therapieplan in Mundt (Mundt, Hand et al. 2003).

⁴ Quelle: Basisdokumentation der VTTK. Die Daten beziehen sich auf den Studienzeitraum!

Das Team trifft sich zu morgendlichen Besprechungen, in denen Termine oder anderes Formales koordiniert oder psychotherapeutisch relevante Aspekte ausgetauscht werden. In dreimal pro Woche stattfindenden Abschlussrunden wird der Tages- und Therapieverlauf für jeden Patienten reflektiert, Erwägungen zum Störungsmodell ausgetauscht und die weitere Behandlung geplant und koordiniert. In der einmal pro Woche stattfindenden Oberarztvisite werden Patienten vorgestellt, medikamentöse Absprachen getroffen und institutionelle sowie inhaltlich-konzeptuelle Fragen besprochen. Zudem gibt es regelmäßige verhaltenstherapeutische Fallsupervision und bei Bedarf externe Teamsupervision. In unregelmäßigen Abständen erfolgen in sog. Konzepttagen grundlegendere inhaltliche Diskussionen. Der Unterschied zu einer herkömmlichen psychiatrischen oder auch zu einer psychotherapeutischen Tagesklinik besteht in dem weniger „regressiven“ und versorgenden Angebot der VTTK. Es fehlen ergänzende Angebote wie Sporttherapie, Ergotherapie, Gestaltungstherapie oder gemeinsames Kochen etc. Die Verpflegung erfolgt in der Personalkantine des UKE. Es sind mit Absicht Zeitfenster vorhanden, die nicht durch ein bestimmtes Angebot vorstrukturiert sind. Diese sollen individuell problemlösebezogen ausgefüllt werden, etwa mit der aktiven Lösung sozialer oder beruflicher Schwierigkeiten oder bei Angst- und Zwangspatienten – nach entsprechender Einweisung in das Konfrontationsrational – mit alltagsnahen Übungen bzw. bei depressiven Patienten im Sinne positiver Aktivitäten im alltäglichen Umfeld. Wo Zeeck (Zeeck, Scheidt et al. 2003) auf die höhere Handlungsorientierung und tägliche Übungssituation qua Aufenthalt im teilstationären Rahmen hinweist, erscheint die VTTK in dieser Richtung noch fordernder. Auch im Vergleich zu anderen Psychotherapie-Tageskliniken erscheint dieses Konzept weniger versorgend und strukturierend.

Kontraindikation ist demnach der Mangel an Fähigkeit zu basaler Tagesstrukturierung oder das Bedürfnis nach vorgegebener Tagesstruktur oder (Frei-) Zeitgestaltung durch die Klinik. Durch den hohen Anteil der therapie- und bezugspersonfreien Zeit können bestimmte Patienten schlicht überfordert sein. Das ist z.B. für Patienten ein Problem, die Schwierigkeiten mit der Tagesstrukturierung haben oder die sehr hohe Versorgungs- und Betreuungsansprüche besitzen. Daher ist bei jeder depressiven Symptomatik eine Indikation auch genau zu prüfen und oft als Alternative ein stationärer (und entsprechend versorgender und strukturierender) Aufenthalt zu empfehlen. Schwere depressive Symptomatik ist demnach ein klares Ausschlusskriterium

für die VTTK. In der Regel ebenfalls kontraindiziert ist die primäre Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, da hier weniger ein hohes Maß an intensiver Handlungs- und Übungsorientierung, sondern eher eine langfristige und anfangs weniger veränderungsorientierte Behandlung sinnvoll erscheint. Diese Kontraindikation ist durch die institutionelle Eingebundenheit der Tagesklinik in eine allgemein-psychiatrische Klinik und einen entsprechenden Aufnahmedruck oftmals nicht einzuhalten. Für eine Behandlung in der VTTK ebenfalls gewährleistet sein muss die tägliche An- und Abreise, was mitunter für Angstpatienten ausgesprochen schwierig ist. Hier wird aber bereits in dem Indikationsgespräch die Motivation für eine rasche Übungsorientierung geprüft. In der Regel müssen Patienten innerhalb der ersten Woche die eigene Anreise zu üben beginnen. Kontraindiziert sind Patienten, die diesbezüglich offen ambivalent motiviert sind. Darüber hinaus gelten ähnliche Kontraindikationen wie für teilstationäre Behandlung generell, das sind akute Suizidalität, akuter Substanzmissbrauch oder Abhängigkeitssymptomatik, hoher Pflegeaufwand, weite Entfernung zum Wohnort mit überdurchschnittlich langer Anreise, für Alleinerziehende fehlendes alternatives Versorgungsangebot für Kinder während des Aufenthaltes oder eine therapeutisch notwendige Distanzierung vom normalen sozialen und häuslichen Umfeld.

Abschließend liefert Tabelle 1.1 eine Binnendifferenzierung unterschiedlicher Verhaltenstherapie-Settings und mögliche Vorteile des spezifischen teilstationären.

Tabelle 1.1: Unterschiede einzelner verhaltenstherapeutischer Settings

Merkmale	amb Einzel	amb Gruppe	stat	teilstat
Nutzung von Gruppenressourcen	-	X	X	X
Arbeit an Funktionalitäten	X	bedingt	X	X
Therapeutische Übungsbegleitung	X	X	X	X
Cotherapie Übungsbegleitung	-	X	X	X
Übungen im heimischen Milieu	X	X	bedingt	X
Diagnostische Hausbesuche	X	bedingt	bedingt	X
Sehr zeitnahe Übungsauswertung	-	-	X	X
Weitere Indikative Therapieangebote	-	-	X	X

amb: ambulant; stat: stationär; Einzel: Einzeltherapie; Gruppe: Gruppentherapie; X: möglich; bedingt: bedingt möglich.

Die teilstationäre multimodale Verhaltenstherapie lässt sich dabei gegen ambulante Einzeltherapie, ambulante Gruppentherapie und stationäre multimodale verhaltenstherapeutische Behandlung abgrenzen: Über ein ambulantes einzeltherapeutischen

Vorgehen hinaus sind im konkreten Fall der VTTK u.a. vermutlich mehr Hausbesuche und Übungsbegleitungen möglich, zudem die Nutzung von Gruppenressourcen auch in verschiedenen Gruppenprogrammen, sowie medikamentöse Therapie. Gegenüber der stationären Behandlung ist u.U. mehr Arbeit im direkten häuslichen Milieu möglich, sowohl was eigenständiges Üben als auch diagnostische Hausbesuche und Übungen im direkten Wohnumfeld mit *Flooding*-Charakter betrifft. Dies ist unter Umständen aufgrund der Wohnortentfernung im vollstationären Setting nur bedingt möglich. Eine wohnortnahe und therapeutengeleitete Übungsphase erscheint auch bei einer ambulant angebotenen Gruppentherapie nicht (derart intensiv) möglich wie in einem teilstationären Setting; Ähnliches gilt für therapeutische Arbeit „am Hintergrund“ (an den Funktionalitäten), die oft in Gruppen nur oberflächlich geleistet werden kann. Dementsprechend bietet teilstationäre, spezifische Verhaltenstherapie, dadurch dass sie Elemente verschiedener Settings vereint, eine Schnittmenge an Vorteilen, die aus den Möglichkeiten der verschiedenen Settings resultieren, bildet damit vermutlich jedoch ganz eigene Wirkmechanismen, die über die genannten Vorteile hinausgehen (Agarwalla und Küchenhoff 2004).

1.6.3. Erste Katamnese der VT-Tagesklinik

Eine erste Untersuchung der Verhaltenstherapie-Tagesklinik mit den ersten 30 aufgenommenen Patienten und einer 6- bzw. 12-Monatskatamnese wurde von Marshall und Kruse durchgeführt (Marshall & Kruse 2000). Für die Gesamtstichprobe zeigten sich zu allen Messzeitpunkten in Hinblick auf Depressivität, soziale Kompetenz und irrationale Überzeugungen signifikante Zeiteffekte in den Varianzanalysen und signifikante Mittelwertsunterschiede in den Post-Hoc-Tests bei mittleren bis hohen Effektstärken. Auf der Diagnoseebene wurde deutlich, dass Patienten mit primärer depressiver Symptomatik kurzfristig profitierten, sich zum Katamnesezeitpunkt jedoch in Hinblick auf die Depressivität wieder verschlechterten. Für Angstpatienten zeigten sich in einer einfaktoriellen Varianzanalyse auf einer Agoraphobieskala zwar keine Zeiteffekte, nominell reduzierten sich diese Werte jedoch ebenso wie die Depressivitätswerte zum Entlassungs- und ersten Katamnesezeitpunkt nach 6 Monaten. Zum 1-Jahres-Follow-up stiegen die Angst- und Depressionswerte zwar wieder an, blieben aber deutlich unter den Aufnahmewerten. Zwangspatienten zeigten auf keiner Skala des Hamburger Zwangsinventars (s.u., Kapitel Methodik) signifikante Zeiteffekte, dafür jedoch auf verschiedenen Skalen, die irrationale Einstellungen maßen (etwa

Misserfolgsattribution und negative Selbstbewertungen). Ebenso zeigten sie sich hinsichtlich der Depressivität gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt auch 1 Jahr nach der Behandlung verbessert. Erfolgsraten mit einem multiplen Responderkriterium waren zum ersten Katamnesezeitpunkt 73% und zum 1-Jahres-Follow-up 87,5%.

2. Fragestellungen, Methodik und Instrumente der Studie

2.1. Fragestellungen und Ziele der Untersuchung

Die vorliegende Studie ist eine katamnestische Evaluationsstudie der VT-Tagesklinik mit einem besonderen Schwergewicht auf dem methodischen Umgang mit *Missing data* sowie auf der Darstellung sog. „klinischer Signifikanzen“ (s.u.). Gegenstand der Untersuchung ist die Symptomatik zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt bei den Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen, die in der VTTK im Jahr 1999 und 2000 behandelt wurden. Die Diagnosegruppen umfassen Patienten mit einer primären⁵ depressiven Symptomatik, einer primären Angstsymptomatik (ohne soziale Phobie), einer primären sozial-ängstlichen Symptomatik und einer primären Zwangssymptomatik sowie „sonstige“ psychische Störungen als Restkategorie. Zudem interessieren der Verlauf verschiedener Variablen (wie soziale Kompetenzen, allgemeine Psychopathologie, Einschränkungen in Lebensbereichen), Zusammenhänge mit verschiedenen, den Verlauf möglicherweise modulierenden Variablen sowie Aspekte der Zufriedenheit mit der teilstationären Behandlung. Methodisch soll zudem ein Schwerpunkt auf verschiedene Auswertungs- und Analysemethoden gelegt werden, die die *Drop-out-Problematik* in besonderer Weise berücksichtigen. Außerdem soll die Absicherung der Ergebnisse auch über eine Darstellung von klinischen Veränderungen auf Individuumebene erfolgen.

Demnach verfolgt die Studie zum einen folgende *methodische* Fragestellungen und Ziele:

- * Darlegung der methodischen Schwierigkeiten aufgrund von *Missing data* und *Drop-out* (s.u., Kapitel 2)
- * Verwendung von verschiedenen Ersatzdaten für die fehlenden Daten in allen Testverfahren und Vergleich dieser unterschiedlichen Datenmatrizen unter dem Aspekt,

⁵ Im Folgenden beziehen sich die Bezeichnungen der Diagnosegruppen auf all die Patienten, die die genannte Diagnose als die *Primäre* Diagnose aufweisen. Mit „primären Angstpatienten“ oder „Angstpatienten“ sind demnach im Folgenden stets alle Patienten gemeint, die gemäß ICD 10 als primäre Diagnose eine F4-Diagnose haben, das sind im vorliegenden Fall Patienten mit phobischer Störung (F40.0) oder Panikstörung (F41.0), exklusive der Patienten mit einer primären Sozialen Phobie, die im Folgenden explizit als „Primäre Soziophobiker“, „Soziophobiker“ o.ä. bezeichnet werden. Ähnliches gilt für die Patienten mit einer Zwangsstörung (F42) oder einer depressiven Störung (F32; F33) als Primärdiagnose. Patienten mit Angst und Depression gemischt (F41.2), einer ängstlichen Anpassungsstörung (F43.22) oder einer „Herzneurose“ (F45.3) wurden in Anlehnung an DSM IV unter primärer Angststörung subsumiert, wenn laut Aktenlage eine Angstbehandlung im Vordergrund stand. Die Kategorie der „primären Depression“ beinhaltet ebenfalls Patienten mit einer Anpassungsstörung (F4) mit depressiver Symptomatik, da sie nach den gleichen Prinzipien behandelt wurden wie die Patienten mit einer anderen depressiven Grundstörung (F3). Zu den „Sonstigen“ s. Kapitel 3.

inwiefern die dadurch resultierende Ergebnisse unterschiedlich sind (durchgängig in Kapitel 4)

* Darstellung des Konzepts der „Klinischen Signifikanz“, Diskussion des Konzepts anhand eines Testverfahrens (BDI) und Darstellung entsprechender individueller klinischer und klinisch signifikanter Veränderungsraten in verschiedenen Skalen zum Post- und Katamnesezeitpunkt (durchgängig in Kapitel 5).

Konkrete *evaluative* Ziele und Fragestellungen dieser Studie sind:

* Beschreibung der Gesamtstichprobe aller konsekutiven Patienten, die in der VTTK in den Jahren 1999 und 2000 aufgenommen wurden, in Hinblick auf soziodemografische Variablen sowie mögliche *a priori* bestehende soziodemografische oder symptomatische Unterschiede in den Diagnosegruppen sowie

* Beschreibung von soziodemografischen und symptomatischen Unterschieden zwischen Behandlungsbeendern⁶ und Behandlungsabbrechern sowie von Gründen für Behandlungsabbruch (Kapitel 3)

* Beschreibung der Veränderungen in den verschiedenen Hauptsymptomskalen und allgemeineren Skalen zum Entlassungszeitpunkt und zwei Jahre nach der Tagesklinik-Behandlung unter Berücksichtigung verschiedener Datenmatrizen (Kapitel 4) sowie Beschreibung der Erfolgsraten für die Skalen (Kapitel 5)

* Darstellung von relevanten Einflussfaktoren (z.B. psychosoziale Belastungsfaktoren, Erwerbsstatus, psychiatrische oder psychotherapeutische Nachbehandlungen), die den Verlauf der Symptomatik im Katamnesezeitraum modulieren sowie

* Darstellung von Unterschieden zwischen subjektiven Erfolgs- und Misserfolgspatienten (Kapitel 6)

* Darstellung der *Responder*- und *Nonresponder*-Raten sowie Differenzen zwischen diesen (Kapitel 7).

⁶ In Anlehnung an die übliche Nomenklatur bezeichnet im Folgenden „*Behandlungsabbrecher*“ bzw. „*Therapieabbrecher*“ diejenigen Patienten, die nach Aufnahme die Tagesklinikbehandlung – oft in gegenseitigem Einvernehmen – abgebrochen haben. Patienten, die eine vollständige Tagesklinik-Behandlung erhielten, werden im Folgenden als „*Therapiebeender*“ bzw. „*Behandlungsbeender*“ bezeichnet. „*Completer*“ oder das synonyme „*Katamneseteilnehmer*“ bzw. „*Studienteilnehmer*“ bezeichnet alle Patienten, die an der Katamnese studie teilgenommen (sie „komplettiert“) haben, unabhängig ob sie Behandlungsabbrecher oder -beender waren. Patienten, die sowohl die Therapie beendet als auch an der Katamnese teilgenommen haben, werden im Weiteren extra also solche aufgeführt (etwa „*Therapiebeender und Studienteilnehmer*“).

2.2. Methodik

2.2.1. Untersuchungsdesign

Die vorliegende Untersuchung ist im weitesten Sinne eine Studie zur *effectiveness* von spezifisch verhaltenstherapeutischer teilstationärer Behandlung bei ausgewählten psychischen Störungen. Es handelt sich um eine naturalistische Evaluationsstudie mit einem Ein-Gruppen-Prä-Post-Design mit Messwiederholung zum Katamnesezeitpunkt nach durchschnittlich zwei Jahren. In der Untersuchung fungiert die Behandlung in der VT-Tagesklinik als unabhängige Variable. Abhängige Variablen sind die Symptomatik zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt bei den Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen, die in der VTTK im Jahr 1999 und 2000 behandelt wurden, sowie verschiedene allgemeine Variablen. - Es wurden an konsekutiv entlassenen Patienten zweier Jahrgänge einige der zum Prä- und Postzeitpunkt standardmäßig erhobenen Instrumente zum Katamnesezeitpunkt erneut erhoben. Die Patienten wurden angeschrieben, telefonisch kontaktiert und um das Ausfüllen verschiedener Fragebögen gebeten. Die aktuelle Adresse der Patienten wurde überprüft und ggf. sukzessive mithilfe von Behörden, einweisenden Ärzten, ehemaligen Patienten u.Ä. aktualisiert. Als Motivationsanreiz für die Teilnahme wurde ein Beratungsgespräch in Aussicht gestellt. Aus Erfahrungen mit anderen Katamnesestudien (Rufer, Hand et al. 2004) erschien bei einem persönlichem Gesprächsangebot der Psychotherapeuten die Bereitschaft zur Mitarbeit erhöht. Patienten, die nicht reagierten, wurden mehrfach angerufen und zur Mitarbeit bewogen, ggf. wurde das Beratungsgespräch erneut angeboten. Um ambivalenten Patienten die Teilnahme zu erleichtern, wurde ihnen schließlich die Möglichkeit eingeräumt, nur bestimmte Fragebögen auszufüllen. Hier wurden Dringlichkeitsstufen der Bearbeitung eingeführt, in denen der Katamnesebogen und eine Hauptsymptomskala die erste Prioritätsstufe besaßen, weitere Instrumente sollten je nach Energie und Zeit ausgefüllt werden. Dadurch konnte der Rücklauf um ca. 5% gesteigert werden.

2.2.2. Datengrundlage und methodischer Umgang mit fehlenden Werten

Bei Katamnesestudien über einen längeren Zeitraum sind nicht alle behandelten Patienten erreichbar oder zu einer Teilnahme bereit. Ebenso gibt es in der vorliegenden Studie auch aufgrund von Behandlungsabbruch *Missing data*, deren Anzahl durch inkonsistente Aktenführung hier noch erhöht wurde. Für Therapieverlaufsstudien stellen fehlende Werte ein besonderes Problem dar (Streiner 2002). Zum einen werden

die Fallzahlen zunehmend geringer und verringern in einem kontrollierten Design die Effektstärke. Zum anderen ist anzunehmen, dass sich Behandlungsabbrecher und Studienverweigerer von behandelten und teilnehmenden Patienten unterscheiden und ein Abbruch oder eine Nichtteilnahme nicht zufällig geschah. Möglicherweise erfolgte ein Therapieabbruch aufgrund einer Verbesserung der Symptomatik, oder es nahmen verstärkt Therapie-Responder an der Katamnese teil. Durch die Berücksichtigung allein der Behandlungsbeender, die an der Studie teilnahmen, könnten demnach Ergebnisse verfälscht werden, da unklar ist, inwiefern diese Stichprobe mehr Erfolgs- oder Misserfolgspatienten beinhaltet. Zudem besteht im vorliegenden Fall die Gefahr, dass in einzelnen Diagnosegruppen für die prüfstatistische Auswertung die Fallzahlen zu gering werden, wenn nur Studienteilnehmer herangezogen werden. Es empfiehlt sich daher eine Ersatzdatenanalyse mit konsistentem Ersatz für fehlende Daten nach dem *Intent-to-Treat*-Verfahren (Hollis & Campbell 1999), also einem Verfahren, in dem alle zum Studienbeginn teilnehmenden Patienten als behandelte (*intent to treat*) Patienten berücksichtigt werden. Im Folgenden sollen dazu unterschiedliche Vorgehensweisen diskutiert und angewandt werden.

Als erste Möglichkeit der Berücksichtigung aller Patienten wird das LOCF-Verfahren (Shao & Zhong 2003) herangezogen. Hier ersetzt in einer Messreihe der letzte beobachtete Wert eines Individuums mögliche fehlende Werte („*Last Observation Carried Forward*“: LOCF). Voraussetzung ist, dass das Ergebnis nach dem Behandlungs- oder Studienabbruch mindestens konstant auf dem Niveau des letzten beobachteten Wertes bleibt (Siddiqui & Ali 1998). Es ist dann ein konservatives Kriterium, wenn zum Follow-up mehrere Messzeitpunkte vorliegen und eine konsistente, stetige Verbesserung der Variablen über die Zeit zu erwarten ist. In der vorliegenden Drei-Punkt-Erhebung mit nur einer Follow-up-Messung wird mit diesem Verfahren möglicherweise der Therapieeffekt überschätzt, da nicht grundsätzlich davon auszugehen ist, dass im teilstationären Setting gemachte Verbesserungen unter Alltagsbedingungen bei allen Patienten persistieren oder fortschreiten. Ein möglicher „V-Effekt“ würde mittels der LOCF-Analyse eher unterschätzt.

Eine genauere Analyse der Gründe für Studienabbruch bestätigt dies. Zu 28 Studienabbrechern (64%) konnte Kontakt aufgenommen werden, von diesen sagten 19 Patienten oder deren Angehörige eine Teilnahme explizit ab. Genannte Gründe wa-

ren neben ausdrücklich guter Befindlichkeit (2 Nennungen) mangelndes Interesse an (unentgeltlicher) Teilnahme (3 Nennungen), „ein 16-Stunden-Arbeitstag“ (1 Nennung), „mangelndes Vertrauensverhältnis zum Therapeuten“ (1 Nennung), der Umstand, dass die aktuelle schlechte Stimmung „nicht repräsentativ“ für den guten Behandlungserfolg sei (1 Nennung), eine „aktuelle Nachbehandlung in der TK vor Ort“ (1 Nennung), im Weiteren jedoch explizit schlechte Befindlichkeit oder zu hohe Belastung durch ein etwaiges Ausfüllen (8 Nennungen). Diese Daten legen nahe, dass nicht alle Patienten ein möglicherweise gutes Ausgangsniveau zu Therapieende halten konnten, so dass ein LOCF-Verfahren eine Überschätzung des Therapieerfolges wäre. Andererseits könnte der hohe Anteil an Behandlungsabbrechern quasi einen Ausgleich zur Überschätzung des Therapieerfolgs bedeuten, da dort durchaus Spontanremissionen zu denken wären. Von den 44 Studienabbrechern sind 16 Patienten (36%) auch Behandlungsabbrecher.

Als Alternative zum LOCF-Verfahren sollen aufgrund der genannten Erwägungen im Folgenden fehlende Werte auch mit dem Prä-Wert ersetzt werden. Dieses Verfahren erscheint konservativ, da es den Ausgangswert vor Therapiebeginn fortsetzt und so von der Annahme ausgeht, dass ein *Relapse* auf Ausgangsniveau erfolgt. So wird beispielsweise bei einem Patienten ein Prä-Wert von 35 im Beck Depression-Inventar (BDI, s.u.), der einer schweren Depression entspricht, auch als Follow-up-Wert gesetzt, obwohl zu Therapieende ein Wert von 6 (=keine Depression) vorgelegen hat. Wahrscheinlich unterschätzt dieses Verfahren den mittleren Therapieerfolg.

Schließlich sollen fehlende Daten bei jedem Patienten mit einem individuellen Zufallswert ersetzt werden. Die untere Grenze für den Bereich dieses Wertes ist null, die obere Grenze ist durch den Prä-Wert der Variable vorgegeben. Sofern jedoch der Post-Wert „schlechter“ erscheint, wird dieser als Maximalwert herangezogen, womit insgesamt ebenfalls ein eher konservatives Kriterium vorgegeben ist.

Um aufgrund des hohen Anteils an *Missing data* eine verlässlichere Auswertungsmethodik zu gewährleisten, werden folgende verschiedenen Datenmatrizen miteinander verglichen und in den Tabellen dargestellt:

1. Completer-Analyse, mit allen an der Katamnesestudie teilnehmenden Patienten (Completer) inklusive („mit“) der Behandlungsabbrecher („COMPM“)

2. Completer-Analyse, ohne die Behandlungsabbrecher („COMPO“); diese Matrix wird dann verwendet, wenn sie sich von COMPM unterscheidet.
3. LOCF-Analyse („LOCF“)
4. Prä-Wert „Carried-Forward“-Analyse („PRÄ-CF“)
5. Zufallswerte-Analyse („ZW“)

In allen Verfahren werden fehlende Post-Werte (z.B. durch Behandlungsabbruch bzw. durch mangelnde Dokumentation in der Akte) durch vorhandene Prä-Werte ersetzt. Liegt zudem keine Katamnesemessung vor, wird der entsprechende Patient nicht berücksichtigt. In die Completer-Analyse gehen nur Personen ein, bei denen ein Wert zum Follow-up-Zeitpunkt vorliegt. Hier beträgt die Rate an Ersatzwerten maximal 15%. In den anderen Matrizen ist sie dagegen naturgemäß aufgrund der Rücklaufquote von max. 65% höher.

2.2.3. Statistische Verfahren

Für die diagnosespezifischen Hauptsymptomskalen werden mithilfe des Programms SPSS® 10.0 einfaktorische Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet, da diese Skalen vornehmlich einzelnen Diagnosegruppen vorgelegt wurden. Der Einfluss verschiedener Variablen auf den Verlauf (z.B. Anschlusspsychotherapie) und retrospektive Veränderungen der Belastungseinschätzung werden mittels mehr- bzw. einfaktorischer Varianzanalyse mit Messwiederholung ermittelt. Stets wird eine Greenhouse-Geisser-Korrektur vorgenommen. Da sich die Diagnosegruppen im Alter signifikant unterscheiden (s.u., Kapitel 3), wird bei den Skalen, die die allgemeine Psychopathologie oder nicht diagnosespezifische Maße erheben (z.B. soziale Defizite), i.d.R. eine mehrfaktorische Kovarianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, dem Faktor Diagnosegruppe und der Kovariaten Alter berechnet, womit die a priori bestehenden Altersunterschiede herauspartialisiert werden. Generell erfolgen nach den Varianzanalysen Post-Hoc-Tests (t-Test für abhängige Stichproben). Sollte sich im Kolmogorov-Smirnov-Test keine Normalverteilung ergeben haben, erfolgt als Post-Hoc-Test der nonparametrische Wilcoxon-Test. Es werden nur methodenstabile Veränderungen dargestellt, d.h. signifikante Ergebnisse, die in möglichst vielen Datenmatrizen erzielt wurden. Unterstrichen werden Signifikanzen, die einer Bonferroni-Korrektur standhalten. Zur Überprüfung von verschiedenen Gruppenunterschieden werden Chi-Quadrat-Verfahren bzw. der Exakte Test nach Fisher und t-Tests berechnet. Im Falle statistischer Signifikanzen werden bei den Post-Hoc-Tests auch die

relativen Veränderungsmaße im Sinne von Effektstärken mit Cohens d angegeben (Mittelwert Prä minus Mittelwert Post, geteilt durch die Standardabweichung Prä). Effektstärken unter 0,4 werden i.d.R. als „schwach“, zwischen 0,4 und 0,8 als „mittel“ und über 0,8 als „stark“ bezeichnet; Effektstärken für ANOVAS (partielles η^2) ab 0,25 gelten als „mittel“, ab 0,40 als „groß“.

2.2.4. Stichprobe

Die Stichprobe rekrutiert sich aus den zwei Entlassungsjahrgängen der VTTK 1999 und 2000. Die Daten für alle 2000 entlassenen Patienten ($n=57$) wurden 1½ Jahre nach Entlassung erhoben, die Daten für die 1999 entlassenen Patienten ($n=70$) 2½ Jahre danach ($N=127$). Demnach liegt ein durchschnittlicher Katamnesezeitraum von 2 Jahren vor. Es fand eine möglichst erschöpfende Datenrekrutierung statt, d.h. es wurden auch Behandlungsabbrecher berücksichtigt, um so quasi eine Vergleichsgruppe zu den Therapiebeendern zu bekommen. Z.T. umfasste diese Gruppe auch sog. Behandlungsverweigerer (zur Nomenklatur vgl. Foa & Emmelkamp 1983; Fischer-Kleppsch & Münchau 2000), sofern diese zumindest zu einem Aufnahmegespräch in die Tagesklinik gekommen waren.

2.2.5. Messinstrumente

Die Studie greift zurück auf die standardmäßig in der VTTK zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt verwendeten Fragebögen und auf allgemeine Daten aus den Patientenakten. Da im Jahre 2000 eine Umstellung der Standardtestung vorgenommen wurde, erhielten die beiden Untersuchungsjahrgänge z.T. unterschiedliche Verfahren. Die Fragebögen wurden zu allen Zeitpunkten komplett in *paper-and-pencil*-Form erhoben, bis auf ein Fremdratingverfahren für Zwangspatienten (s.u.).

2.2.5.1. Allgemeine Daten

Allgemeinen Patienten wurden den Akten entnommen. Soziodemografische Daten entstammten dabei der vom Bezugstherapeuten ausgefüllten, hauseigenen Basisdokumentation, die ggf. mithilfe von Verlaufsinfos oder Infos aus Entlassungsbriefen korrigiert wurden. Die Diagnosen, Infos über Behandlungsabbrüche, Medikation oder Therapieempfehlungen u.Ä. wurden aus den Kurzarzt- und Entlassungsbriefen entnommen. Die Diagnosestellung erfolgte durch die klinisch erfahrenen Bezugstherapeuten gemäß Diagnosekriterien der ICD 10.

2.2.5.2. Katamnesefragebogen

Alle Patienten erhielten einen ausführlichen Katamnesefragebogen (Fragebogen zur Beurteilung der Tagesklinik-Behandlung, FBTK; s. Anhang), der an ehemaligen Patienten des Jahrgangs 2001 überprüft wurde. Die Fragen zum Verlauf der Symptomatik orientierten sich an der Dreiteilung „Rückfälle - neue Symptome - gegenwärtige Symptome“, wobei sich jeweils Fragen nach Auslösern, Einschränkungen, Art und Umfang einer etwaigen Behandlung oder Bewältigungsstrategien anschlossen. Die Einschätzung von Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen wurde retrospektiv vorgenommen und in einer 8-stufigen Likert-Skala mit den Polen „extrem eingeschränkt“ bis „gar nicht eingeschränkt“ beurteilt. Darüber hinaus erfolgten Fragen zur Beurteilung der Tagesklinik-Behandlung, zum Erwerbsstatus, zum Symptombeginn u.Ä. In jeder Frage wurden die negativen Items vorangestellt, um so eine etwaige Tendenz zur sozialen Erwünschtheit zu reduzieren. Für die Zwangspatienten der 2000-Kohorte wurde ein Fremdrating von nicht an der psychotherapeutischen Betreuung der Patienten beteiligten und geschulten Ratern durchgeführt. Patienten, die aufgrund von Behandlungsabbruch keine Prä- oder Post-Testung absolviert hatten, wurden angehalten, zumindest den Katamnesefragebogen zu beantworten.

2.2.5.3. Testbatterie Kohorte 1999 (n=70)

Die Patienten der Kohorte 1999 erhielten das *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* (deutsch: Hautzinger, Bailer et al. 1995). Dieses ist ein weithin verbreitetes Selbst-ratingverfahren mit guten psychometrischen Eigenschaften zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik, das international auch zur Therapieerfolgskontrolle eingesetzt wird (de Jong-Meyer, Hautzinger et al. 1996). Es umfasst 21 depressionsrelevante Items und besitzt auf der Basis verschiedener Evaluationsuntersuchungen Cut-Off-Werte für das Vorliegen einer leichten, mittelgradigen oder schweren Depression.

Zudem erhielten die Patienten das *Hamburger Zwangs-Inventar, Kurzform (HZI-K)* (Klepsch, Zaworka et al. 1993) mit 72 Items und folgenden sechs Subskalen: 1. Kontrollieren, Wiederholen, Denken einer Handlung; 2. Waschen, Reinigen; 3. Ordnen; 4. Zählen, Berühren, Sprechen; 5. Denken von Wörtern, Bildern, Gedankenketten, Gedanken einer Handlung; 6. Gedanken, sich selbst oder anderen ein Leid zuzufügen. Es liegen Stanine-Werte für Zwangskranke und Prozentrangwerte für Gesunde vor.

Das *Fear Survey-Schedule-P (FSS-P)* (Hallam & Hafner 1978; deutsch: Hand & Zaworka 1982) zur Messung verschiedener Ängste umfasst 45 Items mit 4 Subskalen: 1. Agoraphobie, 2. Kleintierphobie, 3. Blut- und Verletzungsphobie, 4. Spezifische Situationsängste. In der Regel ist die Agoraphobieskala die relevante für Tagesklinikpatienten. Für den deutschen Sprachraum liegen keine Reliabilitäts- und Validitätsuntersuchungen vor, im Rahmen der Therapieerfolgskontrolle hat sich jedoch insbesondere die Skala Agoraphobie mehrfach bewährt (Hand & Zaworka 1982). Das 10 Items umfassende *Fear-Survey-Schedule-S (FSS-S)* bezieht sich auf soziale Ängste. Beide Verfahren bieten klinisch bewährte Cut-Off-Werte.

Die *Freiburger Beschwerdenliste, Wiederholungsform (FBL-W)* (Fahrenberg 1975; Fahrenberg 1994) wurde im Jahr 1999 für alle Patienten verwendet, allerdings nicht konsistent. Das Instrument ist die Wiederholungsform einer 10 Subskalen umfassenden Gesamtform mit vorliegenden Cut-Off-Werten. Die 40 Items differenzieren das Ausmaß körperlicher Beschwerden auf den Subskalen Allgemeinbeschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen- und Darmbeschwerden, Anspannung, körperlicher Schmerz sowie das Ausmaß genereller Gesundheitsorgen.

Zur Therapiekontrolle ebenfalls einsetzbar ist der *Unsicherheits-Fragebogen (U-Fb)* (Ullrich & de Muynck 1976; Ullrich & de Muynck o.J.). Gegenstand des Instruments sind behandlungsbedürftige soziale Defizite und Ängste. Es wurde an einer Stichprobe Gesunder und sozial-ängstlicher Patienten konstruiert. Es liegen keine Ergebnisse zur externen Validität der Konstrukte vor. Der Fragebogen hat 65 Items, die sich auf 5 Subskalen verteilen: 1. Fehlschlag- und Kritikangst; 2. Kontaktangst; 3. Nicht-Nein-sagen können; 4. Fordern können; 5. Schuldgefühle; 6. Anständigkeit. Er wurde für beide Kohorten verwendet. Hier liegen die größten Fallzahlen vor.

Außerdem erhielt die Kohorte 1999 das *Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)* (Fahrenberg, Hampel et al. 2001), das hier nur zur Beschreibung von Differenzen zwischen Behandlungsabbruchern und -beendern genutzt werden soll. Zum Katanesezeitpunkt erhielten die Patienten zudem den *SCL-90-R* sowie einen Lebenszufriedenheitsfragebogen (s.u.).

2.2.5.4. Testbatterie Kohorte 2000 (n=57)

Die Testbatterie für die in 2000 entlassenen Patienten umfasst eine zweistufige Diagnostik. Zuerst wurde als Basisdiagnostik die *Symptom Check List* von Derogatis (*SCL-90-R*) (deutsch: Franke 1995) verwendet. Diese ist international ausgesprochen verbreitet und national gut evaluiert und validiert. Sie umfasst 90 Items auf neun Skalen: 1. Somatisierung; 2. Zwanghaftigkeit; 3. Unsicherheit im Sozialkontakt; 4. Depressivität; 5. Ängstlichkeit; 6. Aggressivität; 7. Phobische Angst; 8. Paranoides Denken; 9. Psychotizismus. Für jede Skala gibt es eine sog. Belastungstendenz, das ist die Summe der relevanten (=angekreuzten) Items. Zudem gibt es globale Kennwerte: 1. die Psychische Gesamtbelastung (*Global Severity Index, GSI*), 2. die Antwortintensität (*Positive Symptom Distress Index, PSDI*), 3. die Gesamtzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (*Positive Symptoms Total, PST*). Der Kennwert GSI besitzt in der aktuellen deutschen Fassung (Franke 2002) eine ausgesprochen hohe Reliabilität ($r=.94$) und wird daher häufig als Gesamterfolgskriterium verwendet.

Je nach Höhe der T-Werte in den Subskalen des SCL-90-R oder nach klinischem Eindruck wurde in einem zweiten Schritt eine spezifische Diagnostik durchgeführt. Das waren für depressive Symptome der BDI (s.o.) und die folgenden Verfahren. Patienten mit einer Zwangsstörung erhielten den HZI-K (s.o.) und zum Teil die *Yale Brown Compulsive Obsessive Scale (Y-BOCS)* (deutsch: Hand & Büttner-Westphal 1991). Dies ist ein international verbreitetes Fremdratingverfahren, das zur Therapieerfolgskontrolle bei Zwangsstörungen eingesetzt wird. Es erfasst umfassend die Symptomqualität, mit 18 Items wird das Ausmaß von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen quantifiziert. Es liegen bewährte Cut-Off-Werte vor.

Patienten mit einer primären Angstsymptomatik erhielten die Testbatterie *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)* (Ehlers, Margraf et al. 1993). Das *Automatic Cognition Questionnaire (ACQ)* erfasst hierbei mit 14 Items die begleitenden Angstkognitionen bei Panikattacken. Hier gibt es die Subskalen Körperliche Krisen sowie Kontrollverlust. Das *Body Sensation Questionnaire (BSQ)* erhebt mit 17 Items Art und Ausmaß von beängstigenden Körperempfindungen. Mit dem *Mobilitätsinventar (MI)* wird auf 27 Items das Ausmaß an Vermeidung bestimmter Situationen erfragt, entweder wenn man diese allein (*MI-a*) oder

begleitet (*MI-b*) aufsucht. Für alle Instrumente liegen ausreichend Reliabilitäts-, Validitätsuntersuchungen und Normen für verschiedene klinische Gruppen vor.

Patienten mit einer primären Sozialen Phobie erhielten die *Social Phobia Scale (SPS)* und die *Social Interaction Scale (SIAS)* (deutsch: Stangier & Heidenreich 1999), die jeweils spezifisch das Ausmaß von sozialen Ängsten und entsprechendem Vermeidungsverhalten messen. Es liegen erste befriedigende Reliabilitäts- und Validitätsuntersuchungen sowie Cut-Off-Werte vor (vgl. Heinrichs, Hahlweg et al. 2002).

Lediglich als ein qualitatives Instrument, etwa zur Erstellung einer Angsthierarchie, wurde das im Deutschen nicht evaluierte und in einer internen Arbeitsübersetzung vorliegende Verfahren der *Liebowitz Social Anxiety Scale* (Fresco, Coles et al. 2001) benutzt. Hier liegen u.a. die Subskalen Gesamtangst und Gesamtvermeidung vor.

In Abhängigkeit von den Ergebnissen des Vorscreenings im SCL-90-R wurden zum Prä- und Postzeitpunkt die o.g. spezifischeren Verfahren eingesetzt. In der Follow-up-Untersuchung bekamen die Patienten die komplette Basisdiagnostik sowie die damaligen Skalen erneut vorgelegt. Da während der Behandlung in der Tagesklinik kein Instrument zur Erhebung von Lebenszufriedenheit oder Lebensqualität vorgelegt wurde, war dies nur zum Katamnesezeitpunkt möglich. Dort erhielten die Studienteilnehmer den *SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)* (deutsch: Bullinger & Kirchberger 1998), ein international verbreitetes Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität, das die psychische und körperliche Gesundheit berücksichtigt. Folgende Dimensionen werden erfasst: 1. Körperliche Funktionsfähigkeit, 2. Körperliche Rollenfunktion, 3. Körperliche Schmerzen, 4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, 5. Vitalität, 6. Soziale Funktionsfähigkeit, 7. Emotionale Rollenfunktion und 8. Psychisches Wohlbefinden. Es liegen verschiedene Reliabilitäts- und Validitätsuntersuchungen und Normen für verschiedene Altersstufen und Patientengruppen vor.

Zudem beantworteten die Studienteilnehmer die *Fragen zur Lebenszufriedenheit* (Henrich & Herschbach 1996), in denen die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen und deren Wichtigkeit erfasst wird. Hier liegen Normwerte für repräsentative Stichproben vor.

3. Ergebnisse - Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden werden die Gesamtstichprobe (Kapitel 3.1), Unterschiede zwischen Behandlungsbeendern und -abrechern mit Abbruchgründen (Kapitel 3.2) und die Katamnesestichprobe bzgl. der Diagnosegruppen (Kapitel 3.3) näher beschrieben.

3.1. Gesamtstichprobe

Über die Zugehörigkeit der 127 in 1999 und 2000 aufgenommen Patienten zu den Diagnosegruppen informiert Tabelle 3.1. Demnach litten die meisten Patienten an einer depressiven Symptomatik, mehr als die Hälfte aller Patienten hatten komorbide Störungen, ca. ein Fünftel eine Drittdiagnose, 27 Patienten (34,3%) insgesamt eine Persönlichkeitsstörung (die im Weiteren nicht gesondert untersucht werden soll).

Tabelle 3.1: Diagnosegruppen und komorbide Diagnosen

Diagnose	DEPR (%)	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	PS	Gesamt
Erste	48 (37,8)	43 (33,9)	15 (11,8)	13 (10,2)	6 (4,7)	2 (1,6)	127
Zweite	22 (17,3)	9 (7,1)	9 (7,1)	2 (1,6)	14 (11,0)	10 (7,9)	66 (52,0)
Dritte	6 (4,7)	3 (2,4)	-	-	8 (6,3)	9 (7,1)	26 (20,5)
Vierte	1 (0,8)	-	1 (0,8)	-	3 (2,4)	5 (3,9)	10 (7,9)
Fünfte	1 (0,8)	-	-	-	2 (1,6)	1 (0,8)	4 (3,2)

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soziale Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; PS: Persönlichkeitsstörung.

Unter die Gruppe der „Sonstigen“ sind hier und im Weiteren Patienten mit jeweils folgenden psychischen Störung subsumiert: Alkoholabhängigkeit (F10.2), Paranoide Schizophrenie mit unvollständiger Remission (F20.04), zwei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1), Gemischte dissoziative Störung (F44.7), Pathologisches Stehlen (F63.2), Emotional-impulsive Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F60.31) und ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6), letztere sind in Tabelle 3.1 aus Darstellungsgründen extra aufgeführt (PS). Bei den komorbiden Diagnosen waren verstärkt die ICD-Kategorien F1 (Störungen durch psychotrope Substanzen; 12 Diagnosen), F43 und F45 (Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie Somatoforme Störungen; 7 Diagnosen) vertreten.

In Hinblick auf soziodemografische Merkmale unterscheiden sich in der Gesamtstichprobe die Patienten der einzelnen Diagnosegruppen hinsichtlich des Alters bei

Aufnahme und des Symptombeginns voneinander. Patienten mit einer primären depressiven Störung weisen dabei ein deutlich höheres und signifikant unterschiedliches Alter auf als Patienten der anderen Diagnosegruppen. Zudem sind die soziophobischen Patienten die jüngsten. In Tabelle 3.2 wird zudem als weitere intervallskalierte Variable die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dargestellt, die sich bei den Diagnosegruppen nicht signifikant unterscheidet. Deutlich ist darüber hinaus die lange Zeit vom Symptombeginn bis zur Aufnahme in die Tagesklinik bei allen Diagnosegruppen. Hier zeigt sich ein signifikant früherer Symptombeginn bei den „sonstigen“ Patienten, was an der Diagnose der primären Persönlichkeitsstörung liegt. Der Median liegt sogar bei 4 Jahren. Demnach leidet die Hälfte aller Patienten bereits seit längerer Zeit unter den verschiedenen Symptomen.

Tabelle 3.2: Mittelwertsunterschiede der Diagnosegruppen (Gesamtstichprobe)

Variablen	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	MW
Alter (Jahre)	42,8 [#]	36,0	29,5	34,8	35,9	38,0
Aufenthalt (Tage)	46	42	49	46	43	44,6
Symptombeginn (Jahre)	7,5	6,7	5,8	6,1	15,00 ^{##}	7,3

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; MW: Mittelwert.

Alter unterscheidet sich signifikant zwischen Depression und Angst (T: 2,97; df: 88,88; p=.004), Depression und Sozialer Phobie (T: 3,72; df: 21,73; p=.002) und Depression und Zwang (T: 2,16; df: 59; p=.035); ähnlich bei Behandlungsbeendern allein.

Symptombeginn unterscheidet sich signifikant zwischen Sonstige und Angst (T: -2,30; df:22; p=.031) und Sonstige und Soziophobikern (T:-3,17; df: 10; p=.01), ähnlich bei Behandlungsbeendern allein.

Insgesamt wird aufgrund der a priori unterschiedlichen Mittelwerte in den wichtigsten Symptomgruppen in der vorliegenden Studie auf allgemeinen Skalen eine Kovarianzanalyse berechnet, die diese Unterschiede heraus partialisiert (s. Kapitel 4). Da die Gruppe der Sonstigen außerhalb des eigentlichen Erkenntnisinteresses steht, in vielen varianzanalytischen Berechnungen ohnehin nicht berücksichtigt wurde, weil die Zelhäufigkeit kleiner als zwei war, wurden die bestehenden Unterschiede bzgl. des Symptombeginns *nicht* in einer Kovarianzanalyse berücksichtigt.

In den weiteren soziodemografischen Merkmalen unterscheiden sich die Diagnosegruppen nicht signifikant voneinander. Deskriptiv ist die größere Anzahl weiblicher Patienten in allen Diagnosegruppen evident (Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3: Geschlecht und Diagnosegruppen

Geschlecht	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
männlich	21	19	7	7	3	57
weiblich	27	24	8	6	5	70
Gesamt	48	43	15	13	8	127

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung

Über den Schulabschluss aller Patienten informiert Tabelle 3.4.

Tabelle 3.4: Schulabschluss und Diagnosegruppen

Schulabschluss	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
unbekannt	1	4	-	-	-	5
keinen	1	-	1	-	-	2
Hauptschule	11	15	6	-	2	34
Realschule	16	12	2	3	3	36
Abitur	12	9	5	7	1	34
Universität	7	3	1	3	2	16
Gesamt	48	43	15	13	8	127

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung

Tabelle 3.5 veranschaulicht den beruflichen Status aller Patienten. Hier ist der hohe Anteil arbeitsloser Patienten auffällig. Die Diagnosegruppen unterscheiden sich wiederum nicht signifikant voneinander in Hinblick auf die Verteilung der Kategorien. Diese scheinen im Übrigen nicht disjunkt zu sein (z.B. „keine“ und „Haushaltstätigkeit“), was jedoch ein Mangel der klinikinternen Basisdokumentation ist.

Tabelle 3.5: Berufssituation und Diagnosegruppen

Berufssituation	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Vollzeit	21	10	3	7	2	43
Arbeitslos	11	15	6	-	4	36
EU-Rente	2	-	-	-	-	2
Rente, Pension	3	1	-	1	-	5
Teilzeit	3	4	1	-	-	8
Haushaltstätigkeit	1	4	-	-	-	5

Fortsetzung Tabelle 3.5

Ausbildung ¹ , Umschulung	-	2	2	1	-	5
Studium	5	4	1	2	-	12
Wehr-/Zivildienst	-	-	-	1	-	1
keine	2	3	2	1	2	10
Gesamt	48	43	15	13	8	127

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; EU: Erwerbsunfähigkeit
1 Inklusive Schulausbildung.

Den beruflichen Status aller Patienten veranschaulicht Tabelle 3.6.

Tabelle 3.6: Berufsstatus und Diagnosegruppen

Berufsstatus	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
unklar	2	1	-	-	-	3
nie berufst.	4	6	3	5	2	20
ungelernt	3	3	3	-	1	10
angelernt	3	4	2	-	-	9
Beamter/Ang.						
einfach	20	13	6	2	4	45
mittel	6	4	-	3	1	14
höher	7	4	1	2	-	14
leitend	-	-	-	1	-	1
Handwerker	1	6	-	-	-	7
selbständig	2	2	-	-	-	4
Gesamt	48	43	15	13	8	127

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; berufst.: berufstätig; Ang.: Angestellter

Anhand der Verteilung des Familienstands in den Diagnosegruppen (Tabelle 3.7) fällt auf, dass Patienten mit primärer sozialer Phobie entweder ledig oder geschieden sind, wohingegen in den anderen Diagnosegruppen auch Verheiratete zu finden sind.

Tabelle 3.7: Familienstand und Diagnosegruppen

Familienstand	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
ledig	20	22	11	8	4	65
verheiratet	13	11	-	3	2	29
verh./ getrennt	4	1	-	1	-	6
geschieden	8	8	4	1	2	23
verwitwet	3	1	-	-	-	4
Gesamt	48	43	15	13	8	127

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung.

3.2. Behandlungsabbrecher

Von den 127 konsekutiv behandelten Patienten waren 100 Patienten (78,7% aller Patienten) Behandlungsbeender, 24 Patienten (18,9%) brachen die Behandlung explizit ab, ein Patient (0,8%) wurde auf die Station verlegt, 2 Patienten (1,6%) nahmen geplante Kurzaufenthalte unter 4 Wochen wahr, z.B. zur Überbrückung der Zeit bis zum Beginn einer anderen Behandlungsmaßnahme (Suchtbehandlung). Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlungsabbruch und Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe, wobei nominell die meisten Behandlungsabbrecher eine primäre Angststörung aufweisen. Die Abbrecher verteilen sich wie folgt auf die Diagnosegruppen (Tabelle 3.8):

Tabelle 3.8: Behandlungsabbruch und Diagnosegruppen

Status	DEPR (%)	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Abbrecher	7 (29,2)	12 (50,0)	1 (4,2)	3 (12,5)	1 (4,2)	24
Teilnehmer	41 (39,8)	31 (30,1)	14 (13,6)	10 (9,7)	7 (6,8)	103
Gesamt	48 (37,8)	43 (33,9)	15 (11,8)	13 (10,2)	8 (6,3)	127

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung. Prozente sind Zeilenprozente.

Gründe für einen Behandlungsabbruch lassen sich nur näherungsweise beschreiben, da die Bezugstherapeuten bei der Darstellung von Behandlungsabbrüchen in den Akten auf keine gemeinsame Nomenklatur zurückgriffen und Abbrüche meist multifaktoriell sind. Tabelle 3.9 gibt einen Überblick über Abbruchgründe, wobei auch Mehrfachnennungen berücksichtigt wurden.

Tabelle 3.9: Klassifizierung von Abbruchgründen

Abbruchgrund	Anzahl
Explizite Überforderung	7
Ambivalente Therapiemotivation	6
Mangelnde Integration in die Patientengruppe	5
Hohe Funktionalität	3
Medizinisches Krankheitsmodell	2
Schwierigkeiten mit der eigenständigen Anreise	2
Ausreichende Stabilität nach stationärem Aufenthalt	2
Verlegung wegen Suizidalität/Suizidversuch	2
Geringe Motivation zu Expositionsübungen	2
Unklar	3
Sonstiges	5
Mehrfachnennungen	10

Quelle: Aktennotizen und Entlassungsbriefe

Das Gefühl von Überforderung mit der Behandlung ist demnach die häufigste Ursache für einen Abbruch, vor allem für Patienten mit primärer Angststörung. Ebenfalls häufig werden von den Bezugstherapeuten eine „ambivalente Therapiemotivation“ sowie eine „hohe Funktionalität“ angeführt. Da jedoch jede Form von psychischen Beschwerden Funktionalitäten aufweist, die es zu überwinden gilt, und da es immer auch Gründe gegen eine Veränderung im Rahmen einer Psychotherapie gibt, erscheinen diese Kategorien eher unspezifisch und gelten vermutlich auch für die meisten anderen Behandlungsabbrüche. In einem Fall jedoch lag ein Rentenbegehren vor, in einem anderen ein Wunsch nach behördlicher Versetzung, was jeweils mithilfe der Symptomatik angestrebt wurde; eine Konfrontation mit dieser Funktionalität führte zum Behandlungsabbruch seitens der Patienten. Darüber hinaus ist die mangelnde Integration in die Patientengruppe ein häufig angeführter Abbruchgrund. Hier spielten sowohl eine narzisstische Problematik (Abwertungen gegenüber Mitpatienten und infolgedessen Außenseiterposition) als auch eine soziophobische Problematik (zu große Angst, Misstrauen) eine Rolle. Schwierigkeiten in der Anreise, Suizidalität sowie ausreichende Stabilität nach einem vorhergehenden stationären Aufenthalt sind Abbruchgründe, die am ehesten typisch für ein teilstationäres Setting sind, Letzteres vor allem bei teilstationärer Anschlussbehandlung. Unter „Sonstiges“

sind Gründe subsumiert wie mangelnde Bereitschaft zum Absetzen einer Benzodiazepin-Medikation, keine regelmäßige Teilnahme oder Konflikte mit dem Bezugstherapeuten. Die anfangs genannte Überforderung sowie mangelnde oder geringe Motivation zu konkreter Expositionsbehandlung erscheinen als für die VTTK spezifische Abbruchgründe, da hier konzeptionell großer Wert auf Eigenengagement, Handlungs- und Übungsorientierung gelegt wird und somit ein sehr forderndes Setting vorliegt.

In den soziodemografischen Variablen unterscheiden sich Behandlungsabbrecher und Behandlungsbeender signifikant voneinander in Bezug auf den Symptombeginn ($T: -2,03$; $df: 65$; $p = .047$). Behandlungsbeender beklagten die Symptome im Durchschnitt erstmalig vor 6,48 Jahren (Standardabweichung 7,17), Behandlungsabbrecher vor 11,46 Jahren (8,56). Einen Unterschied gibt es auch in Bezug auf das Geschlecht ($\chi^2: 5,68$; $df: 1$; $p = .017$). Zwei Drittel der Behandlungsabbrecher sind männlich (16 Patienten), wohingegen ca. 60% der Behandlungsbeender weiblich sind (62 Patienten). Ebenfalls zwei Drittel der Behandlungsabbrecher nahmen nicht an der Katamnese teil ($\chi^2: 11,87$; $df: 1$; $p = .001$). Über den unterschiedlichen beruflichen Status der Abbrecher und Behandlungsbeender ($\chi^2: 17,87$; $df: 9$; $p = .037$) informiert Tabelle 3.10. Hier ist im Vergleich mit den Beendern bei den Abbrechern der relativ hohe Anteil an Facharbeitern und Handwerkern deutlich, nämlich 21,7% bei den Abbrechern gegenüber 2,0% bei den Teilnehmern. Auch wenn dies möglicherweise ein Klischee bedient, scheinen männliche Arbeiter mehr Schwierigkeiten mit der intensiven psychotherapeutischen Behandlung in der Tagesklinik zu haben, so dass es dort zu relativ mehr Behandlungsabbrüchen kommt.

Tabelle 3.10: Berufsstatus und Diagnosegruppen

Berufsstatus	Teilnehmer	Abbrecher	Gesamt
unklar	2	1	3
nie berufst.	15	5	20
ungelernt	8	2	10
angelernt	9	-	9
Beamter/Ang.			
einfach	38	7	45
mittel	13	1	14

Fortsetzung Tabelle 3.10

höher	12	2	14
leitend	1	-	1
Arbeiter/Handwerker	2	5	7
selbständig	3	1	4
Gesamt	103	24	127

berufst.: berufstätig; Ang.: Angestellter.

In Hinblick auf den Schweregrad der Symptomatik zum Aufnahmezeitpunkt unterscheiden sich Abbrecher und Therapiebeender signifikant auf zwei Skalen. Es sind deutliche Unterschiede festzustellen in dem Ausmaß an Depressivität (T: -2,53; df: 86; $p=.013$; U-Test: $z: -2,32$; $p=0,20$). Weniger deutlich, aber signifikant, sind die Mittelwertunterschiede in der Skala 4 (Spezifische Ängste) des FSS-P (T: -2,10; df: 70; $p=.039$; U-Test: $z: -2,33$; $p=.020$). Auf der Skala für die allgemeine Psychopathologie GSI des SCL-90-R sind keine signifikanten Differenzen zu finden, hier haben Abbrecher jedoch geringere Werte als Behandlungsbeender (Tabelle 3.11).

Tabelle 3.11: Mittelwertsunterschiede zwischen Behandlungsbeendern und Abbrechern

Skala	Teilnehmer		Abbrecher	
	N	MW (SD)	N	MW (SD)
BDI[#]	76	22,32 (10,53)	12	30,58 (10,52)
FSSP4[#]	60	12,94 (10,69)	12	16,29 (10,40)
GSI	56	1,36 (0,60)	5	1,15 (0,59)

MW: Mittelwert zum Aufnahmezeitpunkt; SD: Standardabweichung zum Aufnahmezeitpunkt.

Unterschiede sind signifikant (s. Text).

Darüber hinaus werden signifikante Differenzen in einigen Skalen des Freiburger Persönlichkeitsfragebogen (FPI-R) deutlich, die hier aber nur cursorisch dargestellt werden sollen. Behandlungsabbrecher sind bei Aufnahme gehemmter und unsicherer, psychosomatisch gestörter sowie introvertierter und zurückhaltender als Behandlungsbeender. Zum Katamnesezeitpunkt sind die signifikanten Differenzen größer: Abbrecher sind sozial verantwortlicher und hilfsbereiter, deutlich gehemmter und unsicherer sowie erregbarer und empfindlicher, deutlich mehr angespannt und überfordert, deutlich psychosomatischer gestört, deutlicher introvertiert und deutlicher be-

lastet. Demnach erscheint die Gruppe der Behandlungsabbrecher bezüglich *spezifischer* Angst- oder depressiver Symptomatik deutlicher beeinträchtigt als Behandlungsbeender, nicht jedoch in der *allgemeinen* Psychopathologie. Veränderungen zum Katamnesezeitpunkt bei den Behandlungsabbrechern sollen ansonsten später vorgestellt werden (s. Kapitel 5 und 6).

3.3. Katamnesezeitpunkt und Diagnosegruppen

Es konnten von den 127 angeschriebenen Patienten 83 zu einer Studienteilnahme bewegt werden. Tabelle 3.12 gibt einen Überblick über den Anteil der Diagnosegruppen. Mithilfe der Möglichkeit, selektiv Fragebögen zurückzusenden („selektiert“), konnten noch 5,5% Patienten gewonnen werden, allerdings zu Lasten der Anzahl komplett vollständiger Datensätze. Zwei Patienten versicherten glaubhaft, die Sets zugesandt zu haben, ohne dass sie beim Verfasser angekommen wären („missing“). Diese werden zu den Studienabbrechern gezählt.

Tabelle 3.12: Katamnesezeitpunkt und Diagnosegruppen

Studienteilnahme	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
keine	12	14	5	7	4	42 (33,1%)
Teilnahme	36	29	10	6	4	83 (65,3%)
komplett	33	25	9	5	4	76 (59,8%)
selektiert	2	3	1	1	-	7 (5,5%)
„missing“	1	1	-	-	-	2 (1,6%)
Gesamt	48	43	15	13	8	127

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; selektiert: unvollständiger Fragebogensatz mit Prioritätsvorgabe; „missing“: verschickt, nicht angekommen.

Ein Viertel der Patienten mit primärer Depression und jeweils ein Drittel der Patienten mit primärer Angststörung und sozialer Phobie nahmen nicht an der Katamnese teil. Von den 81 Studienteilnehmern waren 16 Patienten auch Behandlungsabbrecher (66,7% aller Behandlungsabbrecher), 8 Behandlungsabbrecher (33,3%) nahmen an der Katamnese teil. Gründe für die Nichtteilnahme wurden bereits bei der methodischen Diskussion der Datenmatrizen in Kapitel 2 (S. 27f) vorgestellt.

4. Ergebnisse - Symptomskalen

Im Folgenden werden für die Diagnosegruppen Varianzanalysen, Post-Hoc-Tests und deskriptive Statistiken in den Hauptsymptomskalen und allen Datenmatrizen vorgestellt (Kapitel 4.1.), dann Kovarianzanalysen, Post-Hoc-Tests und deskriptive Statistiken der nicht symptom-spezifischen Skalen für die Gesamtstichprobe (4.2).

4.1. Methodenstabile Ergebnisse in den Hauptsymptomskalen

4.1.1. Primäre depressive Symptomatik

Für die primär depressiven Patienten erscheint im BDI in einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (*Repeated Measures Analysis of Variance; RMANOVA*) in allen Datenmatrizen ein signifikanter Zeiteffekt (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: RMANOVA für BDI, Depressive

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	27	11,37	1,66	.000	0,30
COMPM	29	10,70	1,67	.000	0,28
LOCF	39	17,20	1,55	.000	0,31
PRÄ-CF	39	11,98	1,99	.000	0,24
ZW	39	14,21	1,91	.000	0,27

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

In den Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.2) zeigt sich eine hoch signifikante Reduktion von Prä zu Post mit Stabilität während des Katamnesezeitraums.

Tabelle 4.2: Post-Hoc-Tests für den BDI, Depressive

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	27	4,13	26	<u>.000</u>	0,9	3,55	26	<u>.001</u>	1,0	0,25	26	.803	0
COMPM	29	4,05	28	<u>.000</u>	0,8	3,46	28	<u>.002</u>	0,9	0,28	28	.782	0
LOCF	39	4,83	38	<u>.000</u>	0,8	4,32	38	<u>.000</u>	0,8	0,28	38	.780	0
PRÄ-CF	39	4,83	38	<u>.000</u>	0,8	3,30	38	<u>.002</u>	0,6	-1,32	38	.191	0,2
ZW	39	4,83	38	<u>.000</u>	0,8	3,98	38	<u>.000</u>	0,7	-0,59	38	.559	0,1

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Die Completer befinden sich in der deskriptiven Statistik (Tabelle 4.3) im Mittelwert nahe dem Cut-Off-Wert zur Depressionsfreiheit ($= < 11$), in PRÄ-CF erscheint der Mittelwert im Bereich leichter Depression. In COMP und LOCF verbessert sich die Symptomatik stetig, in den anderen Matrizen gibt es einen leichten Mittelwertanstieg.

Tabelle 4.3: Deskriptive Statistik BDI, Depressive

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	27	21,48	9,39	12,59	9,83	12,15	13,75
COMPM	29	22,45	10,22	14,17	11,58	13,69	14,45
LOCF	39	24,08	11,18	15,10	12,84	14,74	14,85
PRÄ-CF	39	24,08	11,18	15,10	12,84	17,56	15,45
ZW	39	24,08	11,18	15,10	12,84	16,08	14,70

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

4.1.2. Primäre Angststörung (ohne Soziale Phobie)

Die Patienten mit primärer Angststörung (im Folgenden stets ohne Soziophobiker) erhielten im Jahr 2000 u.a. die Angstbatterie Kognition und Vermeidung (AKV). Hier zeigt sich für die Skala ACQ in allen Matrizen ein signifikanter Zeiteffekt (Tabelle 4.4). Die Completer beinhalten hier keinen Behandlungsabbrecher, weswegen diese Matrix hier (und im Folgenden) weggelassen wird.

Tabelle 4.4: RMANOVA für ACQ-Gesamt, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	9	7,18	1,31	.017	0,47
LOCF	11	10,59	2,95	.004	0,51
PRÄ-CF	11	7,29	1,53	.009	0,42
ZW	11	9,13	1,65	.003	0,48

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert

In der COMPO- und PRÄ-CF-Matrix (Tabelle 4.5) halten die Effekte allerdings einer Bonferoni-Korrektur nicht stand.

Tabelle 4.5: Post-Hoc-Tests für ACQ-Gesamt, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	9	2,67	8	.028	0,7	2,90	8	.020	0,9	1,09	8	.307	0,2
LOCF	11	3,31	10	.008	0,8	3,49	10	.006	0,9	1,09	10	.302	0,2
PRÄ-CF	11	3,31	10	.008	0,8	2,69	10	.023	0,8	-0,13	10	.901	0
ZW	11	3,31	10	.008	0,8	3,40	10	.007	1,0	1,16	10	.272	0,3

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Anhand der deskriptiven Statistik (Tabelle 4.6) wird deutlich, dass es in allen Matrizen Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt gibt, mit Ausnahme von PRÄ-CF; dort verbleiben die Patienten auf dem Post-Niveau, halten somit die Verbesserung zum Entlassungszeitpunkt auch über den Katamnesezeitraum.

Tabelle 4.6: Deskriptive Statistik, ACQ-Gesamt, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	9	2,51	0,90	1,84	0,74	1,71	0,58
LOCF	11	2,64	0,86	1,98	0,72	1,87	0,62
PRÄ-CF	11	2,64	0,86	1,98	0,72	1,99	0,81
ZW	11	2,64	0,86	1,98	0,72	1,77	0,68

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Für die Subskala Kontrollverlust zeigen sich ebenfalls Zeiteffekte, die geringsten in der Completermatrix (Tabelle 4.7).

Tabelle 4.7: RMANOVA für ACQ-Kontrollverlust, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	9	6,74	1,54	.015	0,46
LOCF	11	11,20	1,55	.002	0,53
PRÄ-CF	11	6,86	1,81	.007	0,41
ZW	11	10,56	1,60	.002	0,51

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert

Anhand der Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.8) zeigt sich, dass die Signifikanzen in der Completer-Matrix jedoch keiner Bonferoni-Korrektur standhalten, dies ebenfalls zum Katamnesezeitpunkt in PRÄ-CF.

Tabelle 4.8: Post-Hoc-Tests für ACQ-Kontrollverlust, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>					<i>Prä-Follow-up</i>					<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES		
COMPO	9	2,69	8	.027	0,6	1,89	8	.020	0,8	0,95	8	.370	0,2		
LOCF	11	3,56	10	<u>.005</u>	0,7	3,70	10	<u>.004</u>	0,9	0,95	10	.364	0,2		
PRÄ-CF	11	3,56	10	<u>.005</u>	0,7	2,68	10	.023	0,7	-0,27	10	.793	0,1		
ZW	11	3,56	10	<u>.005</u>	0,7	3,58	10	<u>.005</u>	0,8	0,69	10	.504	0,1		

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Der Mittelwert zum Katamnesezeitpunkt in der COMPO-Matrix ist dennoch der geringste aller Matrizen, wie Tabelle 4.9 veranschaulicht. Er liegt sogar geringer als in der sonst am liberalsten erscheinenden Matrix ZW. Deutlich ist der weitere Rückgang der Mittelwerte zum Katamnesezeitpunkt, außer in Prä-CF.

Tabelle 4.9: Deskriptive Statistik für ACQ-Kontrollverlust, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	9	2,52	1,15	1,79	0,97	1,62	0,60
LOCF	11	2,70	1,10	1,90	0,90	1,76	0,62
PRÄ-CF	11	2,70	1,10	1,90	0,90	1,96	0,94
ZW	11	2,70	1,10	1,90	0,90	1,79	0,68

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Für die Subskala Körperliche Krisen zeigen sich keine signifikanten Zeiteffekte. Demnach scheinen Angstpatienten vor allem die Befürchtungen in Hinblick auf einen erwarteten Kontrollverlust zu reduzieren.

In der Skala BSQ derselben Angstbatterie, die die beängstigenden körperlichen Empfindungen abfragt, sind wiederum signifikante Zeiteffekte in allen Matrizen evident (Tabelle 4.10).

Tabelle 4.10: RMANOVA für BSQ, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	10	15,86	1,31	.001	0,64
LOCF	12	23,89	1,35	.000	0,69
PRÄ-CF	12	14,55	1,49	.001	0,57
ZW	12	9,79	1,20	.005	0,47

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert

Hier zeigen sich auch in allen Matrizen Bonferoni-korrigierte signifikante Unterschiede in allen relevanten Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.11). Patienten mit primärer Angststörung reduzieren demnach ihre beängstigenden Körperempfindungen zum Katamnesezeitpunkt (Tabelle 4.12). Hier sind allerdings die relativ hohen Werte zu diesem Zeitpunkt auffällig; die Patienten reduzieren die Symptomatik nicht um die Hälfte.

Tabelle 4.11: Post-Hoc-Tests für BSQ, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	10	6,66	9	<u>.000</u>	2,0	3,73	9	<u>.005</u>	0,7	-0,01	9	.999	0,1
LOCF	12	7,65	11	<u>.000</u>	0,8	4,60	11	<u>.001</u>	0,6	-0,00	11	.999	0
PRÄ-CF	12	7,65	11	<u>.000</u>	0,8	3,35	11	<u>.006</u>	0,4	-1,03	11	.325	0
ZW	12	7,65	11	<u>.000</u>	0,8	3,42	11	<u>.006</u>	0,8	0,73	11	.483	0

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Tabelle 4.12: Deskriptive Statistik für BSQ, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	10	2,74	0,82	1,06	0,72	2,06	0,82
LOCF	12	2,93	0,92	2,21	0,86	2,21	0,93
PRÄ-CF	12	2,93	0,92	2,21	0,86	2,37	1,08
ZW	12	2,93	0,92	2,21	0,86	2,04	0,78

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Bezüglich der Vermeidung (Skala Mobilitätsinventar-allein) der Angstbatterie Kognition und Vermeidung zeigt Tabelle 4.13 ebenfalls signifikante Zeiteffekte in allen Matrizen, erwartungsgemäß mit dem höchsten F-Wert in LOCF.

Tabelle 4.13: RMANOVA für MI-a, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA ²
COMPO	10	11,95	1,75	.001	0,57
LOCF	12	15,90	1,74	.000	0,59
PRÄ-CF	12	12,71	1,74	.000	0,54
ZW	12	14,15	1,91	.000	0,56

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert

Die Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.14) zeigen in allen Datensätzen hoch signifikante Reduktionen von Prä zu Post mit Stabilität während des Katamnesezeitraums und halten jeweils einer Bonferoni-Korrektur stand.

Tabelle 4.14: Post-Hoc-Tests für MI-a, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	10	4,21	9	<u>.002</u>	1,0	3,53	9	<u>.006</u>	0,7	-0,67	9	.519	0,1
LOCF	12	4,80	11	<u>.001</u>	1,1	4,13	11	<u>.002</u>	0,6	-0,68	11	.513	0
PRÄ-CF	12	4,80	11	<u>.001</u>	1,1	3,21	11	<u>.008</u>	0,4	-1,36	11	.201	0
ZW	12	4,80	11	<u>.001</u>	1,1	4,15	11	<u>.002</u>	0,8	-0,07	11	.943	0

Fortsetzung Tabelle 4.14

Wilcoxon-Test	N	z	p	z	p	z	p
LOCF	12	-3,063	<u>.002</u>	-2,90	<u>.004</u>	-0,97	.333

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Die deskriptiven Statistiken (Tabelle 4.15) zeigen deutlich reduzierte Mittelwerte in allen Matrizen zum Katamnesezeitpunkt, auch wenn das Vermeidungsverhalten wieder leicht ansteigt. Lediglich in ZW bleibt der Wert über die Zeit stabil.

Tabelle 4.15: Deskriptive Statistik für MI-a, Angstpatienten

Matrix	Prä			Post		Follow-up	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	10	2,83	1,28	1,52	0,50	1,67	0,74
LOCF	12	2,89	1,18	1,64	0,59	1,77	0,75
PRÄ-CF	12	2,89	1,18	1,64	0,59	1,93	0,91
ZW	12	2,89	1,18	1,64	0,59	1,66	0,69

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In Hinblick auf das Vermeidungsverhalten in Begleitung (Skala MI-b) zeigt sich ein leicht verändertes Bild. Hier gibt es zwar auch signifikante Zeiteffekte in allen RMANOVAS (Tabelle 4.16), diese sind jedoch weniger stark ausgeprägt wie in MI-a. Zudem erscheinen die Mittelwertsunterschiede signifikant, sie halten jedoch keiner Bonferoni-Korrektur stand (Tabelle 4.17). Zieht man die deskriptiven Werte heran (Tabelle 4.18), wird schnell deutlich, dass zu Beginn der Behandlung das Vermeidungsverhalten in Begleitung weitaus weniger ausgeprägt ist als ohne Begleitung, was oft dem klinischen Eindruck entspricht.

Tabelle 4.16: RMANOVA für MI-b, Angstpatienten

Matrix	N	F	df	p	ETA²
COMPO	10	5,43	1,77	.018	0,38
LOCF	12	5,54	1,73	.016	0,34
PRÄ-CF	12	5,44	1,73	.017	0,33
ZW	12	5,59	1,74	.015	0,34

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert

Tabelle 4.17: Post-Hoc-Tests für MI-b, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	<i>N</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
COMPO	10	2,79	9	.021	0,8	2,33	9	.045	0,5	-1,25	9	.242	1,4
LOCF	12	2,77	11	.018	0,8	2,40	11	.035	0,5	-1,25	11	.239	0,7
PRÄ-CF	12	2,77	11	.018	0,8	2,24	11	.047	0,5	-1,38	11	.197	0,8
ZW	12	2,77	11	.018	0,8	2,58	11	.025	0,5	-1,05	11	.315	0,6

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrucher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Tabelle 4.18: Deskriptive Statistik für MI-b, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
COMPO	10	2,16	1,10	1,23	0,23	1,56	0,80
LOCF	12	2,10	1,04	1,30	0,39	1,57	0,78
PRÄ-CF	12	2,10	1,04	1,30	0,39	1,60	0,78
ZW	12	2,10	1,04	1,30	0,39	1,54	0,75

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrucher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Alle Patienten des Jahres 2000 mit einer primären (sozialen) Angststörung erhielten zudem den SCL-90-R. Die spezifischen Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst werden im Folgenden für alle Angstpatienten, also inklusive der Soziophobiker, vorgestellt. In Hinblick auf die „Ängstlichkeit“ gibt es wiederum für alle Angstpatienten hoch signifikante Zeiteffekte in allen Matrizen (Tabelle 4.19). Hier haben die Completer den höchsten F-Wert, in PRÄ-CF gibt es erwartungsgemäß den geringsten.

Tabelle 4.19: RMANOVA für Ängstlichkeit (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ETA</i> ²
COMPO	20	27,99	1,55	.000	0,60
LOCF	27	25,03	1,38	.000	0,49
PRÄ-CF	27	21,07	1,72	.000	0,45
ZW	27	26,62	1,46	.000	0,51

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrucher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

In den Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.20) zeigen sich die bisher höchsten Signifikanzen: in allen Matrizen gibt es hoch signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Behandlungsbeginn und Entlassungszeitpunkt, die zeitlich stabil bleiben.

Tabelle 4.20: Post-Hoc-Tests für Ängstlichkeit (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	<i>N</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
COMPO	20	6,12	19	<u>.000</u>	1,6	5,39	19	<u>.000</u>	1,6	-0,74	19	.469	0,1
LOCF	27	5,52	26	<u>.000</u>	1,1	5,07	26	<u>.000</u>	1,1	-0,74	26	.465	0,1
PRÄ-CF	27	5,52	26	<u>.000</u>	1,1	4,59	26	<u>.000</u>	0,9	-1,38	26	.180	0,2
ZW	27	5,52	26	<u>.000</u>	1,1	5,54	26	<u>.000</u>	1,1	-0,35	26	.733	0,2

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Die deskriptive Statistik (Tabelle 4.21) zeigt für alle Matrizen relativ nah beieinander liegende Mittelwerte zur Katamnese, mit einem wiederum leicht schlechteren Wert in PRÄ-CF und dem geringstem Wert in ZW. Ebenso zeigen alle Matrizen eine vernachlässigenswerte Verschlechterung des Wertes zum Katamnesezeitpunkt. Darüber hinaus erscheinen die Studienteilnehmer belasteter zum Behandlungsbeginn als alle Behandlungsbeender. ZW ist wiederum die liberalste Ersatzdatenmatrix.

Tabelle 4.21: Deskriptive Statistik für Ängstlichkeit (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
COMPO	20	2,22	0,75	1,03	0,82	1,12	0,83
LOCF	27	2,05	0,87	1,06	0,84	1,12	0,84
PRÄ-CF	27	2,05	0,87	1,06	0,84	1,23	0,90
ZW	27	2,05	0,87	1,06	0,84	1,09	0,85

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In Hinblick auf die Summe der für Patienten relevanten Items dieser Skala (Belastungstendenz) gilt Ähnliches wie für die Mittelwertskala. Hier gibt es für alle Angstpatienten einen hoch signifikanten Zeiteffekt in allen Matrizen (Tabelle 4.22).

Tabelle 4.22: RMANOVA für Ängstlichkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ETA²</i>
COMPO	20	12,41	1,84	.000	0,40
LOCF	27	13,32	1,98	.000	0,34
PRÄ-CF	27	11,33	1,91	.000	0,30
ZW	27	14,19	1,94	.000	0,35

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Ebenfalls in allen Matrizen gibt es hoch signifikante Mittelwertsunterschiede in den Post-Hoc-Tests in allen Matrizen zum Entlassungs- und Follow-up-Zeitpunkt, wie Tabelle 4.23 veranschaulicht.

Tabelle 4.23: Post-Hoc-Tests für die Skala Ängstlichkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	<i>N</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
COMPO	20	5,05	19	<u>.000</u>	1,4	4,28	19	<u>.000</u>	1,3	-0,16	19	.875	0
LOCF	27	4,79	26	<u>.000</u>	1,0	4,24	26	<u>.000</u>	1,0	-0,16	26	.874	0
PRÄ-CF	27	4,79	26	<u>.000</u>	1,0	3,85	26	<u>.001</u>	1,0	-0,65	26	.523	0,1
ZW	27	4,79	26	<u>.000</u>	1,0	4,86	26	<u>.000</u>	1,0	0,00	26	1.00	0

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Die deskriptive Statistik (Tabelle 4.24) verdeutlicht erneut einen minimalen Anstieg der Symptomatik in allen Datensätzen außer ZW, die wiederum den geringsten Follow-up-Wert aufweist. Ebenso ist evident, dass in COMPO die Completer zu Beginn der Behandlung belasteter erscheinen als alle Behandlungsbeender.

Tabelle 4.24: Deskriptive Statistik für Ängstlichkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
COMPO	20	8,30	1,78	5,85	2,91	5,95	2,56
LOCF	27	7,81	1,98	5,74	2,70	5,81	2,43
PRÄ-CF	27	7,81	1,98	5,74	2,70	6,07	2,40
ZW	27	7,81	1,98	5,74	2,70	5,74	2,41

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In Bezug auf die Skala Phobische Angst des SCL-90-R zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Auch hier gibt es wieder hoch signifikante Zeiteffekte in allen Matrizen (Tabelle 4.25) und in allen Post-Hoc-Tests hoch signifikante Mittelwertsunterschiede zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt (Tabelle 4.26), hier aufgrund fraglicher Normalverteilung auch berechnet mit dem Wilcoxon-Test.

Tabelle 4.25: RMANOVA für Phobische Angst (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	20	24,89	1,55	.000	0,57
LOCF	27	29,39	1,39	.000	0,53
PRÄ-CF	27	20,91	1,91	.000	0,45
ZW	27	17,82	1,63	.000	0,41

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Tabelle 4.26: Post-Hoc-Tests für Phobische Angst (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	T-Test	N	T	df p	ES	T	df p	ES	T	df p	ES		
COMPO	20	5,68	19	<u>.000</u>	1,1	5,20	19	<u>.000</u>	1,1	-0,20	19	.845	0
LOCF	27	5,94	26	<u>.000</u>	1,0	5,58	26	<u>.000</u>	1,0	-0,20	26	.843	0
PRÄ-CF	27	5,94	26	<u>.000</u>	1,0	4,47	26	<u>.000</u>	0,8	-1,57	26	.130	0,3
ZW	27	5,94	26	<u>.000</u>	1,0	3,89	26	<u>.001</u>	0,9	-1,03	26	.313	0,3
<i>Wilcoxon-Test</i>	N	z	p	z	p	z	p						
COMPO	20	-3,62	<u>.000</u>	-3,57	<u>.000</u>	-0,31	.754						
LOCF	27	-4,02	<u>.000</u>	-3,97	<u>.000</u>	-0,31	.754						
PRÄ-CF	27	-4,02	<u>.000</u>	-3,57	<u>.000</u>	-1,51	.131						
ZW	27	-4,02	<u>.000</u>	-3,31	<u>.001</u>	-0,93	.353						

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Die deskriptive Statistik (Tabelle 4.27) zeigt erneut deutlich geringere Werte zum Follow-up. In allen Matrizen reduzieren die Patienten ihre Symptomatik um annähernd die Hälfte, außer in PRÄ-CF, die wieder den höchsten Katamnesewert hat.

Tabelle 4.27: Deskriptive Statistik für Phobische Angst (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	20	2,13	1,09	0,88	1,00	0,92	0,98
LOCF	27	2,05	1,15	0,88	0,93	0,90	0,91
PRÄ-CF	27	2,05	1,15	0,88	0,93	1,15	1,15
ZW	27	2,05	1,15	0,88	0,93	1,06	1,06

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Die Belastungstendenz in Bezug auf Phobische Angst ist ebenfalls über die Zeit signifikant verringert (Tabelle 4.28).

Tabelle 4.28: RMANOVA für Phobische Angst-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	20	16,36	1,66	.000	0,46
LOCF	27	18,83	1,65	.000	0,42
PRÄ-CF	27	14,53	1,83	.000	0,36
ZW	27	16,23	1,85	.000	0,38

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Die Mittelwertsvergleiche weisen auch hier hoch signifikante Unterschiede auf (Tabelle 4.29), alle Signifikanzen halten erneut einer Bonferoni-Korrektur stand.

Tabelle 4.29: Post-Hoc-Tests für Phobische Angst (Belastungstendenz), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	20	5,88	19	<u>.000</u>	1,1	4,23	19	<u>.000</u>	1,2	0,26	19	.800	0
LOCF	27	5,68	26	<u>.000</u>	1,0	4,49	26	<u>.000</u>	1,1	0,26	26	.798	0
PRÄ-CF	27	5,68	26	<u>.000</u>	1,0	3,82	26	<u>.001</u>	0,9	0,63	26	.533	0,1
ZW	27	5,68	26	<u>.000</u>	1,0	4,21	26	<u>.000</u>	1,0	-0,33	26	.743	0,1

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Tabelle 4.30 veranschaulicht die deskriptive Statistik, in der erneut die Reduktion der Belastung zum Katamnesezeitpunkt in COMP und LOCF evident ist, wohingegen sie in den anderen Matrizen wieder leicht ansteigt, selbst in der sonst liberalen Matrix ZW. Zudem ist deutlich, dass die Patienten in Bezug auf Phobische Angst weniger ausgeprägte Werte besitzen als auf der Skala Ängstlichkeit.

Tabelle 4.30: Deskriptive Statistik für Phobische Angst (Belastungstendenz), alle Angstpatienten (inkl. Soziophobikern)

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	20	5,40	1,76	3,40	2,11	3,30	2,43
LOCF	27	5,19	1,75	3,41	2,12	3,33	2,35
PRÄ-CF	27	5,19	1,75	3,41	2,12	3,63	2,31
ZW	27	5,19	1,75	3,41	2,12	3,52	2,21

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Es zeigt sich insgesamt für Patienten mit primärer Angststörung des Jahrgangs 2000 eine deutliche Verbesserung der Angstsymptome zum Entlassungszeitpunkt, die zum Katamnesezeitpunkt annähernd gehalten wird. Dabei weisen die angstspezifischen Skalen des SCL-90-R die deutlichsten Effekte auf. Hier profitiert die Gesamtgruppe aller Angstpatienten, also auch die der Soziophobiker.

Für Patienten mit primärer Angststörung der Kohorte 1999 ist der FSS-P die Hauptsymptomskala. Hier lassen sich für die Skala Agoraphobie des FSSP ebenfalls signifikante Zeiteffekte zeigen (Tabelle 4.31), mit dem höchsten F-Wert in COMPO. In den Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.32) gibt es Bonferoni-korrigierte Signifikanzen der Mittelwerte zu Behandlungsbeginn und zum Entlassungs- bzw. Katamnesezeitpunkt.

Tabelle 4.31: RMANOVA für Skala Agoraphobie, FSSP, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	20	17,76	1,55	.000	0,48
COMPM	22	13,14	1,51	.000	0,39
LOCF	34	9,61	1,33	.002	0,23
PRÄ-CF	34	8,84	1,82	.001	0,21
ZW	34	11,63	1,99	.000	0,16

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Tabelle 4.32: Post-Hoc-Tests für Skala Agoraphobie, FSSP, Angstpatienten

	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	20	4,34	19	<u>.000</u>	0,7	4,75	19	<u>.000</u>	0,8	1,18	19	.252	0,2
COMPM	22	4,17	21	<u>.000</u>	0,7	3,80	21	<u>.001</u>	0,7	0,51	21	.618	0,1
LOCF	34	3,34	33	<u>.002</u>	0,5	3,21	33	<u>.003</u>	0,5	0,51	33	.614	0
PRÄ-CF	34	3,34	33	<u>.002</u>	0,5	3,43	33	<u>.002</u>	0,9	0,07	33	.984	0
ZW	34	3,34	33	<u>.002</u>	0,5	4,5	33	<u>.000</u>	0,7	1,51	33	.142	0,2
Wilcoxon-Test	N	z	p	z	p	z	p	z	p				
ZW	34	-3,03	<u>.002</u>	-3,79	<u>.000</u>	-1,16	.246						

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM: Completer mit Behandlungsabbrechern
LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

In der Completer- und Ersatzdatenmatrizen unterscheiden sich die Mittelwerte (Tabelle 4.33) jeweils relativ deutlich voneinander, insbesondere die Follow-up-Werte; die Ersatzdaten scheinen insgesamt konservativ zu sein. Ebenfalls ist offenkundig,

dass die Behandlungsabbrecher in COMPM die Ergebnisse gegenüber COMPO verschlechtern, was auf relativ schlechte Werte der Abbrecher verweist.

Tabelle 4.33: Deskriptive Statistik für Skala Agoraphobie, FSSP, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
COMPO	20	16,63	11,29	8,80	6,33	7,45	6,78
COMPM	22	17,25	10,93	10,14	7,43	9,55	9,36
LOCF	34	18,71	10,29	13,79	9,76	13,41	10,90
PRÄ-CF	34	18,71	10,29	13,79	9,76	13,72	10,70
ZW	34	18,71	10,29	13,79	9,76	11,51	10,43

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM: Completer mit Behandlungsabbrechern
LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In der Skala 3 des FSSP (BVK-Phobie) gibt es ebenfalls hoch signifikante Zeiteffekte in allen Matrizen, mit dem höchsten F-Wert wiederum in der Skala COMPO (Tabelle 4.34), und in den Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.35) in allen Datensätzen mindestens sehr signifikante Mittelwertsunterschiede.

Tabelle 4.34: RMANOVA für FSSP3, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ETA²</i>
COMPO	20	19,23	1,87	.000	0,50
COMPM	22	11,26	1,71	.000	0,35
LOCF	34	11,38	1,69	.000	0,26
PRÄ-CF	34	10,32	1,77	.000	0,24
ZW	34	13,15	1,78	.000	0,29

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Tabelle 4.35: Post-Hoc-Tests für FSSP3, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>					<i>Prä-Follow-up</i>					<i>Post-Follow-up</i>				
	<i>N</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>		
COMPO	20	5,16	19	<u>.000</u>	0,7	4,98	19	<u>.000</u>	0,7	0,28	19	.787	0,1		
COMPM	22	4,87	21	<u>.000</u>	0,6	3,35	21	<u>.003</u>	0,6	-0,28	21	.785	0		
LOCF	34	3,40	33	<u>.000</u>	0,5	3,38	33	<u>.002</u>	0,4	-0,28	33	.782	0		
PRÄ-CF	34	3,40	33	<u>.000</u>	0,5	3,10	33	<u>.004</u>	0,8	-0,66	33	.514	0		
ZW	34	3,40	33	<u>.000</u>	0,5	4,04	33	<u>.000</u>	0,4	0,64	33	.529	0,1		

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM: Completer mit Behandlungsabbrechern
LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Deskriptiv (Tabelle 4.36) ist erneut der Unterschied zwischen Completer- und Ersatzdatensätzen evident. Die Therapiebeender verbessern sich auf dieser Skala auch zum Katamnesezeitpunkt noch einmal. Zudem ist in PRÄ-CF der beste Katamnesewert der Ersatzdaten zu finden, was bedeutet, dass auf dieser Skala die Behandlungsabbrecher offensichtlich positivere Prä-Werte haben als die Teilnehmer.

Tabelle 4.36: Deskriptive Statistik für FSSP3, Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
COMPO	20	11,23	7,59	6,00	4,66	5,76	4,65
COMPM	22	12,07	7,80	7,32	6,24	7,60	7,57
LOCF	34	12,21	7,16	8,85	6,50	9,04	7,31
PRÄ-CF	34	12,21	7,16	8,85	6,50	8,85	6,50
ZW	34	12,21	7,16	8,85	6,50	9,32	7,40

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM: Completer mit Behandlungsabbrechern
 LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In Hinblick auf eine einfaktorische Varianzanalyse der Skala 4 (situationsspezifische Ängste) des FSSP ist ebenfalls ein Zeiteffekt deutlich (Tabelle 4.37). Die Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.38) weisen die bisher höchsten Signifikanzen bzgl. der Mittelwertunterschiede auf. Signifikant sind auch in allen Matrizen die Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt, wengleich nicht Bonferoni-korrigiert.

Tabelle 4.37: RMANOVA für FSSP4

<i>Matrix</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ETA²</i>
COMPO	20	20,07	1,95	.000	0,51
COMPM	22	16,07	1,92	.000	0,43
LOCF	34	17,57	1,80	.000	0,35
PRÄ-CF	34	12,88	1,90	.000	0,28
ZW	34	21,09	1,89	.000	0,39

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Tabelle 4.38: Post-Hoc-Tests für FSSP4

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>					<i>Prä-Follow-up</i>					<i>Post-Follow-up</i>				
	<i>N</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>		
COMPO	20	3,71	19	<u>.001</u>	0,6	6,20	19	<u>.000</u>	1,0	2,53	19	.021	0,4		
COMPM	22	3,60	21	<u>.002</u>	0,6	5,17	21	<u>.000</u>	0,9	2,16	21	.042	0,3		
LOCF	34	4,01	33	<u>.000</u>	0,5	5,09	33	<u>.000</u>	0,7	2,10	33	.043	0,2		
PRÄ-CF	34	4,01	33	<u>.000</u>	0,5	4,33	33	<u>.000</u>	1,4	1,05	33	.302	0,1		
ZW	34	4,01	33	<u>.000</u>	0,5	5,81	33	<u>.000</u>	0,8	2,84	33	<u>.008</u>	0,3		

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM: Completer mit Behandlungsabbrechern
 LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Evident in allen Matrizen ist in der deskriptiven Statistik (Tabelle 4.39) eine kontinuierliche Reduktion der Mittelwerte zum Post- oder Follow-up-Zeitpunkt. Ebenso zeigt COMPM, dass die beiden Behandlungsabbrecher kontinuierlich schlechtere Werte aufweisen als die Behandlungsbeender.

Tabelle 4.39: Deskriptive Statistik für FSSP4, Primäre Angstpatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	20	16,98	7,38	12,25	7,25	9,45	5,34
COMPM	22	17,84	7,56	13,55	8,07	11,23	7,73
LOCF	34	18,37	7,35	14,96	8,07	13,46	8,21
PRÄ-CF	34	18,37	7,35	14,96	8,07	14,09	8,40
ZW	34	18,37	7,35	14,96	8,07	12,62	7,90

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM: Completer mit Behandlungsabbrechern
 LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Insgesamt profitieren Patienten der Kohorte 1999 mit primärer Angststörung demnach in den Hauptsymptomskalen deutlich zum Entlassungs- und auch zum Katamnesezeitpunkt. In der Regel verbessern sie sich zum Follow-up sogar.

4.1.3. Primäre Soziale Phobie

Patienten mit einer primären soziophobischen Symptomatik erhielten als spezifische Angstdiagnostik in den unterschiedlichen Kohorten verschiedene Verfahren. Die Liebowitz-Skala ist in der deutschen Ausgabe nicht validiert und wird daher in der Tagesklinik nur zu qualitativ-inhaltlichen Zwecken herangezogen (etwa zur Ergänzung einer Angsthierarchie). Dennoch sollen einige Ergebnisse kurz referiert werden, da sich in den Ersatzdaten jeweils ein signifikanter Zeiteffekt (Tabelle 4.40) und in der deskriptiven Statistik aufschlussreiche Unterschiede zwischen Completern und anderen Patienten zeigen.

Tabelle 4.40: RMANOVA für Liebowitz Skala (Gesamtangst), Soziophobiker

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	3	1,20	4,01	.165	0,67
LOCF	6	9,49	1,65	.009	0,66
PRÄ-CF	6	6,41	1,75	.022	0,56
ZW	6	10,66	1,20	.015	0,39

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In den Post-Hoc-Analysen gibt es von Prä nach Post signifikante Mittelwertsunterschiede in allen Ersatzdaten, die jedoch keiner Bonferoni-Korrektur standhalten. In LOCF und ZW gibt es Bonferoni-korrigierte Signifikanzen zwischen Prä-Wert und Follow-up (LOCF: $T = 4,59$; $df = 5$; $p = .006$; ZW: $T = 9,12$; $df = 5$; $p = .000$; ES von 0,8 Prä-FU bis zu 1,8 Prä-Post), zudem eine leichte Signifikanz zu diesem Zeitpunkt in COMPO. Die Mittelwerte zeigt Tabelle 4.41. Hier ist evident, dass die Studienteilnehmer eine sehr geringe Streuung und viel höhere Ausgangswerte haben als die anderen soziophobischen Patienten, dieser Umstand wird in der Diskussion weiter aufgegriffen (s.u. Kapitel Zusammenfassung und Diskussion).

Tabelle 4.41: Deskriptive Statistik für Liebowitz Skala (Gesamtangst), Soziophobiker

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
COMPO	3	61,67	1,53	36,67	18,45	42,67	8,50
LOCF	6	53,50	11,47	32,83	13,17	35,83	10,26
PRÄ-CF	6	53,50	11,47	32,83	13,17	44,00	9,03
ZW	6	53,50	11,47	32,83	13,17	33,33	12,56

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Ähnliches zeigt sich in der Skala Vermeidung der Liebowitz-Skala. Hier liegen hohe Zeiteffekte vor (Tabelle 4.42) und wie für die Angstskala mit Bonferoni-korrigierten signifikanten Mittelwertsunterschieden neben LOCF und ZW auch in COMP von Prä nach Post (COMPO: $T = 8,35$; $df = 2$; $p = .014$; LOCF: $T = 3,78$; $df = 5$; $p = .013$; ZW: $T = 6,12$; $df = 5$; $p = .002$; ES von 0,7 bis 1,8). Die deskriptive Statistik (Tabelle 4.43) macht wiederum höhere Ausgangswerte bei der Completerstichprobe und eine wesentlich geringere Streuung deutlich.

Tabelle 4.42: RMANOVA für Liebowitz-Skala (Vermeidung), Soziophobiker

<i>Matrix</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ETA</i> ²
COMPO	3	1,06	5,18	.144	0,72
LOCF	6	1,64	9,91	.008	0,67
PRÄ-CF	6	1,50	7,47	.021	0,60
ZW	6	1,14	10,07	.019	0,67

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Tabelle 4.43: Deskriptive Statistik für Liebowitz-Skala (Vermeidung), Soziophobiker

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	3	56,33	4,51	25,00	25,51	35,33	6,11
LOCF	6	51,33	16,12	23,00	16,37	28,17	8,91
PRÄ-CF	6	51,33	16,12	23,00	16,37	40,83	16,52
ZW	6	51,33	16,12	23,00	16,37	34,50	11,48

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In der für Soziophobiker spezifischen Skala Unsicherheit des SCL-90-R gibt es erneut signifikante Zeiteffekte in der Varianzanalyse aller Datensätze (Tabelle 4.44).

Tabelle 4.44: RMANOVA für Unsicherheit (SCL-90-R), Soziophobiker

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA ²
COMPO	8	6,55	1,57	.017	0,48
LOCF	12	5,42	1,95	.013	0,33
PRÄ-CF	12	5,56	1,93	.012	0,34
ZW	12	5,30	1,90	.013	0,33

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Auffällig in den Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.45) ist, dass es nur vom Prä- zum Entlassungszeitpunkt Bonferoni-korrigierte Mittelwertsunterschiede gibt und keine signifikanten Unterschiede zwischen Prä- und Katamnesezeitpunkt.

Tabelle 4.45: Post-Hoc-Tests für Unsicherheit (SCL-90-R), Soziophobiker

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	8	5,16	7	<u>.001</u>	2,1	1,13	7	.295	0,8	-2,06	7	.078	0,9
LOCF	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,1	1,22	11	.248	0,4	-1,92	11	.081	0,7
PRÄ-CF	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,1	1,13	11	.284	0,4	-0,20	11	.071	0,7
ZW	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,1	1,49	11	.164	0,5	-1,62	11	.133	0,6

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanz sind unterstrichen.

Anhand der deskriptiven Statistik (Tabelle 4.46) ist zum einen die hohe Reduktion der Werte zum Entlassungszeitpunkt auffällig, zum anderen der deutliche Anstieg der Mittelwerte zum Follow-up, allerdings nicht bis auf das Ausgangsniveau; langfristig

also erhöht sich die sozial ängstliche Symptomatik im Katamnesezeitraum wieder deutlich. Zudem sind wiederum die deutlich erhöhten Ausgangswerte zu Beginn der Behandlung für die Stichprobe der Completer auffällig. Dieser Mittelwert wird in den anderen Matrizen durch Berücksichtigung aller Therapiebeender insgesamt geringer, die Streuung zum Aufnahmezeitpunkt größer.

Tabelle 4.46: Deskriptive Statistik für Unsicherheit (SCL-90-R), Soziophobiker

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
COMPO	8	2,53	0,64	1,17	0,97	2,04	1,19
LOCF	12	2,17	0,86	1,21	0,89	1,79	1,11
PRÄ-CF	12	2,17	0,86	1,21	0,89	1,84	1,09
ZW	12	2,17	0,86	1,21	0,89	1,74	1,09

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Bezüglich der Belastungstendenz in der Skala Unsicherheit gibt es nur in ZW signifikante Zeiteffekte (N:12; F:5,39; df: 1,90; $p=.015$) und einen Trend ($p=.090$) in LOCF.

Von den Soziophobie-Skalen SIAS und SPS gibt es nur im SPS signifikante Zeiteffekte bei eher anekdotisch geringer Fallzahl (Tabelle 4.47). Post-Hoc sind Unterschiede zwischen Prä- und Postzeitpunkt in den Ersatzdatenmatrizen erkennbar (T: 7,10; df: 2; $p=.019$), zwischen Prä- und Follow-up-Wert in LOCF und ZW (LOCF: T: 82,00; df: 2; $p=.000$; ZW: T:41,5; df:2; $p=0.001$; ES von 1,0 bis 1,8). Die deskriptive Statistik (Tabelle 4.48) verdeutlicht jedoch größere Differenzen zwischen Prä- und Entlassungszeitpunkt und eine Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt; die T-Tests fallen aufgrund deutlich unterschiedlicher Streuungen verschieden aus. Zudem ist hier ein Unterschied der Ausgangswerte bei COMP und den Ersatzdaten evident.

Tabelle 4.47: RMANOVA für SPS, Soziophobiker

<i>Matrix</i>	<i>N</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ETA²</i>
COMPO	2	n.b.			
LOCF	3	42,46	1,01	.022	0,96
PRÄ-CF	3	9,26	1,40	.060	0,82
ZW	3	40,89	1,03	.022	0,95

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. n.b.: nicht berechenbar.

Tabelle 4.48: Deskriptive Statistik für SPS, Soziophobiker

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	2	63,00	8,49	29,00	18,38	36,00	8,49
LOCF	3	53,33	17,79	21,33	18,58	26,00	18,33
PRÄ-CF	3	53,33	17,79	21,33	18,58	35,33	6,11
ZW	3	53,33	17,79	21,33	18,58	25,67	18,88

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrucher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In dem FSS-S gibt es in der einfaktoriellen Varianzanalyse keine signifikanten Zeiteffekte, ebenso wenig in SIAS (bei ebenfalls geringer Fallzahl von N=2).

Insgesamt muss anhand der varianzanalytischen Betrachtung der Patienten mit primärer sozialer Phobie festgehalten werden, dass sie kurzfristig profitieren, die Symptomatik während des Katamnesezeitraums aber wieder exazerbiert, in der Regel jedoch weiterhin deutlich unter dem Ausgangsniveau bleibt. Zeigen sie in der Gesamtgruppe der Angstpatienten bei den Angstskalen des SCL-90-R über die Zeit stabile Effekte, sind diese in den spezifisch soziophobischen Skalen vornehmlich nur vom Prä- zum Postzeitpunkt festzumachen, hier mitunter jedoch sehr signifikant. Soziophobische Patienten profitieren also zum Entlassungszeitpunkt, verschlechtern sich im Katamnesezeitraum, erreichen das Ausgangsniveau aber nicht.

4.1.4. Primäre Zwangssymptomatik

Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) war in den Kohorten 1999 und 2000 noch kein etabliertes Messinstrument, so dass die Datenlage bzgl. der Y-BOCS lückenhaft ist. Zwangspatienten zeigen in der Y-BOCS signifikante Zeiteffekte in der liberalen Matrix LOCF (N=6, F: 7,05, df: 1,04, p=.043; $\eta^2 = 0,56$) und in ZW (N=6, F: 8,09, df: 1,68, p=.013; $\eta^2 = 0,60$; ES von 0,8 bis 1,8). Dort ist auch der Post-Hoc-Test Prä-Post signifikant, allerdings nicht Bonferoni-korrigiert (N=6; T: 2,97, df: 5; p=.031), zudem liegt ein Trend Prä-Follow-up vor (T: 2,44; df: 5; p=.059). In ZW ist der Vergleich Prä-Follow-up signifikant, ebenfalls nicht Bonferoni-korrigiert (N=6; T: 2,20; df: 5; p=.018). Die deskriptive Statistik ist in Tabelle 4.49 abzulesen. Die größten Reduktionen sind demnach in LOCF zu verzeichnen, dort ist auch der Ausgangswert am geringsten, die geringsten Reduktionen zeigen sich in PRÄ-CF. Die Zufallsmatrix erscheint wieder als liberalste.

Tabelle 4.49: Deskriptive Statistik für Y-BOCS, Zwangspatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	3	24,00	3,61	17,67	3,06	18,33	4,04
LOCF	6	21,83	6,91	16,17	5,95	16,50	6,28
PRÄ-CF	6	23,67	4,50	19,00	2,76	20,83	5,38
ZW	6	23,67	4,50	19,00	2,76	15,33	1,75

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Unterschiedliche Mittelwerte Prä und Post aufgrund Missing Data.

Von den Skalen des HZI-K gibt es lediglich in der Skala Kontrollieren signifikante Zeiteffekte in der einfaktoriellen Varianzanalyse (Tabelle 4.50), in COMPO lediglich einen Trend.

Tabelle 4.50: RMANOVA für Kontrollieren des HZI-K, Zwangspatienten

<i>Matrix</i>	N	F	df	p	ETA²
COMPO	5	4,85	1,69	.053	0,55
LOCF	11	3,75	1,93	.043	0,27
PRÄ-CF	11	3,75	1,90	.044	0,27
ZW	11	3,90	1,85	.042	0,28

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Tabelle 4.51: Post-Hoc-Tests für Kontrollieren des HZI-K, Zwangspatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	5	3,81	4	.019	2,3	1,84	4	.140	1,3	-1,12	4	.324	-0,7
LOCF	11	2,51	10	.031	0,6	1,85	10	.095	0,4	-1,11	10	.294	-0,2
PRÄ-CF	11	2,51	10	.031	0,6	1,85	10	.095	0,4	-1,07	10	.311	-0,2
ZW	11	2,51	10	.031	0,6	2,68	10	.023	0,7	-0,27	10	.796	0,1

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Anhand der Tabellen 4.51 und 4.52 lässt sich zusammenfassen, dass die Zwangspatienten in Bezug auf das Kontrollieren zum Entlassungszeitpunkt profitieren, es zum Katamnesezeitpunkt jedoch wieder eine Verschlechterung gibt, allerdings unterhalb des Ausgangsniveaus. PRÄ-CF und LOCF unterscheiden sich hinsichtlich der Mittelwerte im Übrigen kaum, ZW erscheint wieder als liberalste Matrix.

Tabelle 4.52: Deskriptive Statistik für Kontrollieren (HZI-K), Zwangspatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	5	5,00	1,22	2,20	1,64	3,40	2,51
LOCF	11	5,00	2,19	3,64	2,73	4,18	2,75
PRÄ-CF	11	5,00	2,19	3,64	2,73	4,18	2,79
ZW	11	5,00	2,19	3,64	2,73	3,45	2,58

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In einer einfaktoriellen Varianzanalyse in der Skala Zwanghaftigkeit des SCL-90-R gibt es für die Zwangspatienten nur in LOCF und PRÄ-CF signifikante Zeiteffekte (LOCF: N=8; F: 3,92; df: 1,92; p=.047; η^2 : 0,36; PRÄ-CF: F: 7,32; df: 1,22; p=.022; η^2 : 0,51; ES von 0,4 für Prä-Follow-up und 0,6 Prä-Post) sowie Trends in den anderen Matrizen. Post-Hoc zeigen sich lediglich vom Prä- zum Postzeitpunkt signifikante Veränderungen (COMPO: N=5; T: 3,27; df: 4; p=.031; Ersatzdaten: T: 2,98; df: 7; p=.001; ES jeweils 2,2) und in PRÄ-CF auch vom Post- zum Katamnesezeitpunkt (T: 2,73; df:7; p=.029); sämtlich nicht Bonferoni-korrigiert. Deutlich wird anhand der deskriptiven Statistik (Tabelle 4.53) ein Anstieg der Symptomatik zum Katamnesezeitraum in COMPO und PRÄ-CF über den Ausgangswert hinaus, was in PRÄ-CF o.g. Signifikanzniveau erreicht.

Tabelle 4.53: Deskriptive Statistik für Zwanghaftigkeit (SCL-90-R), Zwangspatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	5	1,62	0,30	0,92	0,51	1,80	0,52
LOCF	8	1,66	0,32	0,96	0,53	1,51	0,66
PRÄ-CF	8	1,66	0,32	0,96	0,53	1,78	0,46
ZW	8	1,66	0,32	0,96	0,53	1,46	0,69

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Für die Belastungstendenz auf dieser Skala ergibt die RMANOVA signifikante Zeiteffekte in COMPO (N=5; F:7,36; df:4; p=.042; η^2 : 0,65) und PRÄ-CF (N=8; F:6,34; df: 1,24; p=.029; η^2 : 0,48). Post-Hoc zeigen sich nur zwischen Prä- und Follow-up sowie zwischen Post- und Follow-up signifikante Mittelwertsunterschiede (Tabelle 4.54).

Tabelle 4.54: Post-Hoc-Tests für Zwanghaftigkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), Zwangspatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
COMPO	5	1,55	4	.195	1,4	-4,81	4	<u>.009</u>	-1,6	-3,16	4	.034	1,5
LOCF	8	1,89	7	.100	1,5	-2,83	7	.826	0,2	-2,37	7	.049	1,0
PRÄ-CF	8	1,89	7	.100	1,5	-2,83	7	.026	0,9	-2,95	7	.021	1,4
ZW	8	1,89	7	.100	1,5	0,11	7	.918	0,1	-1,62	7	.423	0,8

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Diese resultieren in einem Anstieg der Belastung zum Katamnesezeitpunkt in nahezu allen Matrizen, wie Tabelle 4.55 veranschaulicht. Demnach leiden Zwangspatienten auf dieser Skala zum Katamnesezeitpunkt wieder unter mehr Symptomen als zu Beginn der Behandlung.

Tabelle 4.55: Deskriptive Statistik für Zwanghaftigkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), Zwangspatienten

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO	5	7,60	1,14	6,00	2,34	9,40	0,89
LOCF	8	7,75	1,28	5,88	2,17	8,00	2,39
PRÄ-CF	8	7,75	1,28	5,88	2,17	8,88	1,36
ZW	8	7,75	1,28	5,88	2,17	7,63	2,77

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Insgesamt betrachtet profitieren Zwangspatienten vorrangig zum Entlassungszeitpunkt und verschlechtern sich wieder zum Katamnesezeitpunkt, in den SCL-Skalen über den Ausgangswert hinaus, in den spezifischeren Symptomskalen bleiben sie auf lange Sicht aber unterhalb des Ausgangswertes.

4.2. Methodenstabile Ergebnisse in Skalen für die allgemeine Psychopathologie

Es gibt keine Skala, die in der Kovarianzanalyse in *allen* Datenmatrizen signifikante Zeit- oder Interaktionseffekte aufweist. Bezüglich der Depression als Ausdruck allgemeiner Psychopathologie ergibt eine mehrfaktorielle Kovarianzanalyse mit den Faktoren Zeit, Diagnosegruppe und der Kovariate Alter für den BDI in keiner Matrix signifikante Effekte (in einfaktoriellen Varianzanalysen für jede Diagnosegruppe gibt es bei Angst- und depressiven Patienten durchweg hoch signifikante Zeiteffekte und bei den Soziophobikern in fast allen Matrizen signifikante Zeiteffekte). Demnach lassen sich in Bezug auf die Depressivität für die nach Diagnosegruppen differenzierte Gesamtgruppe keine Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt feststellen. Da das Depressionsausmaß für alle Gruppen von Interesse ist, sollen hier dennoch die deskriptiven Werte aufgeführt werden (Tabelle 4.56)

Tabelle 4.56: Deskriptive Statistik BDI, alle Diagnosegruppen

COMPO	N	Prä		Post		Follow-up	
		M	SD	M	SD	M	SD
Depression	27	21,48	9,39	12,59	9,83	12,15	13,75
Angststörung	15	19,73	8,22	9,20	7,22	7,87	3,83
Soziale Phobie	3	32,33	7,51	11,00	4,58	30,33	3,21
Zwangsstörung	3	16,33	6,03	7,00	7,81	13,67	4,51
Sonstige	3	18,00	17,78	15,33	18,34	21,33	17,62
COMPM							
Depression	29	22,45	10,22	14,17	11,58	13,69	14,45
Angststörung	17	21,12	8,64	11,82	10,04	12,18	12,69
LOCF							
Depression	39	24,08	11,18	15,10	12,84	14,74	14,85
Angststörung	28	22,46	10,39	14,14	11,41	14,36	12,84
Soziale Phobie	8	26,38	10,50	11,38	6,00	18,75	11,39
Zwangsstörung	7	18,86	8,49	11,57	8,73	14,43	6,70
Sonstige	6	25,33	14,73	20,33	13,59	13,33	12,21
PRÄ-CF							
Depression	28	24,08	10,39	14,14	11,41	17,56	15,45
Angststörung	28	22,46	10,39	14,14	11,41	17,04	13,93
Soziale Phobie	8	26,38	10,50	11,38	6,00	25,75	9,42
Zwangsstörung	7	18,86	8,49	11,57	8,73	17,71	8,69
Sonstige	6	25,33	14,73	20,33	13,59	27,00	13,74
ZW							
Depression	28	24,08	10,39	14,14	11,41	16,08	14,70
Angststörung	28	22,46	10,39	14,14	11,41	12,82	12,58
Soziale Phobie	8	26,38	10,50	11,38	6,00	20,25	11,03
Zwangsstörung	7	18,86	8,49	11,57	8,73	16,86	7,88
Sonstige	6	25,33	14,73	20,33	13,59	16,50	13,58

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Auffällig ist eine deutliche Reduktion der Werte bei allen Gruppen zum Postzeitpunkt und der Rückfall der soziophobische Patienten und z.T. Zwangspatienten und „Sonstige“ in allen Matrizen wieder nahe an den Ausgangswert. Diese Gruppen haben jedoch auch nur geringe Fallzahlen. Andererseits verbessern sich in COMPO primär depressive und Angstpatienten kontinuierlich über den Katamnesezeitraum. Inferenzstatistisch ist dies jedoch wegen mangelnder Zeiteffekte in der Kovarianzanalyse nicht abgesichert. Für die T-Tests der Mittelwerte in den Diagnosegruppen sei die konservative Matrix Prä-CF angeführt: hier zeigen sich für die Gruppen der Depressiven und Angstpatienten zwischen dem Prä- und Post- sowie dem Prä- und Katamnesezeitpunkt hoch signifikante bis sehr signifikante Mittelwertsunterschiede und keine zwischen Post- und Katamnesezeitpunkt. Soziophobiker unterscheiden sich in den Mittelwerten zwischen Prä- und Postzeitpunkt sowie zwischen Post- und Katamnesezeitpunkt, Zwangspatienten zwischen Prä- und Post-, „sonstige“ Patienten zwischen Post- und Katamnesezeitpunkt.

In der Depressivitätsskala des SCL-90 gibt es in der Kovarianzanalyse mit dem Faktor Diagnosegruppe ebenfalls keine signifikanten Effekte. In einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Gesamtstichprobe ohne Diagnosegruppen als Stratifikationsvariable zeigt sich indes in allen Matrizen ein signifikanter Zeiteffekt (beispielhaft: PRÄ-CF: $N=61$; $F: 18.63$; $df: 1,99$; $p=.000$; $ETA^2: 0,24$). Dies gilt auch für die Belastungstendenz bezüglich der Depressivität. Dabei sind jedoch keine Schlussfolgerungen über den Einfluss der Zugehörigkeit zur Diagnosegruppe möglich, so dass im Weiteren die Ergebnisse der mehrfaktoriellen *Kovarianzanalyse* vorgestellt werden sollen. Aufgeführt werden Skalen, in denen signifikante Effekte primär in möglichst vielen Ersatzdatensätzen und sekundär in den Completermatrizen vorliegen.

Die für die Tageskliniklientel relativ unspezifische Skala Psychotizismus des SCL-90-R zeigt in der Kovarianzanalyse die methoden- bzw. matrizenstabilsten Ergebnisse aller Fragebögen und Skalen. Hier weisen bis auf die konservative Matrix PRÄ-CF alle Matrizen signifikante Zeit- bzw. Interaktionseffekte auf (vgl. Tabelle 4.57). Demnach scheint es für alle Patienten der VTTK Verbesserungen bzgl. des Erlebens von Entfremdung und Isolation zu geben.

Tabelle 4.57: RMANCOVA für Psychotizismus (SCL-90-R)

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (43)	0,17	3	.914	3,65	1,97	.032	2,14	5,91	.060
COMPM (44)	0,17	3	.917	3,73	1,97	.030	2,25	5,91	.049
LOCF (61)	0,35	4	.847	3,38	1,96	.039	1,56	7,85	.147
PRÄ-CF (61)	0,25	4	.909	2,19	1,98	.118	1,27	7,91	.269
ZW (61)	0,38	4	.826	3,64	1,99	.030	1,58	7,97	.141

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (43)	3,88	1,97	.026	0,14	3	.937	0,62	1	.437
COMPM (42)	4,00	1,97	.023	0,13	3	.940	0,67	1	.420
LOCF (61)	2,19	1,96	.118	0,34	4	.851	1,80	1	.186
PRÄ-CF (61)	1,35	1,98	.264	0,28	4	.890	1,40	1	.243
ZW (61)	2,31	1,99	.105	0,38	4	.823	1,82	1	.183

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Die Post-Hoc-Tests und deskriptiven Statistiken seien hier wegen der geringen Bedeutung der Skala für die Klientel der VTTK nur grob referiert. In den Post-Hoc-Tests ist in allen Matrizen auffällig, dass allein die primären Angstpatienten sich stetig bis zum Katamnesezeitpunkt und auch jeweils (Bonferoni-korrigiert) signifikant verbessern. Zum Entlassungszeitpunkt verbessern sich Soziophobiker ebenfalls signifikant. Sie besitzen die höchsten Ausgangswerte, die größten Mittelwertdifferenzen Prä-Post und wieder signifikante Verschlechterungen zum Katamnesezeitpunkt, jeweils in allen Matrizen.

Die Skala Unsicherheit des SCL-90-R bietet die meisten signifikanten Zeiteffekte in der Ersatzdatenanalyse sowie Trends in der Completeranalyse (vgl. Tabelle 4.58). Demnach reduziert sich die generelle soziale Unsicherheit bei Patienten unabhängig von Alter und Diagnosegruppe über die Zeit.

Tabelle 4.58: RMANCOVA für Unsicherheit (SCL-90-R)

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (43)	0,13	3	.940	2,67	1,92	.079	1,34	5,77	.252
COMPM (42)	0,13	3	.944	2,79	1,92	.070	1,40	5,77	.229
LOCF (61)	0,43	4	.789	5,38	1,92	.007	1,57	7,66	.147
PRÄ-CF (61)	0,17	4	.955	3,81	2,00	.025	1,52	7,99	.161
ZW (61)	0,30	4	.876	4,08	1,95	.021	1,48	7,79	.176

Fortsetzung Tabelle 4.58

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (43)	1,08	1,92	.345	0,21	3	.889	0,07	1	.796
COMPM (44)	1,16	1,92	.317	0,20	3	.896	0,08	1	.778
LOCF (61)	2,36	1,92	.102	0,53	4	.714	0,48	1	.492
PRÄ-CF (61)	1,18	2,00	.312	0,35	4	.842	0,10	1	.751
ZW (61)	1,44	1,95	.241	0,40	4	.808	0,24	1	.629

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Anhand der Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.59) wird wiederum deutlich, dass sich in allen Matrizen die Patienten mit einer primären Angststörung zum Katamnesezeitpunkt signifikant verbessern, jeweils Bonferoni-korrigiert. Primär soziophobische Patienten profitieren zum Entlassungszeitpunkt Bonferoni-korrigiert signifikant, jedoch nicht langfristig.

Tabelle 4.59: Post-Hoc-Tests für Unsicherheit (SCL-90-R)

	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
<i>T-Test COMPO</i>													
Depression	18	2,08	17	.053	0,4	1,06	17	.303	0,3	-0,60	17	.556	0,1
Angststörung	11	2,90	10	<u>.015</u>	0,8	3,41	10	<u>.006</u>	0,8	0,50	10	.629	0,1
Soziale Phobie	7	5,16	6	<u>.001</u>	2,1	1,13	6	.295	0,8	-2,06	6	.078	0,9
Zwangsstörung	4	1,19	3	.301	0,4	-0,84	3	.451	0,5	-2,20	3	.093	1,0
Sonstige	1												
<i>T-Test COMPM</i>													
Depression	19	2,07	18	.053	0,4	1,22	18	.237	0,3	-0,43	18	.675	0,1
<i>T-Test LOCF</i>													
Depression	23	2,21	22	.038	0,3	1,35	22	.191	0,3	-0,43	22	.673	0,1
Angststörung	15	3,09	14	<u>.008</u>	0,7	3,56	14	<u>.003</u>	0,7	0,50	14	.625	0
Soziale Phobie	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,1	1,22	11	.248	0,4	-1,92	11	.081	0,7
Zwangsstörung	8	1,43	7	.196	0,5	0,41	7	.695	0,2	-1,91	7	.098	0,7
Sonstige	2	3,58	2	.070	1,7	1,67	2	.237	1,3	-1,00	2	.423	0,6
<i>T-Test PRÄ-CF</i>													
Depression	23	2,21	22	.038	0,3	1,22	22	.235	0,2	-0,55	22	.588	0,1
Angststörung	15	3,09	14	<u>.008</u>	0,7	3,13	14	<u>.007</u>	0,7	-0,29	14	.774	0
Soziale Phobie	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,1	1,13	11	.284	0,4	-2,00	11	.071	0,7
Zwangsstörung	8	1,43	7	.196	0,5	-0,85	7	.425	0,2	-1,97	7	.090	1,5
Sonstige	2	3,58	2	.070	1,7	-1,00	2	.423	0	-3,63	2	.068	2,4
<i>T-Test ZW</i>													
Depression	23	2,21	22	.038	0,3	1,52	22	.144	0,3	-0,25	22	.804	0
Angststörung	15	3,09	14	<u>.008</u>	0,7	3,36	14	<u>.005</u>	0,7	0,01	14	.992	0
Soziale Phobie	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,1	1,49	11	.164	0,5	-1,62	11	.133	0,6
Zwangsstörung	8	1,43	7	.196	0,5	0,53	7	.615	0,3	-1,23	7	.259	0,6

Fortsetzung Tabelle 4.59

Sonstige	2	3,58	2	.070	1,7	1,40	2	.296	0,5	-7,56	2	.017	1,6
----------	---	------	---	------	-----	------	---	------	-----	-------	---	------	-----

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Die deskriptive Statistik (Tabelle 4.60) verdeutlicht diesen Umstand: Soziophobiker reduzieren zum Entlassungszeitpunkt die Symptome in allen Matrizen um durchschnittlich etwa die Hälfte und verschlechtern sich zum Follow-up wieder, wobei sie jedoch in keiner Matrix den Ausgangswert erreichen.

Tabelle 4.60: Deskriptive Statistik Unsicherheit (SCL-90-R)

Matrix	Prä			Post		Follow-up	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO							
Depression	18	1,30	0,72	0,99	0,92	1,10	0,97
Angststörung	12	1,67	1,01	0,89	0,87	0,84	0,81
Soziale Phobie	8	2,53	0,64	1,17	0,97	2,04	1,19
Zwangsstörung	5	0,91	0,53	0,69	0,46	1,16	0,26
Sonstige	1	1,88		1,11		1,89	
COMPM							
Depression	19	1,30	0,70	1,01	0,90	1,08	0,95
LOCF							
Depression	23	1,32	0,78	1,06	0,95	1,12	0,99
Angststörung	15	1,48	0,99	0,79	0,81	0,75	0,75
Soziale Phobie	12	2,17	0,86	1,21	0,89	1,79	1,11
Zwangsstörung	8	1,21	0,88	0,77	0,40	1,06	0,28
Sonstige	3	1,70	0,63	0,63	0,45	0,89	0,89
PRÄ-CF							
Depression	23	1,32	0,78	1,06	0,95	1,14	0,98
Angststörung	15	1,48	0,99	0,79	0,81	0,81	0,74
Soziale Phobie	12	2,17	0,86	1,21	0,89	1,84	1,08
Zwangsstörung	8	1,21	0,88	0,77	0,40	1,36	0,75
Sonstige	3	1,70	0,63	0,63	0,45	1,70	0,63
ZW							
Depression	23	1,32	0,78	1,06	0,95	1,10	1,00
Angststörung	15	1,48	0,99	0,79	0,81	0,78	0,74
Soziale Phobie	12	2,17	0,86	1,21	0,89	1,74	1,09
Zwangsstörung	8	1,21	0,88	0,77	0,40	0,99	0,40
Sonstige	3	1,70	0,63	0,63	0,45	1,37	0,56

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Ebenfalls signifikante Zeiteffekte in allen Ersatzdaten-Matrizen zeigt die Skala 4 des FSS-P (situationsspezifische Ängste), die hier als allgemeine Psychopathologie-

Skala aufgefasst werden soll, da keine Person mit einer primären spezifischen Phobie diagnostiziert und behandelt wurde. Dennoch verändern sich in den Ersatzdaten die Werte über die Zeit. Erwartungsgemäß ist der signifikante Effekt jedoch in der Prä-CF-Matrix am schwächsten. Interaktionseffekte sind allein in der Completerstichprobe (leicht) signifikant (vgl. Tabelle 4.61).

Tabelle 4.61: RMANCOVA für FSSP4 (Situationsspezifische Ängste)

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (38)	0,24	2	.791	0,12	1,94	.885	2,69	3,87	.041
COMPM (44)	0,61	2	.549	0,14	1,87	.854	2,14	3,74	.090
LOCF (72)	0,40	4	.811	4,56	1,71	.017	1,14	6,85	.344
PRÄ-CF (72)	0,56	4	.690	3,15	1,99	.047	1,45	7,96	.183
ZW (72)	0,35	4	.845	4,71	1,93	.012	3,73	7,71	.001

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (38)	0,82	1,94	.815	0,09	2	.914	0,00	1	.998
COMPM (44)	0,20	1,87	.807	0,30	2	.744	0,01	1	.936
LOCF (72)	2,90	1,71	.068	0,26	4	.905	0,53	1	.469
PRÄ-CF (72)	1,70	1,99	.187	0,41	4	.805	1,08	1	.302
ZW (72)	1,94	1,93	.150	0,20	4	.937	0,76	1	.388

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

In den Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.62) ist wiederum deutlich, dass sich in allen Matrizen Patienten mit einer primären Angststörung nach dem Entlassungszeitpunkt weiter signifikant verbessern. Primär depressive Patienten profitieren in den meisten Matrizen von Prä nach Post, allerdings nicht Bonferoni-korrigiert.

Tabelle 4.62: Post-Hoc-Tests für FSS-P4 (Situationsspezifische Ängste)

	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	<i>N</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
<i>T-Test COMPO</i>													
Depression	14	2,38	14	.032	0,3	2,02	14	.063	0,4	0,11	14	.911	0
Angststörung	19	3,71	19	.001	0,6	6,20	19	.000	1,0	2,53	19	.021	0,4
Soziale Phobie	2	0,80	2	.506	0,4	-1,99	2	.185	1,0	-3,84	2	.062	8
Zwangsstörung	-												
Sonstige	1												
<i>T-Test COMPM</i>													
Depression	17	2,33	16	.033		1,69	16	.111		0,26	16	.801	
Angststörung	22	3,60	21	.002		5,17	21	.000		2,16	16	.042	
<i>T-Test LOCF</i>													
Depression	25	1,71	24	.099	0,2	1,391	24	.177	0,2	-0,26	24	.798	0

Fortsetzung Tabelle 4.62

Angststörung	34	4,01	33	<u>.000</u>	0,5	5,09	33	<u>.000</u>	0,7	2,10	33	.043	0,2
Soziale Phobie	6	0,54	5	.506	0,1	-1,43	5	.212	0,4	-1,98	5	.104	0,4
Zwangsstörung	3	n.b.			1,4				1,4				0
Sonstige	3	.056	2	.635	0,2	0,14	2	.899	0,1	-1,00	2	.423	0,3

T-Test PRÄ-CF

Depression	25	1,71	24	.099	0,2	1,44	24	.163	0,2	-0,44	24	.661	0
Angststörung	34	4,01	33	<u>.000</u>	0,5	4,33	33	<u>.000</u>	0,6	1,05	33	.302	0,1
Soziale Phobie	6	0,54	5	.611	0,1	-1,58	5	.176	0,4	-1,61	5	.169	0,4
Zwangsstörung	3	n.b.			1,4				0				0,9
Sonstige	3	.056	2	.635	0,2	-1,00	2	.423	0,2	-1,66	2	.238	1,0

T-Test ZW

Depression	25	1,71	24	.099	0,2	2,06	24	.050	0,3	0,74	24	.467	0,1
Angststörung	34	4,01	33	<u>.000</u>	0,5	5,81	33	<u>.000</u>	0,8	2,84	33	.008	0,3
Soziale Phobie	6	0,54	5	.611	0,1	-0,91	5	.406	0,3	-0,98	5	.371	0,3
Zwangsstörung	3	1,41	3	.252	1,4	1,37	3	.264	3,9	0,91	3	.429	1,6
Sonstige	3	.056	2	.635	0,2	0,52	2	.658	0,4	0,48	2	.678	0,5

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. n.b.: nicht berechenbar. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

In Tabelle 4.63 lässt sich aus der deskriptiven Statistik ablesen, dass die primären Angstpatienten selbst in der konservativen Matrix Prä-CF die Werte zum Katamnesezeitpunkt weiter reduzieren. Auffällig ist auch, dass die soziophobischen Patienten zum Katamnesezeitpunkt wiederum einen Anstieg der Symptomatik aufweisen und dass Zwangspatienten trotz der hohen Ausgangssymptomatik, die möglicherweise Ausdruck einer phänomenalen Nähe zwischen spezifischen Situationsängsten und Zwangssymptomatik ist, diese nur geringfügig bis gar nicht reduzieren.

Tabelle 4.63: Deskriptive Statistik für FSSP4 (Situationsspezifische Ängste)

Matrix	Prä			Post		Follow-up	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO							
Depression	15	11,63	7,82	8,93	7,58	8,83	7,75
Angststörung	20	16,98	7,38	12,25	7,25	9,45	5,34
Soziale Phobie	3	13,33	5,69	11,00	1,00	19,00	4,58
Zwangsstörung	-						
Sonstige	1	7,00		10,00		14,00	
COMPM							
Depression	17	12,09	8,01	9,71	8,01	9,91	8,35
Angststörung	22	17,84	7,56	13,55	8,07	11,23	7,73
LOCF							
Depression	25	13,18	7,94	11,48	7,78	11,62	7,99
Angststörung	34	18,37	7,35	14,96	8,07	13,46	8,21
Soziale Phobie	6	14,33	7,69	13,33	9,03	17,33	9,29
Zwangsstörung	4	17,00	1,41	15,00	2,16	15,00	2,16
Sonstige	3	16,67	10,02	14,67	4,16	16,00	2,00

Fortsetzung Tabelle 4.63

PRÄ-CF							
Depression	25	13,18	7,94	11,48	7,78	11,86	8,52
Angststörung	34	18,37	7,35	14,96	8,07	14,09	8,40
Soziale Phobie	6	14,33	7,69	13,33	9,03	17,17	7,57
Zwangsstörung	4	17,00	1,41	15,00	2,16	17,00	1,41
Sonstige	3	16,67	10,02	14,67	4,16	19,00	7,00
ZW							
Depression	25	13,18	7,94	11,48	7,78	10,90	7,70
Angststörung	34	18,37	7,35	14,96	8,07	12,62	7,90
Soziale Phobie	6	14,33	7,69	13,33	9,03	16,33	7,87
Zwangsstörung	4	17,00	1,41	15,00	2,16	11,50	7,19
Sonstige	3	16,67	10,02	14,67	4,16	12,67	4,16

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

In der Kovarianzanalyse gibt es signifikante Zeiteffekte in allen Ersatzdatenmatrizen (nicht in den Completermatrizen) zudem in der Skala „Nicht-Nein-Sagen Können“ des U-Fb (vgl. Tabelle 4.64).

Tabelle 4.64: RMANCOVA für Nicht-Nein-Sagen Können (U-Fb)

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (69)	0,10	4	.981	2,23	1,97	.113	0,96	7,89	.481
COMPM (75)	0,09	4	.986	2,10	1,94	.129	0,88	7,75	.529
LOCF (117)	0,41	4	.802	4,68	1,84	.012	2,14	7,35	.038
PRÄ-CF (117)	0,59	4	.671	4,18	1,98	.017	1,53	7,92	.151
ZW (117)	0,55	4	.703	3,75	1,86	.028	1,34	7,44	.230

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (69)	0,58	1,97	.582	0,34	4	.851	0,39	1	.534
COMPM (75)	0,58	1,94	.557	0,27	4	.895	0,49	1	.486
LOCF (117)	1,57	1,84	.213	0,45	4	.771	0,74	1	.390
PRÄ-CF (117)	1,66	1,98	.193	0,74	4	.568	0,81	1	.370
ZW (117)	0,80	1,86	.443	0,57	4	.682	0,49	1	.487

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. In LOCF signifikante Interaktion Zeit x Gruppe x Alter.

Die Post-Hoc-Tests (Tabelle 4.65) zeigen in allen Matrizen für die primären Depressiven und Angststörungen sowie in den liberalen Matrizen LOCF und ZW auch für die Soziophobiker Bonferoni-korrigierte signifikante Effekte zwischen Prä- und Post- sowie Prä- und Katamnesezeitpunkt sowie geringere Signifikanzen zwischen Post- und Katamnesezeitpunkt.

Tabelle 4.65: Post-Hoc-Tests für Nicht-Nein-Sagen (U-Fb)

	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
<i>T-Test COMPO</i>													
Depression	30	4,07	29	<u>.000</u>	0,6	4,72	29	<u>.000</u>	0,8	1,40	29	.171	0,2
Angststörung	21	2,88	20	<u>.009</u>	0,9	4,63	20	<u>.000</u>	0,9	2,15	20	.044	0,5
Soziale Phobie	9	3,12	8	<u>.014</u>	0,4	2,59	8	.032	0,4	-2,64	8	.030	0,5
Zwangsstörung	5	0,53	4	.619	0,4	1,99	4	.118	0,4	0,56	4	.606	0,2
Sonstige	4	0,21	3	.848	1,0	-1,06	3	.369	1,0	-2,95	3	.060	1,1
<i>T-Test COMPM</i>													
Depression	33	3,31	32	<u>.002</u>	0,5	4,29	32	<u>.000</u>	0,7	1,69	32	.100	0,2
Angststörung	24	2,82	23	<u>.010</u>	0,4	4,51	23	<u>.000</u>	0,6	2,26	23	.034	0,2
<i>T-Test LOCF</i>													
Depression	46	2,96	45	<u>.005</u>	0,4	3,81	45	<u>.000</u>	0,5	1,68	45	.100	0,2
Angststörung	36	2,91	35	<u>.006</u>	0,4	4,22	35	<u>.000</u>	0,6	2,20	35	.035	0,3
Soziale Phobie	15	3,58	14	<u>.003</u>	0,8	3,15	14	<u>.007</u>	0,5	-2,33	14	.035	0,4
Zwangsstörung	12	0,37	11	.721	0,1	0,74	11	.474	0,1	0,59	11	.570	0
Sonstige	8	0,76	7	.474	0,3	-0,17	7	.870	0,1	-2,04	7	.081	0,4
<i>T-Test PRÄ-CF</i>													
Depression	46	2,96	45	<u>.005</u>	0,4	4,00	45	<u>.000</u>	0,5	1,41	45	.166	0,2
Angststörung	36	2,91	35	<u>.006</u>	0,4	3,99	35	<u>.000</u>	0,6	1,72	35	.095	0,2
Soziale Phobie	15	3,58	14	<u>.003</u>	0,8	2,30	14	.038	0,3	-3,23	14	<u>.006</u>	0,6
Zwangsstörung	12	0,37	11	.721	0,1	1,69	11	.118	0,1	0,30	11	.772	0
Sonstige	8	0,76	7	.474	0,3	-1,05	7	.330	0,4	-2,04	7	.080	0,6
<i>T-Test ZW</i>													
Depression	46	2,96	45	<u>.005</u>	0,4	5,43	45	<u>.000</u>	0,8	3,29	45	<u>.002</u>	0,5
Angststörung	36	2,91	35	<u>.006</u>	0,4	5,15	35	<u>.000</u>	0,8	3,29	35	<u>.002</u>	0,5
Soziale Phobie	15	3,58	14	<u>.003</u>	0,8	3,60	14	<u>.003</u>	1,0	0,49	14	.632	0,2
Zwangsstörung	12	0,37	11	.721	0,1	2,59	11	.025	0,7	2,41	11	.035	0,7
Sonstige	8	0,76	7	.474	0,3	-0,86	7	.419	0,3	-1,93	7	.094	0,6

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Anhand der Mittelwerte der einzelnen Diagnosegruppen (Tabelle 4.66) zeigt sich, dass die signifikanten Veränderungen zwischen Post- und Follow-up bei Angst- und Depressiven Patienten auf Verbesserungen der Symptomatik zurückzuführen sind, bei den Soziophobikern wieder auf eine Verschlechterung, die jedoch nirgendwo das Ausgangsniveau erreicht.

Tabelle 4.66: Deskriptive Statistik Nicht-Nein-Sagen (U-Fb)

<i>Matrix</i>	<i>Prä</i>			<i>Post</i>		<i>Follow-up</i>	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
<i>COMPO</i>							
Depression	30	31,63	10,30	25,50	10,73	23,14	11,55
Angststörung	21	26,17	11,45	19,53	8,17	15,38	9,87
Soziale Phobie	9	35,93	11,16	26,20	10,31	31,33	10,20

Fortsetzung Tabelle 4.66

Zwangsstörung	5	30,00	5,52	28,60	5,54	27,60	5,86
Sonstige	4	20,43	5,77	19,28	6,31	26,00	5,72
COMPM							
Depression	33	31,97	10,44	26,88	11,34	24,25	11,93
Angststörung	24	27,19	11,31	21,38	9,45	17,32	10,67
LOCF							
Depression	46	29,61	10,62	25,84	10,60	23,95	10,93
Angststörung	36	28,29	11,04	24,00	10,74	21,29	12,24
Soziale Phobie	15	32,83	9,82	24,79	8,78	27,87	9,59
Zwangsstörung	12	27,75	10,22	27,17	9,44	26,75	8,94
Sonstige	8	24,96	7,80	22,26	8,91	25,63	8,14
PRÄ-CF							
Depression	46	29,61	10,62	25,84	10,60	24,07	11,05
Angststörung	36	28,29	11,04	24,00	10,74	21,71	12,23
Soziale Phobie	15	32,83	9,82	24,79	8,78	30,07	8,47
Zwangsstörung	12	27,75	10,22	27,17	9,44	26,75	10,12
Sonstige	8	24,96	7,80	22,26	8,91	27,75	6,36
ZW							
Depression	46	29,61	10,62	25,84	10,60	21,02	12,59
Angststörung	36	28,29	11,04	24,00	10,74	19,04	11,80
Soziale Phobie	15	32,83	9,82	24,79	8,78	23,20	14,21
Zwangsstörung	12	27,75	10,22	27,17	9,44	20,50	13,38
Sonstige	8	24,96	7,80	22,26	8,91	27,50	6,30

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Ebenfalls einige signifikante Zeiteffekte in der Kovarianzanalyse weist die Skala des U-Fb Fehlschlag- und Kritikangst auf (Tabelle 4.67). Interessanterweise ist in der Ersatzdatenanalyse LOCF nur ein Trend zu verzeichnen, in den anderen Ersatzdatenmatrizen ist der Zusammenhang jedoch signifikant. Offenkundig ist der Ersatz der fehlenden Daten mit Prä-Werten in dieser Skala liberaler, d.h. dass die fehlenden Patienten offensichtlich weniger Defizite in diesem Bereich aufwiesen.

Tabelle 4.67: RMANCOVA für Fehlschlag- und Kritikangst (U-Fb)

Matrix (N)	Faktor Gruppe			Faktor Zeit			Zeit x Gruppe		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (69)	0,28	4	.893	2,23	1,99	.112	0,58	1,95	.789
COMPM (75)	0,29	4	.886	1,96	1,92	.146	0,52	7,69	.834
LOCF (117)	0,74	4	.564	2,79	1,79	.070	0,54	7,16	.535
PRÄ-CF (117)	0,56	4	.694	7,40	2,00	.001	1,19	7,99	.305
ZW (117)	0,29	4	.882	9,02	1,94	.000	1,84	7,78	.074

Fortsetzung Tabelle 4.67

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (69)	0,70	1,99	.497	0,66	4	.623	1,25	1	.268
COMPM (75)	0,74	1,92	.475	0,65	4	.627	0,99	1	.323
LOCF (117)	1,01	1,79	.359	0,96	4	.432	0,72	1	.397
PRÄ-CF (117)	4,44	2,00	.013	0,89	4	.474	0,14	4	.708
ZW (117)	3,06	1,94	.050	0,45	4	.772	0,21	1	.649

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Bonferoni-korrigiert weisen depressive Patienten, Angstpatienten und Soziophobiker signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Werten zu Behandlungsbeginn und zum Entlassungszeitpunkt auf, wie Tabelle 4.68 veranschaulicht. Die beiden ersten Diagnosegruppen unterscheiden sich auch im Follow-up-Wert signifikant vom Prä-Wert, die Soziophobiker nur in Trends; sie weisen zudem Trends auf zwischen Post- und Katamnesewert. Zwangspatienten und „Sonstige“ profitieren nicht signifikant.

Tabelle 4.68: Post-Hoc-Tests für Fehlschlag- und Kritikangst (U-Fb)

	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
<i>T-Test COMPO</i>													
Depression	30	4,70	29	<u>.000</u>	0,9	4,46	29	<u>.000</u>	1,1	0,77	29	.446	0,1
Angststörung	21	2,83	20	<u>.010</u>	0,5	5,37	20	<u>.000</u>	0,8	2,97	20	<u>.008</u>	0,3
Soziale Phobie	9	3,64	8	<u>.007</u>	1,7	2,06	8	.074	0,6	-2,22	8	.067	0,7
Zwangsstörung	5	2,29	4	.084	0,8	2,23	4	.090	0,6	-0,61	4	.578	0,1
Sonstige	4	0,07	3	.950	0	-0,90	3	.434	0,3	-2,14	3	.122	0,5
<i>T-Test COMPM</i>													
Depression	33	3,42	32	<u>.002</u>	0,7	3,70	32	<u>.001</u>	0,9	0,96	32	.342	0,2
Angststörung	24	2,77	23	<u>.011</u>	0,4	3,59	23	<u>.002</u>	0,6	1,55	23	.136	0,2
<i>T-Test LOCF</i>													
Depression	46	3,28	45	<u>.002</u>	0,5	3,54	45	<u>.001</u>	0,6	0,96	45	.340	0,1
Angststörung	36	2,75	35	<u>.009</u>	0,3	3,42	35	<u>.002</u>	0,5	1,53	35	.135	0,1
Soziale Phobie	15	2,82	14	<u>.014</u>	1,0	1,72	14	.108	0,6	-1,96	14	.070	0,5
Zwangsstörung	12	1,18	11	.262	0,2	1,05	11	.315	0,1	-0,63	11	.541	0
Sonstige	8	0,18	7	.862	0	-0,68	7	.519	0,2	-1,74	7	.125	0,2
<i>T-Test PRÄ-CF</i>													
Depression	46	3,28	45	<u>.002</u>	0,5	4,17	45	<u>.000</u>	0,7	1,38	45	.175	0,2
Angststörung	36	2,75	35	<u>.009</u>	0,3	3,41	35	<u>.002</u>	0,5	1,22	35	.229	0,1
Soziale Phobie	15	2,82	14	<u>.014</u>	1,0	1,83	14	.088	0,4	-1,69	14	.114	0,6
Zwangsstörung	12	1,18	11	.262	0,2	1,11	11	.289	0,2	0,21	11	.863	0
Sonstige	8	0,18	7	.862	0	0,59	7	.862	0,2	0,50	7	.631	0,2
<i>T-Test ZW</i>													
Depression	46	3,28	45	<u>.002</u>	0,5	5,77	45	<u>.000</u>	1,0	3,04	45	<u>.003</u>	0,5
Angststörung	36	2,75	35	<u>.009</u>	0,3	4,73	35	<u>.009</u>	0,6	3,07	35	<u>.004</u>	0,3
Soziale Phobie	15	2,82	14	<u>.014</u>	1,0	2,97	14	<u>.010</u>	1,0	-0,03	14	.019	0

Fortsetzung Tabelle 4.68

Zwangsstörung	12	1,18	11	.262	0,2	3,61	11	<u>.004</u>	0,6	2,75	11	.019	0,6
Sonstige	8	0,18	7	.862	0	0,99	7	.355	0,5	0,87	7	.411	0,5

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Die deskriptive Statistik (Tabelle 4.69) bestätigt erneut, dass Angst- und depressive Patienten sich zur Entlassung verbessern und stabil bleiben, Zwangspatienten i.d.R. die Werte des Entlassungszeitpunktes halten und Soziophobiker sich zum Katamnesezeitpunkt wieder verschlechtern, das Ausgangsniveau aber in keinem Fall erreichen.

Tabelle 4.69: Deskriptive Statistik für Fehlschlag- und Kritikangst (U-Fb)

Matrix	Prä			Post		Follow-up	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO							
Depression	30	45,77	13,48	33,72	16,96	31,27	17,45
Angststörung	21	38,65	20,02	29,06	18,51	22,81	15,13
Soziale Phobie	9	61,89	9,57	46,04	13,35	55,89	10,84
Zwangsstörung	5	52,30	10,01	44,60	8,76	45,80	11,26
Sonstige	4	37,02	25,60	36,50	17,48	44,50	11,33
COMPM							
Depression	33	45,76	14,29	36,02	17,93	33,22	18,07
Angststörung	24	39,78	19,71	31,39	19,18	27,50	19,05
LOCF							
Depression	46	43,63	15,41	36,30	16,87	34,29	17,06
Angststörung	36	43,32	18,99	36,98	19,31	34,39	20,08
Soziale Phobie	16	57,93	12,20	45,17	12,97	51,09	13,02
Zwangsstörung	12	44,08	17,56	41,17	13,69	41,67	14,17
Sonstige	8	42,51	19,30	41,75	17,19	45,75	13,78
PRÄ-CF							
Depression	46	43,63	15,41	36,30	16,87	33,10	18,50
Angststörung	36	43,32	18,99	36,98	19,31	34,72	20,30
Soziale Phobie	16	57,93	12,20	45,17	12,97	53,20	11,89
Zwangsstörung	12	44,08	17,56	41,17	13,69	40,58	17,03
Sonstige	8	42,51	19,30	41,75	17,19	38,63	11,24
ZW							
Depression	46	43,63	15,41	36,30	16,87	28,53	18,22
Angststörung	36	43,32	18,99	36,98	19,31	31,36	18,65
Soziale Phobie	16	57,93	12,20	45,17	12,97	45,33	19,58
Zwangsstörung	12	44,08	17,56	41,17	13,69	32,75	20,33
Sonstige	8	42,51	19,30	41,75	17,19	32,88	17,83

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Von den Kennwerten des SCL-90-R sind in der *mehrfaktoriellen* Kovarianzanalyse nur im PST (Anzahl positiver Symptome) signifikante Zusammenhänge bzw. Trends zu verzeichnen (Tabelle 4.70). Die Matrix COMPM weist in Bezug auf den Zeiteffekt eine höhere Signifikanz auf als die Matrix COMPO (ohne Behandlungsabbrecher), was besagt, dass der eine Behandlungsabbrecher vermutlich sehr gebessert ist.

Tabelle 4.70: RMANCOVA für Kennwert PST (SCL-90-R)

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (43)	0,25	3	.859	3,32	1,89	.049	0,94	5,66	.472
COMPM (44)	0,16	3	.923	3,35	1,89	.044	1,00	5,67	.430
LOCF (61)	0,12	4	.976	2,95	1,88	.060	1,20	7,52	.310
PRÄ-CF (61)	0,05	4	.995	2,15	1,97	.123	1,31	7,86	.249
ZW (61)	0,19	4	.941	3,60	1,77	.036	1,41	7,08	.209

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (43)	2,65	1,89	.081	1,17	3	.915	0,02	1	.892
COMPM (44)	2,75	1,89	.074	0,11	3	.953	0,00	1	.972
LOCF (61)	1,90	1,88	.158	0,08	4	.987	0,20	1	.654
PRÄ-CF (61)	1,49	1,97	.230	0,04	4	.997	0,13	1	.722
ZW (61)	1,83	1,77	.170	0,17	4	.955	0,30	1	.587

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert; n.b.: nicht berechenbar. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Es lassen sich in den Mittelwertvergleichen (Tabelle 4.71) keine signifikanten Veränderungen für die Gruppen der primär depressiven und Zwangspatienten zeigen (außer in der Skala ZW).

Tabelle 4.71: Post-Hoc-Tests für Kennwert PST (SCL-90-R)

	<i>Prä-Post</i>				<i>Prä-Follow-up</i>				<i>Post-Follow-up</i>				
	N	T	df	p	ES	T	df	p	ES	T	df	p	ES
<i>T-Test COMPO</i>													
Depression	18	1,75	17	.098	0,5	1,39	17	.184	0,6	0,09	17	.930	0
Angststörung	12	3,80	11	.003	0,8	4,50	11	.001	1,0	0,81	11	.438	0,2
Soziale Phobie	8	5,00	7	.002	1,5	0,98	7	.361	0,5	-2,19	7	.065	0,7
Zwangsstörung	5	0,56	4	.608	0,4	-1,33	4	.253	1,2	-1,83	4	.141	1,1
Sonstige	n.b.												
<i>T-Test COMPM</i>													
Depression	19	1,75	18	.098		1,50	18	.151		0,22	18	.827	
<i>T-Test LOCF</i>													
Depression	23	2,00	22	.058	0,5	1,72	22	.100	0,5	0,22	22	.825	0
Angststörung	15	3,71	14	.002	0,8	4,20	14	.001	0,9	0,81	14	.433	0,2

Fortsetzung Tabelle 4.71

Soziale Phobie	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,0	1,07	11	.308	0,3	-2,02	11	.068	0,5
Zwangsstörung	7	1,27	7	.247	0,6	0,75	7	.942	0	-1,67	7	.139	0,7
Sonstige	3	0,44	2	.704	0,2	-0,13	2	.907	0,1	-1,00	2	.423	1,3

T-Test PRÄ-CF

Depression	23	2,00	22	.058	0,5	1,49	22	.150	0,5	-0,85	22	.953	0
Angststörung	15	3,71	14	<u>.002</u>	0,8	3,88	14	<u>.002</u>	0,9	0,59	14	.564	0,1
Soziale Phobie	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,0	0,82	11	.427	0,3	-2,33	11	.040	0,6
Zwangsstörung	7	1,27	7	.247	0,6	-1,29	7	.247	0,4	-2,15	7	.069	1,4
Sonstige	3	0,44	2	.704	0,2	-1,00	2	.423	0,1	-1,36	2	.307	0,5

T-Test ZW

Depression	23	2,00	22	.058	0,5	2,21	22	.037	0,8	1,01	22	.326	0,2
Angststörung	15	3,71	14	<u>.002</u>	0,8	4,64	14	<u>.000</u>	1,0	1,01	14	.329	0,2
Soziale Phobie	12	3,58	11	<u>.004</u>	1,0	1,87	11	.088	0,7	-0,68	11	.329	0,2
Zwangsstörung	7	1,27	7	.247	0,6	-0,14	7	.895	0,1	-1,14	7	-.291	0,9
Sonstige	3	0,44	2	.704	0,2	0,79	2	.511	1,5	0,90	2	.462	5,3

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Bonferoni-korrigierte Signifikanzen sind unterstrichen.

Über die deskriptive Symptomatik informiert Tabelle 4.72. Hier ist wiederum evident, dass primäre Angstpatienten sich zum Katamnesezeitpunkt gegenüber dem Entlassungswert wieder in allen Matrizen verbessern und ebenso die mit Abstand geringsten Werte zum Follow-up aufweisen.

Tabelle 4.72: Deskriptive Statistik für Kennwert PST (SCL-90-R)

Matrix	Prä			Post		Follow-up	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
COMPO							
Depression	18	55,78	14,47	47,89	14,47	47,44	23,20
Angststörung	12	60,42	20,64	43,25	23,20	38,75	19,26
Soziale Phobie	8	59,88	12,71	40,63	17,77	53,63	18,63
Zwangsstörung	5	41,60	9,34	38,20	13,59	53,00	11,96
Sonstige	1	45,00		48,00		58,00	
COMPM							
Depression	19	54,68	14,85	47,21	22,42	46,16	25,28
LOCF							
Depression	23	54,48	15,13	47,09	22,39	46,22	24,76
Angststörung	15	58,73	19,30	44,13	20,72	40,53	17,55
Soziale Phobie	12	55,25	13,41	41,92	16,01	50,58	17,11
Zwangsstörung	8	50,00	17,35	40,00	12,98	49,25	12,96
Sonstige	3	49,33	11,15	47,00	2,65	50,33	7,09
PRÄ-CF							
Depression	23	54,48	15,13	47,09	22,39	47,43	24,07
Angststörung	15	58,73	19,30	44,13	20,72	41,40	18,64
Soziale Phobie	12	55,25	13,41	41,92	16,01	51,67	16,64
Zwangsstörung	8	50,00	17,35	40,00	12,98	57,13	15,20

Fortsetzung Tabelle 4.72

Sonstige	3	49,33	11,15	47,00	2,65	48,36	20,04
ZW							
Depression	23	54,48	15,13	47,09	22,39	41,91	26,06
Angststörung	15	58,73	19,30	44,13	20,72	39,60	17,69
Soziale Phobie	12	55,25	13,41	41,92	16,01	45,83	20,29
Zwangsstörung	8	50,00	17,35	40,00	12,98	51,13	21,26
Sonstige	3	49,33	11,15	47,00	2,65	33,00	26,06

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert.

Die Skala GSI (Gesamtbelastung) bietet in der mehrfaktoriellen *Kovarianzanalyse* nur Trends (Tabelle 4.73), mit dem besten Ergebnis in LOCF.

Tabelle 4.73: RMANCOVA für Kennwert GSI (SCL-90-R)

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (43)	0,53	3	.668	2,51	1,80	.095	1,49	5,39	.202
COMPM (44)	0,36	3	.782	2,53	1,80	.093	1,58	5,41	.174
LOCF (61)	0,67	4	.619	3,17	1,78	.052	1,66	7,11	.128
PRÄ-CF (61)	0,52	4	.721	1,93	1,98	.150	1,60	7,93	.134
ZW (61)	0,68	4	.612	3,46	1,93	.037	1,83	7,71	.083

<i>Matrix</i>	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (43)	0,20	1,80	.204	0,45	3	.719	0,36	1	.554
COMPM (44)	1,70	1,80	.193	0,31	3	.817	0,47	1	.584
LOCF (61)	1,40	1,78	.251	0,56	4	.695	1,03	1	.316
PRÄ-CF (61)	0,70	1,98	.498	0,50	4	.738	0,72	1	.400
ZW (61)	1,41	1,93	.249	0,59	4	.673	1,04	1	.314

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Eine einfaktorielle Varianzanalyse gibt jedoch in allen Matrizen einen hoch signifikanten Zeiteffekt (z.B. PRÄ-CF: N=61; F: 20,65; df: 1,90; p=.000, η^2 : 0,26). Demnach profitiert die Gesamtgruppe ohne Berücksichtigung einzelner Diagnosegruppen über die Zeit. In den Post-Hoc-Tests für die Gesamtstichprobe gibt es in allen Matrizen signifikante Unterschiede zwischen Prä- und Post-Wert sowie Prä- und Katamnese-wert, allerdings auch zwischen Post- und Katamnese-wert (außer in ZW). Es wird deutlich, dass sich vor allem primäre Angstpatienten über die Zeit signifikant verbessern, primär depressive und soziophobische Patienten nur zum Postzeitpunkt, sozial-phobische Patienten verschlechtern sich wieder signifikant zum Katamnesezeitpunkt. Die deskriptive Statistik für die *Global Severity Index* in der Matrix COMPO (Tabelle

4.74) verdeutlicht dies ebenso wie die hohen Effektstärken für Angstpatienten und für Soziophobiker und Zwangspatienten zum Entlassungszeitpunkt.

Tabelle 4.74: GSI-Maße nach Diagnosegruppen (COMPO)

Gruppe	N	Prä (SD)	Post	FU	ES Post	ES FU
Depression	18	1,32 (0,57)	0,94 (0,80)	1,14 (0,99)	0,66	0,32
Angststörung	12	1,60 (0,73)	0,78 (0,65)	0,73 (0,64)	1,12	1,19
Soziale Phobie	8	1,67 (0,50)	0,82 (0,66)	1,37 (0,90)	1,7	0,6
Zwangsstörung	5	0,74 (0,12)	0,57 (0,31)	0,98 (0,40)	1,42	-2
Sonstige	1	1,40	0,89	1,48	-	-
Gesamt	44	1,40 (0,62)	0,83 (0,68)	1,06 (0,83)	0,92	0,55

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; FU: Follow-Up; ES: Effektstärke

Aufgrund der Konfundierung zwischen Diagnosegruppen und der Altersvariable erscheint eine differenzierte Betrachtung nach Alter (Mediansplit des Alters) und Diagnosegruppe sinnvoll (Tabelle 4.75).

Tabelle 4.75: GSI-Maße nach Alter und Diagnosegruppe (COMPO)

GSI									
bis 37 Jahre					ab 38 Jahren				
Prä (SD)	Post	FU	ES post	ES FU	Prä (SD)	Post	FU	ES post	ES FU
Depression (N=7)					(N=11)				
1,28 (0,41)	0,80 (0,47)	0,67 (0,44)	1,17	1,49	1,28 (0,67)	1,03 (0,97)	1,44 (1,14)	0,37	-0,24
Angst (N=9)					(N=3)				
1,50 (0,80)	0,60 (0,35)	0,42 (0,19)	1,13	1,35	1,92 (0,45)	1,34 (1,10)	1,65 (0,65)	1,29	0,6
Soziale Phobie (N=6)					(N=2)				
1,61 (0,56)	0,91 (0,73)	1,49 (1,00)	1,25	0,21	1,84 (0,39)	0,54 (0,46)	1,01 (0,51)	3,33	2,13
Zwangsstörung (N=3)					(N=2)				
0,74 (0,07)	0,67 (0,39)	0,79 (0,25)	1	-0,71	0,74 (0,21)	0,43 (0,06)	1,26 (0,51)	1,48	-2,48
Zwangsstörung (N=1)					(N=1)				
-	-	-	-	-	1,40	0,89	1,48	-	-
Gesamt (N=25)					(N=19)				
1,40 (0,62)	0,74 (0,49)	0,79 (0,67)	1,06	0,98	1,39 (0,64)	0,96 (0,81)	1,41 (0,91)	0,67	-0,03

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; FU: Follow-up; ES: Effektstärken

Hier zeigt sich, dass jüngere Patienten mit primärer Depression oder Angststörung insgesamt über den Katamnesezeitraum hinweg profitieren. Patienten älter als 38

Jahre hingegen verschlechtern sich zum Katamnesezeitpunkt. Dies gilt vor allem für ältere primär depressive Patienten und ältere Zwangspatienten; ein Patient mit einer „sonstigen“ Störung fällt in etwa auf das Ausgangsniveau zurück. In der Stichprobe bis 37 Jahren verändern sich signifikant über beide Messzeitpunkte die Werte vor allem bei primären Depressiven und Angstpatienten, in der über 38 Jahren ist nahezu keine Veränderung signifikant. Betrachtet man die GSI-Werte für die Gesamtstichprobe unter dem Gesichtspunkt einer Persönlichkeitsstörung als Stratifikationsvariable ergibt sich ein hoch signifikanter Zeiteffekt (COMPO: Faktor Zeit: $F: 8,27$; $df: 1,68$; $p=.001$; $ETA^2: 0,16$). In den Post-Hoc-Tests gibt es allerdings signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen allen drei Messzeitpunkten bei den Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Prä-Post: $T: 5,40$; $df: 38$; $p=.000$; Prä-Follow-up: $T: 3,06$; $df: 38$; $p=.004$; Post-Follow-up: $T: -2,48$; $df: 38$; $p=.018$), d.h. die Werte bleiben nicht stabil über die Zeit. Anhand der deskriptiven GSI-Maße bei Differenzierung nach einer Achse-I-Problematik (Tabelle 4.76) wird zudem deutlich, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung eine wesentlich höhere Belastung zu Beginn der Behandlung aufweisen als die anderen Patienten, zum Entlassungszeitpunkt nominell deutlicher profitieren ($T: 3,16$; $df: 4$; $p=.034$), sich zum Katamnesezeitpunkt nominell aber auch deutlicher verschlechtern. In einer Kovarianzanalyse mit den Faktoren Persönlichkeitsstörung und Diagnosegruppen lässt sich allerdings kein signifikanter Zeit- oder Interaktionseffekt darstellen.

Tabelle 4.76: GSI-Maße bei Persönlichkeitsstörungen (COMPO)

PS	N	GSI			ES Pot	ES FU
		Prä	Post	Follow-up		
Ohne PS	39	1,33 (0,61)	0,79 (0,70)	0,99 (0,80)	0,89	0,56
Mit PS	5	1,89 (0,51)	1,14 (0,32)	1,59 (1,04)	1,47	0,59
Gesamt	44	1,40 (0,62)	0,83 (0,68)	1,06 (0,83)	0,92	0,55

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; PS: Persönlichkeitsstörung; ES: Effektstärken

Weitere Effekte in der Kovarianzanalyse weist die Skala „Denken“ des HZI-K auf. Hier zeigen sich signifikante Zeit- und Interaktionseffekte (Tabelle 4.77) nur in den Completermatrizen, weswegen die Post-Hoc-Tests und die deskriptive Statistik nur grob referiert seien. Es zeigen sich z.T. Bonferoni-korrigierte Mittelwertsunterschiede vor allem bei den depressiven und Angstpatienten zwischen Behandlungsbeginn und Entlassung sowie Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt. Primär soziophobische Patienten haben besonders hohe Ausgangswerte. Ältere Patienten haben hö-

here Ausgangswerte als jüngere. Jüngere Zwangspatienten haben höhere Ausgangswerte als ältere und verbessern sich über den Katamnesezeitraum, ältere Zwangspatienten bleiben unverändert auf dem Ausgangsniveau.

Tabelle 4.77: RMANCOVA für Denken (HZI-E)

<i>Matrix (N)</i>	Faktor Gruppe			Faktor Zeit			Zeit x Gruppe		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (27)	14,33	3	.000	23,27	1,84	.000	7,53	5,53	.000
COMPM (31)	3,65	3	.027	13,25	1,96	.000	4,13	5,88	.002
LOCF (62)	1,04	4	.398	2,49	1,66	.099	2,11	6,64	.054
PRÄ-CF (62)	0,96	4	.440	2,25	1,98	.112	1,89	7,92	.070
ZW (62)	0,06	4	.660	3,04	1,99	.052	2,35	7,97	.023

	Zeit x Alter			Gruppe x Alter			Kovariate Alter		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (27)	19,10	1,84	.000	13,09	3	.000	38,64	1	.000
COMPM (31)	10,97	1,96	.000	3,51	3	.031	8,32	1	.008
LOCF (62)	1,08	1,66	.336	1,47	4	.223	0,05	1	.827
PRÄ-CF (62)	1,10	1,98	.335	1,41	4	.244	0,06	1	.807
ZW (62)	1,35	1,99	.264	1,00	4	.418	0,11	1	.739

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

In der Skala Somatisierung sind in der Completeranalyse signifikante Zeiteffekte und in der Ersatzdatenanalyse Trends evident (Tabelle 4.78).

Tabelle 4.78: RMANCOVA für Somatisierung-Belastungstendenz (SCL-90-R)

<i>Matrix (N)</i>	Faktor Gruppe			Faktor Zeit			Zeit x Gruppe		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (43)	0,78	3	.512	3,71	1,84	.033	2,01	5,51	.083
COMPM (44)	0,27	3	.849	3,94	1,84	.027	2,05	5,51	.077
LOCF (61)	0,82	4	.518	1,47	1,83	.236	1,86	7,30	.083
PRÄ-CF (61)	0,57	4	.684	1,49	1,96	.230	1,92	7,85	.066
ZW (61)	0,77	4	.549	2,77	1,94	.069	2,01	7,77	.055

	Zeit x Alter			Gruppe x Alter			Kovariate Alter		
	F	df	p	F	df	p	F	df	p
COMPO (43)	3,97	1,85	.027	0,48	3	.699	1,13	1	.260
COMPM (44)	4,15	1,84	.023	0,18	3	.907	0,80	1	.378
LOCF (61)	1,13	1,83	.329	0,79	4	.539	0,01	1	.917
PRÄ-CF (61)	1,28	1,96	.282	0,60	4	.663	0,02	1	.896
ZW (61)	1,92	1,94	.153	0,76	4	.554	0,06	1	.813

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

In den Post-Hoc-Tests zeigen sich Bonferoni-korrigierte signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten nur bei den primären Angstpatienten, das allerdings in allen Matrizen, inklusive der konservativen Matrix PRÄ-CF (Prä-Post: T: 3,33; df: 14; $p=.005$; Prä-Follow-up: T:3,42; df: 14; $p=.004$; Post-Follow-up: T: 1,06; df: 14; $p=.309$). In COMP profitieren Prä-Post auch Zwangspatienten, bei Trends in den anderen Matrizen. Von der deskriptiven Statistik sei referiert, dass Soziophobiker in allen Matrizen außer ZW wieder über das Ausgangsniveau zurückfallen.

Für den Unsicherheitsfragebogen, Skala Anständigkeit, gibt es nur in den Ersatzdatenmatrizen LOCF und ZW signifikante Effekte (Tabelle 4.79).

Tabelle 4.79: RMANCOVA für Anständigkeit (U-Fb)

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (69)	0,57	4	.689	0,91	1,90	.402	1,04	7,60	.409
COMPM (75)	0,67	4	.616	0,83	1,93	.437	0,96	7,72	.470
LOCF (117)	0,65	4	.626	3,40	1,78	.041	1,81	7,12	.086
PRÄ-CF (117)	0,55	4	.697	2,76	1,92	.068	0,96	7,68	.464
ZW (117)	0,65	4	.632	3,96	1,99	.021	2,03	7,96	.045

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (69)	0,123	1,90	.874	0,77	4	.547	0,40	1	.529
COMPM (75)	0,15	1,93	.854	0,88	4	.482	0,28	1	.597
LOCF (117)	1,10	1,78	.331	0,31	4	.874	0,04	1	.847
PRÄ-CF (117)	1,01	1,92	.364	0,30	4	.876	0,03	1	.864
ZW (117)	0,99	1,99	.375	0,38	4	.824	0,05	1	.830

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. In ZW signifikante Interaktion Zeit x Alter x Gruppe.

Die Deskriptive Statistik und Mittelwertvergleiche für LOCF und ZW seien hier ebenfalls nur referiert: In den Post-Hoc-Tests verbessert sich zum Katamnesezeitpunkt die Gruppe der primär depressiven Patienten stetig und jeweils signifikant gegenüber dem Prä-Wert. Dies gilt auch für PRÄ-CF. Primäre Angstpatienten verbessern sich signifikant erst zum Katamnesezeitpunkt (außer in ZW). Soziophobiker haben die höchsten Ausgangswerte und erscheinen ebenfalls in den genannten Matrizen zum Entlassungszeitpunkt weniger sozial angepasst. Sie verschlechtern sich diesbezüglich aber wieder zum Katamnesezeitpunkt, was in LOCF signifikant wird. Zwangspatienten und Sonstige bleiben unverändert.

In LOCF und ZW ebenfalls signifikante Zeiteffekte ergibt die Kovarianzanalyse für die Skala FSS-S (Tabelle 4.80).

Tabelle 4.80: RMANCOVA für FSS-S

<i>Matrix (N)</i>	<i>Faktor Gruppe</i>			<i>Faktor Zeit</i>			<i>Zeit x Gruppe</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (23)	0,51	2	.611	0,95	1,99	.396	0,40	4,00	.811
COMPM (27)	0,38	2	.686	0,77	1,71	.454	0,48	3,42	.719
LOCF (64)	0,58	4	.676	3,76	1,73	.033	0,62	6,91	.736
PRÄ-CF (64)	0,60	4	.664	2,47	1,93	.092	0,29	7,73	.964
ZW (64)	0,66	4	.622	3,68	1,66	.037	0,80	6,65	.582

	<i>Zeit x Alter</i>			<i>Gruppe x Alter</i>			<i>Kovariate Alter</i>		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
COMPO (23)	0,88	1,99	.422	0,35	2	.707	0,69	1	.418
COMPM (27)	0,68	1,71	.490	0,30	2	.747	0,40	1	.395
LOCF (64)	2,42	1,73	.102	0,35	4	.844	0,34	1	.561
PRÄ-CF (64)	1,49	1,93	.230	0,40	4	.809	0,55	1	.461
ZW (64)	1,52	1,66	.226	0,42	4	.793	0,44	1	.510

COMPO: Completer ohne Behandlungsabbrecher; COMPM Completer mit Behandlungsabbrechern; LOCF: Last Observation Carried Forward, PRÄ-CF: Prä-Wert Carried Forward; ZW: Zufallswert als Follow-up-Wert. Ohne Zellenbesetzungen mit N=1.

Für die Post-Hoc-Tests und deskriptive Statistik lässt sich referieren, dass in LOCF nur primär depressive Patienten zum Post- und Katamnesezeitpunkt sehr signifikant ($p < .01$) verbessert sind, primäre Angstpatienten zum Entlassungszeitpunkt signifikant verbessert, aber nicht Bonferoni-korrigiert. Deskriptiv fallen die gleich bleibend hohen Mittelwerte bei den Soziophobikern auf (Prä: 13,88, Post: 12,75; Kata: 13,00).

Nur in jeweils *einer* Datenmatrix signifikante Effekte gibt es in folgenden Skalen: in der vermutlich liberalen LOCF-Matrix in der Skala Unsicherheit (Belastungstendenz) des SCL-90-R, in der Skala Anständigkeit des Unsicherheitsfragebogens (U-Fb), in der Skala Mobilitätsinventar-allein; in der Matrix Zufallswerte in der Skala Magen- und Darmbeschwerden des FBLW (Trend in zwei weiteren Matrizen), in den Skalen des U-Fb Fordern Können sowie Schuldgefühle; in der Matrix PRÄ-CF in der Skala Schmerz des FBLW; in der Skala Ängstlichkeit (Belastungstendenz) in der COMPM-Matrix (mit leichten Trends in zwei weiteren Matrizen). Diese Ergebnisse sollen jedoch aufgrund der mangelnden Signifikanz in den anderen Matrizen nicht weiter aufgeführt werden. Schließlich gibt es noch bei der Skala Ängstlichkeit (Mittelwert) des SCL-90-R in allen Matrizen Trends bzgl. Zeit- oder Interaktionseffekte. In den Post-Hoc-Tests und den deskriptiven Statistiken wird deutlich, dass sich primäre Angst-

patienten und Soziophobiker zum Post- und Katamnesezeitpunkt signifikant gegenüber dem Prä-Wert verbessern (Angstpatienten sehr bis hoch signifikant), Soziophobiker zum Katamnesezeitpunkt jedoch wieder signifikant ängstlicher werden, wenn sie auch die Ausgangswerte weiterhin unterschreiten.

Insgesamt lassen sich in Bezug auf die allgemeine Psychopathologie oder die nicht diagnosespezifischen Verfahren weniger signifikante Veränderungen über die Zeit ausmachen als bei den Hauptsymptomskalen. Die Diagnosegruppen profitieren unterschiedlich: primäre Angstpatienten zeigen auch hier durchweg positive Veränderungen, die zum Katamnesezeitraum i.d.R. stabil sind. Depressive Patienten profitieren zum Entlassungszeitpunkt, häufig auch zum Katamnesezeitpunkt, können positive Veränderungen zum Katamnesezeitpunkt aber nicht immer halten. Soziophobiker profitieren häufig zum Entlassungszeitpunkt deutlich, verschlechtern sich aber nahezu durchgängig zum Follow-up-Zeitpunkt wieder. Für Zwangspatienten lassen sich nur vereinzelt Erfolge aufzeigen. Die „Sonstigen“ wurden ohnehin nur der Vollständigkeit halber dargestellt und können ignoriert werden.

4.3. Nachbemerkung

In folgenden Testverfahren ergeben sich bei mehrfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung und dem Faktor Diagnosegruppe *ohne* Berücksichtigung des Alters signifikante Zeiteffekte in allen Datenmatrizen: BDI, HZI-Skala E, MI Skala allein, SCL90-R Skala Ängstlichkeit (Mittelwert, MW), Ängstlichkeit (Belastungstendenz, BT), Depressivität (MW), Depressivität (BT), GSI, PSDI, Paranoides Denken (MW und BT), Phobische Angst (MW und BT), Psychotizismus (MW und BT), Unsicherheit (MW), Zwanghaftigkeit (MW), sämtliche Skalen des Unsicherheitsfragebogens, Liebowitz-Fb Skala Gesamtvermeidung, Skala Leistungsangst-Vermeidung. In mehrfaktoriellen Varianzanalysen lediglich mit dem Alter (Mediansplit des Alters) als Stratifikationsvariable ergeben sich in einer Vielzahl von Skalen in allen Datenmatrizen signifikante Zeiteffekte; zudem wird deutlich, dass i.d.R. jüngere Patienten besser profitieren. Diese Ergebnisse sind jedoch zum einen aufgrund der Konfundierung zwischen Alter und Diagnosegruppe nur beschränkt interpretierbar, zum anderen für die klinische Praxis nur marginal relevant, da psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung Patienten *aller* Altersgruppen zu Verfügung stehen sollte, so dass die Ergebnisse hier nicht weiter aufgeführt werden.

5. Ergebnisse - Erfolgsmessung auf Individuumebene

Im Folgenden werden nach methodischen Vorbemerkungen (Kapitel 5.1) die Raten individueller klinischer Veränderungen für die Behandlungsbeender und Studienteilnehmer zu allen Messzeitpunkten anhand des BDI beispielhaft diskutiert (Kapitel 5.2) und für alle relevanten Verfahren und Diagnosegruppen (Kapitel 5.3. bis 5.9) und für die Behandlungsabbrecher (Kapitel 5.10) vorgestellt.

5.1. Methodische Vorbemerkungen

In Therapieerfolgsstudien ist zu berücksichtigen, dass eine statistische Signifikanz kein alleiniger Indikator für eine auch klinisch bedeutsame Veränderung ist. In sehr großen Stichproben wäre ein minimaler Unterschied im Mittelwert zweier Gruppen schon statistisch signifikant, obwohl dieser im klinischen Alltag keinerlei Bedeutung hätte. Es sollten daher zum einen verschiedene *Cut-Off*-Werte vorliegen, die eine Differenzierung zwischen „Gesunden“ und „Kranken“ erlauben. Zum anderen sollten die Axiome der klassischen Testtheorie Berücksichtigung finden, die konstatieren, dass jede Messung aufgrund der Ungenauigkeit oder „Fehlerhaftigkeit“ (Standardmessfehler) des Messinstruments mit einem Messfehler behaftet ist. Das bedeutet für den Fall einer Messwiederholung, dass eine Veränderung nicht unbedingt auf eine tatsächlich veränderte Merkmalsausprägung, sondern zufällig auf Mängel des Messinstruments zurückzuführen sein könnte. Auf diesen Umstand weisen Jacobson et al. hin (z.B. Jacobson & Truax 1991; Jacobson, Roberts et al. 1999) und schlagen die Berechnung eines „*Reliable Change Index*“ vor (vgl. auch Bandelow & Broocks 2002). Dieser bezieht den Standardmessfehler des Verfahrens mit ein, indem eine Differenz zweier Testwerte an dem Standardfehler dieser Differenz und somit an dem Standardmessfehler des Verfahrens relativiert wird. Sofern der Index größer als 1.96 ist, ist es gemäß dem 5%-Niveau unwahrscheinlich, dass keine reliable Veränderung vorliegt. Darüber hinaus schlagen Jacobsen et al. auch verschiedene *Cut-Off*-Maße vor, mit denen die *klinische Signifikanz* einer Veränderung dargestellt werden soll. Gefordert wird, dass der RCI individueller Änderungen inferenzstatistisch signifikant sein muss und der *Outcome*-Score sich „nennenswert“ auf die Verteilung der Punktwerte bei Gesunden zu bewegt hat. Diesbezüglich werden drei verschiedene *Cut-Off*-Maße diskutiert (Schauenburg & Strack 1998):

* Methode a: Der Post-Wert muss mindestens zwei Standardabweichungen außerhalb des Mittelwerts der Patientenstichprobe (in Richtung auf „gesunde“ Werte hin)

liegen. Dieser Cut-Off-Wert ist auch ohne Normdaten berechenbar.

* Methode b: Annäherung auf mindestens zwei Standardabweichungen an den Mittelwert der Normstichprobe.

* Methode c: „Mittel“ zwischen gesunder Norm- („Norm“) und Patientenstichprobe

(„Pat.“) nach folgender Formel:
$$\frac{SD_{\text{Norm}} \cdot \bar{X}_{\text{Pat}} + SD_{\text{Pat}} \cdot \bar{X}_{\text{Norm}}}{SD_{\text{Norm}} + SD_{\text{Pat}}}$$

(mit SD für die Standardabweichung und \bar{X} für den Mittelwert). Mittlerweile wird wiederholt betont, dass die entsprechenden Werte subgruppenspezifisch berechnet werden sollten, beispielsweise für unterschiedliche Symptomgruppen (vgl. Geiser et al. 2000). Für den SCL-90-R liegen anhand einer neuen Eichstichprobe RCI und Cut-Off-Werte (Methode c) für unterschiedliche Diagnosegruppen vor (vgl. Franke 2001).

Im Folgenden sollen RCI und Cut-Off-Werte nach der Methode c berechnet werden, sofern Reliabilitätsangaben und entsprechende Normwerte für die Testverfahren vorhanden sind; dies gilt für den BDI, SCL-90-R, AKV, HZI und UFB. Für die anderen Verfahren (FSS, YBOCS) liegen andere, „klinisch bewährte“ (Münchau 2001) Cut-Off-Maße vor. Die Berechnung des RCI erfolgt i.d.R. mit der Retestreliabilität einer pathologischen Norm-Stichprobe, für den SCL-90-R diagnosegruppenspezifisch, und der Standardabweichung einer gesunden Stichprobe; für das AKV wurde Cronbachs Alpha verwendet. In Anlehnung an Geiser et al. (Geiser, Imbierowicz et al. 2000) und Reisch et al. (Reisch, Thommen et al. 2001) können mithilfe von RCI und Cut-Off-Werten die Veränderungen zum Katamnesezeitpunkt qualitativ eingeteilt werden in:

* „geheilt“ (reliable Veränderung unter den Cut-Off-Wert). Das Konzept bildet die klinische Signifikanz sensu Jacobson ab.

* „verbessert“ (reliable Veränderung, Cut-Off-Wert nicht unterschreitend)

* „unverändert“ (keine reliable Veränderung)

* „testnormal, verschlechtert“ (reliable Veränderung, Post- oder Follow-up-Wert höher als Prä-Wert, Cut-Off-Wert nicht überschreitend). Diese Veränderung bezieht sich auf Patienten, die „testnormal“ (von Massenbach 2003, 26) bzw. „pseudoggesund“ (Franke 2002, 32) waren, also bereits vor der Behandlung unterhalb des Cut-Off-Wertes lagen.

* „exazerbiert“ (reliable Veränderung, Post- oder FU-Wert höher als der „gesunde“ Prä-Wert, Cut-Off-Wert überschreitend).

Hilfreich erscheint eine Ergänzung um eine Verbesserung bei „pseudogesunden“, d.h. testnormalen Patienten und bei Patienten, die über dem Cut-Off-Wert bleiben:

* „testnormal, gebessert“ (reliable Veränderung, Prä-Wert höher als Post- oder FU-Wert, jeweils Cut-Off-Wert nicht überschreitend)

* „verschlechtert“ (reliable Veränderung, Post- oder FU-Wert höher als der bereits dysfunktionale Prä-Wert).

Auf der Grundlage reliabler Veränderungen von Messwerten ergibt sich demnach folgende Qualität klinischer Veränderungen zum Messwiederholungszeitpunkt (Tabelle 5.1), auf die im Weiteren rekuriert wird.

Tabelle 5.1: Qualität klinischer Veränderungen

Veränderungsqualität	Veränderungsquantität	Reliable Veränderung¹
Geheilt	Überschreitung Cut-Off	positiv
Verbessert	Verbleib oberhalb Cut-Off	positiv
Testnormal, verbessert	Verbleib unterhalb Cut-Off	positiv
Testnormal, verschlechtert	Verbleib unterhalb Cut-Off	negativ
Verschlechtert	Verbleib oberhalb Cut-Off	negativ
Exazerbiert	Überschreitung Cut-Off	negativ
Unverändert	(irrelevant)	keine

¹ positiv = in Richtung „gesunde“, negativ = in Richtung „dysfunktionale“ Stichprobe

Ein Patient wird im Folgenden für das entsprechende Testverfahren als Erfolgspatient erachtet, wenn er „geheilt“, „testnormal, verbessert“ oder „verbessert“ ist, da dies eine inferenzstatistisch abgesicherte Veränderung impliziert. Auch die testnormalen Patienten werden berücksichtigt, da auch im „gesunden“ Bereich eine Veränderung Indikator für einen Therapieerfolg ist; häufig wird in klinischer Praxis trotz mangelnder Abbildung in einer Symptomskala von Patienten ein Leidensdruck berichtet. Anhand der dargestellten Ergebnisse wird zudem deutlich, dass das Maß der reliablen Veränderung ein konservativeres Kriterium ist als die Berücksichtigung von Cut-Off-Werten allein.

5.2. Beck Depressions-Inventar (BDI)

Anhand des Beck Depressions-Inventars sollen Unterschiede in der Erfolgsmessung mit und ohne Berücksichtigung des *Reliable Change Index* bzw. Erfolgsmessung mit RCI und allein nach Cut-Off-Werten beispielhaft dargelegt und diskutiert werden. Tabelle 5.2 informiert über Unterschiede in den klinischen Veränderungsraten zum Katamnesezeitpunkt, wenn man eine zufallskritische Absicherung mit dem RCI vornimmt oder nicht.

Tabelle 5.2: Klinische Veränderungen mit und ohne RCI im BDI, Follow-up
Qualität klinischer Veränderungen (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Mit Reliable Change Index						
Verbesserung	18 (66,6)	12 (80,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	-	32 (62,7)
geheilt	12 (44,4)	9 (60,0)	-	-	-	21 (41,2)
verbessert	4 (14,8)	3 (20,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	-	9 (17,6)
verbessert tn	2 (7,4)	-	-	-	-	2 (3,9)
Verschlechterung	5 (18,5)	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	7 (13,8)
verschlechtert	4 (14,8)	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	6 (11,8)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	1 (3,7)	-	-	-	-	1 (2,0)
Keine	4 (14,8)	3 (20,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	2 (66,7)	12 (23,5)
Gesamt	27	15	3	3	3	51
Ohne Reliable Change Index						
Verbesserung	21 (77,7)	14 (93,4)	1 (33,3)	2 (66,6)	-	38 (74,5)
geheilt	12 (44,4)	10 (66,7)	-	-	-	22 (43,1)
verbessert	5 (18,5)	3 (20,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	-	10 (19,6)
verbessert tn	4 (14,8)	1 (6,7)	-	1 (33,3)	-	6 (11,8)
Verschlechterung	6 (21,2)	-	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (99,9)	12 (23,6)
verschlechtert	5 (18,5)	-	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (66,7)	10 (19,6)
verschlechtert tn	-	-	-	-	1 (33,3)	1 (2,0)
exazerbiert	1 (3,7)	-	-	-	-	1 (2,0)
Keine	-	1 (6,7)	-	-	-	1 (2,0)
Gesamt	27	15	3	3	3	51

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Zuerst ist festzuhalten, dass mit RCI knapp zwei Drittel aller Studienteilnehmer in Hinblick auf ihre Depressivität gebessert sind. Es fallen die hohen Veränderungsraten bei den primär Depressiven und Angstpatienten auf. Bei Sozialphobikern, Zwangspatienten und den „Sonstigen“ sind mehr Patienten verschlechtert bzw. unverändert als gebessert. Die „Sonstigen“ weisen zudem über den Katamnesezeitraum keine Verbesserungen auf, Angst- und Zwangspatienten keine Verschlechter-

rungen. Bei den Veränderungsraten *ohne* zufallskritische Absicherung wird generell deutlich, dass die Erfolgsrate für die Gesamtstichprobe um ca. 12% erhöht ist, die Verschlechterungsrate jedoch nur um ca. 10%, bei erwartungsgemäß geringen Raten an unveränderten Patienten. Für die Diagnosegruppe der „sonstigen“ Patienten indes fällt die komplette Verschlechterung auf. Der Anteil zufallskritisch unveränderter Patienten verteilt sich insgesamt relativ gleich auf die Verbesserungen und Verschlechterungen, so dass eine erhöhte Rate gebesserter Patienten mit einer erhöhten Rate verschlechterter Patienten einhergeht.

Ein ähnliches Bild in Hinblick auf die Depressivität gibt es für die Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt mit und ohne RCI (Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3: Klinische Veränderungen mit und ohne RCI im BDI, Post

Qualität klinischer Veränderungen (%)[†]						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Mit Reliable Change Index						
Verbesserung	23 (72,0)	14 (71,5)	6 (85,7)	4 (66,7)	2 (40,0)	50 (70,4)
geheilt	14 (43,8)	9 (42,9)	4 (57,1)	1 (16,7)	-	28 (39,4)
verbessert	7 (21,9)	5 (23,8)	2 (28,6)	2 (33,3)	2 (40,0)	18 (25,4)
verbessert tn	2 (6,3)	1 (4,8)	-	1 (16,7)	-	4 (5,6)
Verschlechterung	2 (6,3)	-	-	-	-	2 (2,8)
verschlechtert	-	-	-	-	-	-
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	2 (6,3)	-	-	-	-	2 (2,8)
Keine	7(21,9)	6 (28,6)	1 (14,3)	2 (33,3)	3 (60,0)	19 (26,8)
Gesamt	32	20	7	6	5	71
Ohne Reliable Change Index						
Verbesserung	26 (81,3)	20 (85,4)	6 (85,7)	6 (99,9)	4 (100)	63 (88,8)
geheilt	14 (43,8)	9 (42,9)	4 (57,1)	2 (33,3)	1 (20,0)	30 (42,3)
verbessert	9 (28,1)	8 (38,1)	2 (28,6)	4 (66,7)	3 (60,0)	26 (36,6)
verbessert tn	3 (9,4)	3 (14,3)	-	-	1 (20,0)	7 (9,8)
Verschlechterung	6 (18,8)	-	1 (14,3)	-	-	7 (9,8)
verschlechtert	3 (9,4)	-	1 (14,3)	-	-	4 (5,6)
verschlechtert tn	1 (3,1)	-	-	-	-	1 (1,4)
exazerbiert	2 (6,3)	-	-	-	-	2 (2,8)
Keine	-	1 (4,8)	-	-	-	1 (1,4)
Gesamt	32	20	7	6	5	71

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Hier wird deutlich, dass mit RCI zum Entlassungszeitpunkt die Gesamtgruppe und nahezu alle Diagnosegruppen in hohem Maße bzgl. der Depressivität profitieren. Die

Raten sind deutlich größer als zum Katamnesezeitpunkt und umfassen mitunter drei Viertel aller Patienten, mit dem größten Anteil für die Gruppe der soziophobischen Patienten, die denselben Anteil an Verbesserung aufweisen wie mit RCI. Der Anteil gebesserter Angstpatienten steigt sogar vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt weiter an. Die Behandlung erweist sich demnach insgesamt für alle Diagnosegruppen kurzfristig als sehr effektiv (was nicht für die „sonstigen“ Patienten gilt). - Zur Entlassung verschlechtert sich allerdings bei zwei depressiven Patienten die Symptomatik. Davon erscheint ein Patient zum Katamnesezeitpunkt wieder als testnormal, aber nicht reliabel gebessert, der andere verbessert sich zum Katamnesezeitpunkt wieder reliabel auf den mäßigen Bereich, erscheint gegenüber dem Prä-Zeitpunkt jedoch exazerbiert. Betrachtet man nun die Ergebnisse ohne reliable Absicherung, erscheinen zum Postzeitpunkt insgesamt ca. 20% Patienten mehr gebessert, eklatant gebessert die „sonstigen“ und Zwangspatienten, wohingegen sich nur ca. 7% Patienten mehr verschlechtern. In diesem Fall verfälscht eine Betrachtung ohne RCI die Ergebnisse insofern, als dass möglicherweise zufallsbedingte Veränderungen als Erfolge angesehen werden.

Beispielhaft informiert Tabelle 5.4 über die Depressivität bei reliabel und nicht reliabel veränderten Patienten *im Querschnitt*, d.h. über die Einteilung gemäß der BDI-Cut-Off-Werte. Deutlich wird, dass die Richtung der reliablen Veränderung zu berücksichtigen ist, ansonsten wären 76,4% Erfolgspatienten, obwohl unklar bleibt, ob sie sich reliabel verbesserten oder verschlechterten.

Tabelle 5.4: Klinische Veränderungen und Cut-Off-Werte im BDI, Follow-up¹

Depressionsausmaß						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Reliable Veränderung						
keine	14 (51,9)	9 (39,1)	-	-	-	23 (45,1)
leichte	3 (11,1)	3 (42,9)	-	1 (33,3)	-	7 (13,7)
mäßige	3 (11,1)	-	-	-	1 (33,3)	4 (7,8)
schwere	3 (11,1)	-	2 (66,6)	-	-	5 (9,8)
Summe	23 (85,2)	12 (80,0)	2 (66,6)	1 (33,3)	1 (33,3)	39 (76,4)
Keine Reliable Veränderung						
keine	2 (7,4)	2 (13,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	6 (11,8)
leichte	2 (7,4)	1 (6,7)	-	-	-	3 (5,9)

Fortsetzung Tabelle 5.4

mäßige	-	-	-	1 (33,3)	-	1 (2,0)
schwere	-	-	1 (33,3)	-	1 (33,3)	2 (3,9)
Summe	4 (14,5)	3 (20,0)	1 (33,3)	2 (66,6)	2 (66,6)	12 (23,6)
Gesamt	27	15	3	3	3	51

[†] Prozentangaben in Klammern sind Spaltenprozent für die Diagnosegruppe; incl. Testnormale
 DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie,
 ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Ein Vergleich der zufallskritisch abgesicherten Ergebnisse mit einer reinen Querschnittseinteilung ohne RCI (Tabelle 5.5) verdeutlicht erneut Unterschiede im Erfolgsausmaß. Demnach erscheinen zwar deutlich mehr Patienten „geheilt“, aber es werden keine weiteren Verbesserungen sichtbar. Somit sinkt insgesamt der Anteil an Erfolgspatienten.

Tabelle 5.5: Cut-Off-Werte im BDI ohne RCI Follow-up¹

Depressionsausmaß						
Katamnesezeitpunkt						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
keine	16 (59,3)	11 (73,3)	-	1 (33,3)	1 (33,3)	29 (56,9)
leichte	5 (18,5)	4 (26,7)	-	1 (33,3)	-	10 (19,6)
mäßige	3 (11,1)	-	-	1 (33,3)	1 (33,3)	5 (9,8)
schwere	3 (11,1)	-	3 (100)	-	1 (33,3)	7 (13,7)
Gesamt	27	15	3	3	3	51
Entlassungszeitpunkt						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
keine	18 (56,3)	12 (57,1)	4 (57,1)	2 (33,3)	2 (40,0)	38 (53,5)
leichte	6 (18,8)	6 (28,6)	2 (28,6)	3 (50,0)	-	17 (23,9)
mäßige	3 (9,4)	2 (9,5)	1 (14,3)	-	1 (20,0)	7 (9,9)
schwere	5 (15,6)	1 (4,8)	-	1 (16,7)	2 (40,0)	9 (12,7)
Gesamt	32	21	7	6	5	71

[†] Prozentangaben in Klammern sind Spaltenprozent für die Diagnosegruppe; incl. Testnormale
 DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie,
 ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Insgesamt zeigen depressive Patienten im Beck Depressions Inventar relativ hohe Veränderungswerte, zum Follow-up-Zeitpunkt ca. 62% Verbesserung und zum Entlassungszeitpunkt ca. 70% reliable Verbesserungen. Aufgrund der verschiedenen

Auswertungsbeispiele sollte zudem deutlich geworden sein, dass die Erfolgsbetrachtung ohne *Reliable Change Index* i.d.R. höhere Erfolgsraten erzielt, da zufallskritisch nicht abgesicherte Verbesserungen als Erfolge bewertet werden, sowie dass leicht erhöhte Verschlechterungsraten resultieren. Demnach ist gezeigt, dass der RC-Index ein konservativeres Kriterium ist als die zufallskritisch nicht abgesicherte Einteilung von Veränderungen einerseits oder die Querschnitts-Einteilung gemäß festgelegter Cut-Off-Werte andererseits. Im Folgenden sollen daher – wo es möglich ist, d.h. wo differenzierte Reliabilitätsangaben sowie Werte für gesunde Normstichproben vorliegen – reliable Veränderungen berücksichtigt werden.

5.3. SCL-90-R

Für die Berechnung der RCI und Cut-Off-Werte werden die Angaben von Franke (2002) herangezogen, die aus einer Stichprobe von Psychotherapiepatienten für verschiedene Diagnosegruppen getrennte Cut-Off-Werte differenziert. Der „Global-Severity Index“ (GSI) des SCL-90-R ist der Gesamtmittelwert über alle Items und gilt als Nachweis der grundsätzlichen psychischen Belastung des Patienten. Tabelle 5.6 informiert über die klinischen Veränderungen in dieser globalen Skala.

Tabelle 5.6: Klinische Veränderungen Skala SCL-GSI, Follow-up

Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	7 (39,0)	9 (75,0)	3 (37,5)	-	-	19 (43,2)
geheilt	3 (16,7)	7 (58,3)	3 (37,5)	-	-	13 (29,5)
verbessert	3 (16,7)	2 (16,7)	-	-	-	5 (11,4)
verbessert tn	1 (5,6)	-	-	-	-	1 (2,3)
Verschlechterung	4 (22,3)	-	2 (25,0)	1	-	7 (15,9)
verschlechtert	3 (16,7)	-	2 (25,0)	-	-	5 (11,4)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	1 (5,6)	-	-	1 (20,0)	-	2 (4,5)
Keine	7 (38,9)	3 (25,0)	3 (37,5)	4 (80,0)	1	18 (40,9)

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

In Hinblick auf die klinische Signifikanz der gezeigten Veränderungen in der Gesamtsymptomatik zeigt sich, dass sich knapp weniger als die Hälfte aller Patienten insge-

samt verbessert (43,2%). 41% der Patienten weisen keine zufallskritisch abgesicherten Veränderungen auf. Evident ist, dass demgegenüber drei Viertel aller Angstpatienten zum Katamnesezeitpunkt profitieren, genau so viele Patienten wie zum Post-Zeitpunkt (Tabelle 5.7). Hier fallen die sehr hohen Raten gebesserter Patienten in fast allen Diagnosegruppen auf. Bis auf die Zwangspatienten profitiert jeweils mindestens die Hälfte der Patienten in Hinblick auf die Gesamtbelastung. Auch die Sozialphobiker erscheinen zu einem großen Teil klinisch signifikant verbessert (80%).

Tabelle 5.7: Klinische Veränderungen Skala SCL-GSI, Post

Klinisch signifikante Veränderung (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	12 (57,2)	9 (75,0)	8 (80,0)	3 (43,9)	2 (66,6)	34 (63,2)
geheilt	8 (38,1)	6 (50,0)	5 (50,0)	2 (28,6)	1 (33,3)	22 (41,5)
verbessert	4 (19,1)	3 (25,0)	3 (30,0)	1 (14,3)	-	11 (20,8)
verbessert tn	-	-	-	-	1 (33,3)	1 (1,9)
Verschlechterung	2 (9,5)	-	-	-	-	2 (3,8)
verschlechtert	2 (9,5)	-	-	-	-	2 (3,8)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	7 (33,3)	3 (25,0)	2 (20,0)	4 (57,1)	1 (33,3)	17 (32,1)
Gesamt	21	12	10	7	3	53

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Über Verbesserungen im Globalen Kennwert PSDI (*Positive Symptom Distress*), der mittels Quotienten aus dem Summenwert aller Items und der Itemanzahl quasi die „Intensität“ der Antworten misst, informiert Tabelle 5.8.

Tabelle 5.8: Klinische Veränderungen Skala SCL-PSDI, Follow-up

Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	9 (50,0)	9 (75,0)	5 (62,5)	-	1 (100)	24 (54,6)
geheilt	6 (33,3)	6 (50,0)	3 (37,5)	-	-	15 (34,1)
verbessert	2 (11,1)	2 (16,7)	2 (25,0)	-	1 (100)	7 (15,9)
verbessert tn	1 (5,6)	1 (8,3)	-	-	-	2 (4,6)

Fortsetzung Tabelle 5.8

Verschlechterung	5 (27,8)	-	1 (12,5)	-	-	6 (13,7)
verschlechtert	4 (22,2)	-	1 (12,5)	-	-	5 (11,4)
verschlechtert tn	1 (5,6)	-	-	-	-	1 (2,3)
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	4 (22,2)	3 (25,0)	2 (25,0)	5 (100)	-	14 (31,8)

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Hier profitieren bis auf die Zwangspatienten alle Diagnosegruppen zum Katamnesezeitraum in einem großen Ausmaß, vor allem Patienten mit einer primären Angststörung und auch primär soziophobische Patienten. Zum Entlassungszeitpunkt verbessern sich auf dieser Skala auch die Zwangspatienten mit über 50% klinisch signifikanter Veränderungen. In allen anderen Patientengruppen weisen sogar mindestens zwei Drittel Patienten reliable Veränderungen auf (Tabelle 5.9). Zusammengefasst treten demnach Symptome weniger intensiv auf als zu Beginn der Behandlung.

Tabelle 5.9: Klinische Veränderungen Skala SCL PSDI, Post

Veränderungsqualität (%)[†]

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	16 (76,2)	10 (83,3)	8 (80,0)	4 (57,2)	2 (66,6)	40 (75,5)
geheilt	9 (42,9)	9 (75,0)	7 (70,0)	3 (42,9)	1 (33,3)	29 (54,7)
verbessert	7 (33,3)	-	1 (10,0)	-	1 (33,3)	9 (17,0)
verbessert tn	-	1 (8,3)	-	1 (14,3)	-	2 (3,8)
Verschlechterung	-	-	-	-	-	-
Keine	5 (23,8)	2 (16,7)	2 (20,0)	3 (42,9)	1 (33,3)	13 (24,5)
Gesamt	21	12	10	7	3	53

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Die Veränderungen im Kennwert PST (*Positive Symptom Index*), d.h. Summe der angekreuzten Itemwerte, sind in Tabelle 5.10 ablesbar. Hier zeigen lediglich Angstpatienten Werte von über 50% Verbesserung.

Tabelle 5.10: Klinische Veränderungen Skala SCL- PST, Follow-up**Veränderungsqualität (%)¹**

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	7 (39,0)	8 (56,7)	3 (37,5)	-	-	18 (41,0)
geheilt	3 (16,7)	6 (50,0)	3 (37,5)	-	-	12 (27,3)
verbessert	3 (16,7)	2 (16,7)	-	-	-	5 (11,4)
verbessert tn	1 (5,6)	-	-	-	-	1 (2,3)
Verschlechterung	5 (27,8)	-	2 (25,0)	2 (40,0)	1 (12,5)	10 (22,5)
verschlechtert	4 (22,2)	-	2 (25,0)	1 (20,0)	1 (12,5)	8 (18,2)
verschlechtert tn	1 (5,6)	-	-	-	-	1 (2,3)
exazerbiert	-	-	-	1 (20,0)	-	1 (2,3)
Keine	6 (33,3)	4 (33,3)	3 (37,5)	3 (60,0)	-	16 (36,4)

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Zum Postzeitpunkt (Tabelle.5.11) profitieren 56,6% aller Patienten. Hier zeigen sich auch bei den Soziophobikern hohe Raten an klinisch signifikanter Verbesserung.

Tabelle 5.11: Klinische Veränderungen Skala SCL-PST, Post**Veränderungsqualität (%)¹**

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	3 (50,0)	9 (75,0)	8 (80,0)	3 (42,9)	1 (33,3)	20 (56,6)
geheilt	3 (21,4)	3 (25,0)	5 (50,0)	3 (42,9)	-	14 (26,4)
verbessert	3 (14,3)	6 (50,0)	3 (30,0)	-	1 (33,3)	13 (24,5)
verbessert tn	3 (14,3)	-	-	-	-	3 (5,7)
Verschlechterung	4 (19,1)	-	-	1 (14,3)	-	5 (9,4)
verschlechtert	4 (19,1)	-	-	1 (14,3)	-	5 (9,4)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	5 (23,8)	2 (16,7)	2 (20,0)	3 (42,9)	1 (33,3)	13 (24,5)
Gesamt	21	12	10	7	3	53

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Anhand der globalen Kennwerte des SCL-90-R lässt sich demnach für die Gesamtstichprobe zusammenfassen, dass zum Entlassungszeitpunkt hohe bis sehr hohe Raten klinischer Signifikanz vorliegen, die jedoch zum Katamnesezeitpunkt wieder geringer ausfallen. Lediglich in Bezug auf die Skala PSDI zeigen sich zum Katamnesezeitpunkt die Patienten mehrheitlich gebessert. Auf der Ebene der Diagnosegruppen ist festzuhalten, dass Patienten mit einer primären Angststörung mehrheitlich sowohl kurz- als auch langfristig bzgl. der Gesamtindices profitieren.

Betrachtet man die Subskalen, so erscheinen auf der Skala Somatisierung zum Follow-up-Zeitpunkt nur 28,3% der Patienten reliabel gebessert, 13,6% verschlechtert und 59,1% zeigen keine reliablen Verbesserungen (davon 66,7% Depressive, 50% Angstpatienten, 50% Soziophobiker und 80% Zwangspatienten). Lediglich Angstpatienten profitieren zur Hälfte (50% Geheilte). Auch zum Entlassungszeitpunkt gibt es kein positiveres Bild: 67,9% aller Patienten zeigen keine reliable Verbesserung, das sind 66,7% aller depressiven Patienten, 50% der Angstpatienten, 50% der Soziophobiker sowie 80% der Zwangspatienten.

Auch auf der Skala Zwanghaftigkeit fällt zum Katamnesezeitpunkt der hohe Anteil von unveränderten Patienten in allen Diagnosegruppen auf: 66,6% depressive Patienten, 58,3% Angstpatienten, 75% Sozialphobiker, 100% Zwangspatienten und „sonstige“ Patienten (das sind 70,4% aller Patienten). Dem stehen insgesamt 27,3% klinisch signifikante Verbesserungen gegenüber (33,4% Depressive, 41,7% Angstpatienten 12,5% Soziophobiker). Zum Entlassungszeitpunkt ändern sich diese Zahlen nur wenig. Allerdings profitieren Zwangspatienten unmittelbar nach Therapieende mehrheitlich: es zeigen sich 57,1% Zwangspatienten klinisch signifikant gebessert.

Über das Ausmaß reliabler Veränderungen bezüglich der Skala Unsicherheit im SCL-90-R gibt Tabelle 5.12 Auskunft. Auch hier ist der hohe Anteil klinisch unveränderter Patienten deutlich.

Tabelle 5.12: Klinische Veränderungen Skala SCL-Unsicherheit, Follow-up
Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	4 (22,2)	5 (41,6)	2 (24,5)	-	-	11 (25,1)
geheilt	4 (22,2)	4 (33,3)	1 (12,5)	-	-	9 (20,6)
verbessert	-	1 (8,3)	1 (12,5)	-	-	2 (4,5)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	2 (11,2)	-	1 (12,5)	1 (20,0)	-	4 (9,0)
verschlechtert	1 (5,6)	-	1 (12,5)	-	-	2 (4,5)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	1 (5,6)	-	-	1 (20,0)	-	2 (4,5)
Keine	12 (66,6)	7 (58,4)	5 (62,5)	4 (80,0)	1 (100)	29 (65,9)

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Zum Postzeitpunkt (Tabelle 5.13) fällt der hohe Anteil gebesserter Soziophobiker auf (61,4%), insgesamt ist die Rate klinisch gebesserter Patienten um ca. 10% höher als zum Katamnesezeitpunkt.

Tabelle 5.13: Klinische Veränderungen Skala SCL-Unsicherheit, Post
Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	3 (14,2)	7 (51,2)	7 (61,4)	1 (14,3)	1 (33,3)	19 (35,8)
geheilt	3 (14,2)	6 (42,9)	3 (30,0)	1 (14,3)	1 (33,3)	14 (26,4)
verbessert	-	1 (8,3)	4 (40,0)	-	-	5 (9,4)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	1 (4,8)	-	-	-	-	1 (1,9)
verschlechtert	1 (4,8)	-	-	-	-	1 (1,9)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	17 (81,0)	5 (41,8)	3 (30,0)	6 (85,7)	2 (66,7)	33 (62,3)
Gesamt	21	12	10	7	3	53

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Auch bei der Skala Depressivität fallen die geringen Raten klinischer Verbesserung auf. Insgesamt 34,1% der Patienten verbessern sich zum Katamnesezeitpunkt klinisch signifikant (Tabelle 5.14).

Tabelle 5.14: Klinische Veränderungen Skala SCL-Depressivität, Follow-up
Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	7 (38,9)	6 (50,0)	2 (25,0)	-	-	15 (34,1)
geheilt	4 (22,2)	5 (41,7)	2 (25,0)	-	-	11 (25,0)
verbessert	3 (16,7)	1 (8,3)	-	-	-	4 (9,1)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	1 (5,5)	-	1 (12,5)	2 (40,0)	-	4 (9,2)
verschlechtert	1 (5,5)	-	1 (12,5)	-	-	2 (4,6)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	-	-	-	2 (40,0)	-	2 (4,6)
Keine	10 (55,6)	6 (50,0)	5 (12,5)	3 (60,0)	1 (100)	25 (56,7)

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Diese Werte fallen auch zum Entlassungszeitpunkt (Tabelle 5.15) nur unwesentlich höher aus.

Tabelle 5.15: Klinische Veränderungen Skala SCL- Depressivität, Post
Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	8 (38,1)	6 (50,0)	3 (40,0)	1 (14,3)	2 (66,7)	21 (39,6)
geheilt	7 (33,3)	4 (33,3)	3 (30,0)	1 (14,3)	-	15 (28,3)
verbessert	1 (4,8)	2 (16,7)	1 (10,0)	-	2 (66,7)	6 (11,3)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	-	-	-	-	-	-
Keine	13 (61,9)	6 (50,0)	6 (60,0)	6 (85,7)	1 (33,3)	32 (60,4)
Gesamt	21	12	10	7	3	53

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Bezüglich der allgemeinen Ängstlichkeit (Tabelle 5.16) ist evident, dass sich die Patienten mit einer primären Angstsymptomatik (Angstpatienten, Sozialphobiker) zum Katamnesezeitpunkt zu knapp zwei Drittel klinisch signifikant verbessern.

Tabelle 5.16: Klinische Veränderungen Skala SCL-Ängstlichkeit, Follow-up
Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	6 (33,4)	8 (66,6)	5 (62,5)	-	-	19 (43,2)
geheilt	3 (16,7)	4 (33,3)	1 (12,5)	-	-	8 (18,2)
verbessert	3 (16,7)	4 (33,3)	4 (50,0)	-	-	11 (25,0)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	2 (11,1)	-	-	-	-	2 (4,6)
verschlechtert	2 (11,1)	-	-	-	-	2 (4,6)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	10 (55,6)	4 (33,3)	3 (37,5)	5 (100)	1 (100)	23 (52,3)

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Im Vergleich zum Postzeitpunkt (Tabelle 5.17) ist bei beiden Gruppen sogar eine Erhöhung des Anteils klinisch signifikanter Veränderungen zum Katamnesezeitpunkt festzustellen.

Tabelle 5.17: Klinische Veränderungen Skala SCL-Ängstlichkeit, Post
Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	9 (42,9)	7 (58,4)	6 (60,0)	1 (14,3)	-	23 (43,4)
geheilt	4 (19,1)	2 (16,7)	6 (60,0)	1 (14,3)	-	13 (24,5)
verbessert	5 (23,8)	5 (41,7)	-	-	-	10 (18,9)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	1 (4,8)	-	-	-	-	1 (1,9)
verschlechtert	1 (4,8)	-	-	-	-	1 (1,9)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	-	-	-	-	-	-

Fortsetzung Tabelle 5.17

Keine	11 (52,4)	5 (41,7)	4 (40,0)	6 (85,7)	3 (100)	29 (54,7)
Gesamt	21	12	10	7	3	53

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Die für die Patienten der VTTK eher unspezifische Skala Aggressivität zeigt zum Katamnesezeitpunkt 13,7% klinisch signifikant gebesserte Patienten, 2,3% verschlechterte und 79,6% unveränderte. Zum Entlassungszeitpunkt sind 11,4% Patienten klinisch signifikant verbessert, klinisch unverändert erscheinen 84,8% aller Patienten, 3,8% verschlechtert.

Auf der Ebene der Gesamtgruppe sind bezüglich der konkreten phobischen Angst (Tabelle 5.18) zum Katamnesezeitpunkt 34,1% aller Patienten signifikant gebessert. Dies liegt an den primär depressiven Patienten, die in dieser für sie unspezifischen Kategorie naturgemäß testneutral sind.

Tabelle 5.18: Klinische Veränderungen Skala SCL-Phobische Angst, Follow-up Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	2 (11,1)	8 (66,6)	5 (62,5)	-	-	15 (34,1)
geheilt	2 (11,1)	4 (33,3)	3 (37,5)	-	-	9 (20,5)
verbessert	-	4 (33,3)	2 (25,0)	-	-	6 (13,6)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	3 (16,7)	-	1 (12,5)	-	-	4 (9,1)
verschlechtert	3 (16,7)	-	1 (12,5)	-	-	4 (9,1)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	13 (72,2)	4 (33,3)	2 (25,0)	5 (100)	1 (100)	25 (56,8)

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Von den relevanten Patienten, bei denen phobische Angst die Hauptsymptomatik ist, also Patienten mit einer primären Angststörung oder einer primären Sozialen Phobie, sind zum Katamnesezeitpunkt jeweils zwei Drittel klinisch signifikant gebessert. Gegenüber den sehr hohen Raten von mindestens 75% zum Postzeitpunkt (Tabelle

5.19) sind diese Werte allerdings ein wenig niedriger. Hier profitieren also auch die Patienten mit einer sozialen Phobie.

Tabelle 5.19: Klinische Veränderungen Skala SCL-Phobische Angst, Post Veränderungsqualität (%)¹

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	4 (19,1)	9 (75,0)	8 (80,0)	2 (28,6)	-	23 (43,4)
geheilt	1 (4,8)	3 (25,0)	4 (40,0)	1 (14,3)	-	9 (17,0)
verbessert	3 (14,3)	6 (50,0)	4 (40,0)	1 (14,3)	-	14 (26,4)
verbessert tn	-	-	-	-	-	-
Verschlechterung	-	-	-	-	-	-
Keine	17 (81,0)	3 (25,0)	2 (20,0)	5 (71,4)	3 (100)	30 (56,6)
Gesamt	21	12	10	7	3	53

¹ DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Generell auffällig sind die geringen Werte klinischer Verbesserung in den spezifischen Angstskalen bei den Zwangspatienten, was ein Indiz dafür ist, dass Zwangspatienten eine eigenständige und nicht primär als ängstlich zu klassifizierende Patientengruppe darstellen. Aus der klinischen Praxis ist bekannt, dass konkret ängstlich getönte Affekte bei Zwangspatienten nur *eine* Ausprägung der emotionalen Variationsbreite darstellen; oft wird der begleitende Hauptaffekt als unspezifische „Aufgeregtheit“ erlebt und in der Literatur gemeinhin als „discomfort“ klassifiziert.

In der für die Symptomatik der Tagesklinikpatienten relativ unspezifischen Skala Paranoides Denken erscheinen zum Katamnesezeitpunkt 20,5% Patienten reliabel gebessert, 72,7% unverändert und 4,6% verschlechtert. Gegenüber dem Postzeitpunkt ist das eine Erhöhung der Raten. Hier erscheinen insgesamt nur 15,1% reliabel gebessert, gegenüber 84,9% Patienten ohne klinisch signifikante Veränderung. Sowohl bei Patienten mit primärer Angst- als auch mit Depressiver Störung erhöhen sich die Raten klinisch signifikanter Verbesserung gegenüber dem Postzeitpunkt um ca. 10%.

In der für die VTTK-Klientel ebenfalls sehr unspezifischen Skala Psychotizismus erscheinen zum Katamnesezeitpunkt 81,8% der Patienten unverändert (Post: 84,9%), 9,1% geheilt (Post: 11,3%), 6,8% verschlechtert (Post: 1,9%) und 2,3% exazerbiert.

Insgesamt ist demnach für die Skalen des SCL-90-R Folgendes festzuhalten:

- * Patienten mit primärer Angstsymptomatik weisen in allen Mittelwertskalen sowie in den für sie spezifischen Skalen Phobische Angst und Ängstlichkeit zum Post- und Katamnesezeitpunkt überaus hohe Raten an klinisch signifikanter Verbesserung auf, die z.T. über 83% reichen.
- * Patienten mit primär depressiver Symptomatik zeigen zum Katamnesezeitpunkt in keiner Skala des SCL Raten von über 50% klinisch signifikanter Verbesserung. Zum Entlassungszeitpunkt profitieren depressive Patienten indes mehrheitlich auf den Skalen GSI (57%) und PSDI (76,2%).
- * Sozial ängstliche Patienten profitieren zum Katamnesezeitpunkt mehrheitlich auf der Skala PSDI (62,5%) sowie in den für sie spezifischen Skalen Ängstlichkeit (62,5%) und Phobische Angst (62,5%). Zum Postzeitpunkt profitieren sie mehrheitlich (d.h. konkret über mindestens 61%) auf allen Gesamtskalen sowie auf den für sie spezifischen Skalen Unsicherheit, Ängstlichkeit, Phobische Angst, von Raten bis zu 80%.
- * Zwangspatienten zeigen i.d.R. keine reliablen Veränderungen. Lediglich zum Entlassungszeitpunkt profitiert auf der Skala PSDI (Intensität der Antworten) über die Hälfte der Patienten (57,2%). Sonstige hohe Raten werden ebenfalls zum Entlassungszeitpunkt erzielt, nämlich auf den Skalen PST (Anzahl belastender Symptome) (42,9%) und dem Gesamtindex GSI (43,9%).
- * In den für die Tageskliniklientel unspezifischen Skalen Somatisierung, Paranoides Denken, Psychotizismus und Aggressivität gibt es erwartungsgemäß keine Diagnosegruppe, die sich mehrheitlich (d.h. über 50%) klinisch signifikant verbessert.
- * Angesichts der geringen Fallzahlen erscheinen Zusammenfassungen für die Diagnosegruppe „Sonstige“ nicht angemessen.

5.4. Angstbatterie Kognition und Vermeidung (AKV)

Die „Angstbatterie Kognition und Vermeidung“ haben zum Katamnesezeitpunkt nur Patienten mit primärer Angststörung und primär depressive Patienten erhalten. Tabelle 5.20 zeigt die sehr hohen Raten klinischer Signifikanz zum Katamnesezeitpunkt im Mobilitätsinventar, Skala „allein“, d.h. dem Ausmaß an Vermeidungsverhalten in Bezug auf Situationen, die die Patienten ohne Begleitung aufsuchen. Hier sind sogar insgesamt 80% gebessert, 60% der Patienten sind „geheilt“. Die beiden primär depressiven Patienten mit einer komorbiden Angststörung sind ebenfalls verbessert.

Tabelle 5.20: Klinische Veränderungen im MI-a, Follow-up

	DEPR	ANGST	Gesamt
Verbesserung	2 (100)	8 (80,0)	8 (83,3)
geheilt	-	6 (60,0)	6 (50,0)
verbessert	2 (100)	1 (10,0)	3 (25,0)
verbessert tn	-	1 (10,0)	1 (8,3)
Verschlechterung	-	1 (10,0)	1 (8,3)
verschlechtert	-	-	-
verschlechtert tn	-	1 (10,0)	1 (8,3)
exazerbiert	-	-	-
Keine	-	1 (10,0)	1 (8,3)

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), tn = testnormal.

Die primär depressiven Patienten verbessern sich sogar zum Katamnesezeitraum bezüglich der Vermeidungssymptomatik, wie ein Vergleich mit den Ergebnissen zum Entlassungszeitpunkt zeigt (Tabelle 5.21). Hier fällt auch auf, dass weniger Patienten mit primärer Angststörung „geheilt“ erscheinen

Tabelle 5.21: Klinische Veränderungen im MI-a, Post

	DEPR	ANGST	SOZ PH	Gesamt
Verbesserung	2 (66,7)	10 (83,3)	1 (50,0)	13 (76,5)
geheilt	-	6 (50,0)	1 (50,0)	7 (41,2)
verbessert	2 (66,7)	4 (33,3)	-	6 (35,3)
verbessert tn	-	-	-	-
Verschlechterung	-	-	-	-
Keine	1 (33,3)	2 (16,7)	1 (50,0)	4 (23,5)
Gesamt	3	12	2	17

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie; tn = testnormal.

Die Raten für die Skala Mi-b (begleitet) fallen geringer aus als die für die unbegleiteten Situationen (Tabelle 5.21). Dies deckt sich mit dem klinischen Eindruck, wonach Angstpatienten in Begleitung sehr häufig eine wesentlich größere Mobilität aufweisen als unbegleitet.

Tabelle 5.22: Klinische Veränderungen MI-b, Follow-up

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>Gesamt</i>
Verbesserung	1 (50,0)	6 (60,0)	7 (58,3)
geheilt	-	3 (30,0)	3 (25,0)
verbessert	1 (50,0)	2 (20,0)	3 (25,0)
verbessert tn	-	1 (10,0)	1 (8,3)
Verschlechterung tn	-	1 (10,0)	1 (10,0)
Keine	1 (50,0)	3 (30,0)	4 (33,3)

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie; tn = testnormal.

Im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt (Tabelle 5.23) bleibt die Rate an positiver Veränderung bei den primär ängstlichen Patienten relativ konstant, wohingegen sie bei den Depressiven vom Entlassungszeitpunkt zur Katamnese absinkt.

Tabelle 5.23: Klinische Veränderungen MI-b, Post

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>SOZ PH</i>	<i>Gesamt</i>
Verbesserung	2 (66,6)	7 (58,3)	1 (50,0)	10 (58,9)
geheilt	1 (33,3)	4 (33,3)	1 (50,0)	6 (35,3)
verbessert	1 (33,3)	1 (8,3)	-	2 (11,8)
verbessert tn	-	2 (16,7)	-	2 (11,8)
Verschlechterung	1 (33,3)	-	1 (50,0)	2 (11,8)
Keine	-	5 (41,7)	-	5 (29,4)
Gesamt	3	12	2	17

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie; tn = testnormal.

In der Skala Body Sensation Questionnaire (BSQ) der „Angstbatterie Kognition und Vermeidung“, die auf beängstigende Körperempfindungen fokussiert, profitieren Angstpatienten zum Katamnesezeitpunkt zu 50% (Tabelle 5.24). Auch zum Entlassungszeitpunkt ist der Wert ähnlich (Tabelle 5.25). Zudem sind die hohen Raten unveränderter Werte in allen Diagnosegruppen zum Entlassungszeitpunkt evident.

Tabelle 5.24: Klinische Veränderungen BSQ, Follow-up

	DEPR	ANGST	Gesamt
Verbesserung	-	5 (50,0)	5 (41,6)
geheilt	-	3 (30,0)	3 (25,0)
verbessert	-	1 (10,0)	1 (8,3)
verbessert tn	-	1 (10,0)	1 (8,3)
Verschlechterung	1 (50,0)	-	1 (8,3)
Keine	1 (50,0)	5 (50,0)	6 (50,0)

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie); tn = testnormal.

Tabelle 5.25: Klinische Veränderungen Skala BSQ, Post

	DEPR	ANGST	SOZ PH	Gesamt
Verbesserung	-	6 (50,0)		6 (34,3)
geheilt	-	2 (16,7)	-	2 (11,8)
verbessert	-	3 (25,0)	-	3 (17,6)
verbessert tn	-	1 (8,3)	-	1 (5,9)
Verschlechterung	-	-	-	-
Keine	3 (100)	6 (50,0)	2 (100)	11 (64,7)
Gesamt	3	12	2	17

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie; tn = testnormal.

Das Instrument umfasst vor allem beängstigende Körperempfindungen in Panikattacken. Da nur zwei Patienten in der Diagnosegruppe eine reine Panikstörung aufwiesen, alle anderen auch eine phobische Vermeidungssymptomatik hatten, könnten die im Vergleich mit dem Mobilitätsinventar geringeren Erfolgsraten Anzeichen für eine eher alltagsnahe, mobilitätserhöhende Behandlung in der Tagesklinik sein, in der kognitive Interventionen oder die alleinige Konfrontation mit Körpersymptomen einen geringeren Stellenwert hat.

Das ACQ (*Automatic Cognition Questionnaire*) derselben Fragebogenbatterie umfasst die Skalen Körperliche Krisen und Kontrollverlust. Zur Katamnese sind über 55% Angstpatienten verbessert auf der Subskala Körperliche Krisen (Tabelle 5.26).

Tabelle 5.26: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Körperliche Krisen, Follow-up

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>Gesamt</i>
Verbesserung	-	5 (55,5)	4 (45,5)
geheilt	-	2 (22,2)	2 (18,2)
verbessert	-	3 (33,3)	2 (27,3)
Verschlechterung	1 (50,0)	1 (11,1)	2 (18,2)
Keine	1 (50,0)	3 (33,3)	4 (36,4)

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie); tn = testnormal.

Diese Werte sind ca. 10% höher als beim Entlassungszeitpunkt. Dort fällt zudem auf, dass zwei komorbide Soziophobiker verbessert erscheinen. Über die Ergebnisse in der Skala Kontrollverlust zum Katamnesezeitpunkt informiert die folgende Tabelle 5.27. Hier sind zwei Drittel der Patienten zum Katamnesezeitpunkt verbessert. Die Werte sind annähernd vergleichbar mit denen zum Entlassungszeitpunkt.

Tabelle 5.27: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Kontrollverlust, Follow-up

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>Gesamt</i>
Verbesserung	-	6 (66,6)	6 (54,6)
geheilt	-	3 (33,3)	3 (27,3)
verbessert	-	3 (33,3)	3 (27,3)
Verschlechterung	1 (50,0)	-	1 (9,1)
verschlechtert	1 (50,0)	-	1 (9,1)
Keine	1 (50,0)	3 (33,3)	4 (36,4)

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie); tn = testnormal.

In der Gesamtskala des ACQ erscheinen zum Katamnesezeitpunkt allerdings nur 44,4% primäre Angstpatienten verbessert, der Großteil (55,6%) bleibt unverändert. Die beiden depressiven Patienten erscheinen unverändert oder verschlechtert.

Tabelle 5.28: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Gesamt, Follow-up

	DEPR	ANGST	Gesamt
Verbesserung	-	4 (44,4)	4 (36,4)
geheilt	-	2 (22,2)	2 (18,2)
verbessert	-	2 (22,2)	2 (18,2)
verbessert tn	-	-	-
Verschlechterung	1 (50,0)	-	1 (9,1)
verschlechtert	1 (50,0)	-	
verschlechtert tn	-	-	
exazerbiert	-	-	
Keine	1 (50,0)	5 (55,6)	6 (54,5)

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie); tn = testnormal.

Im Vergleich dazu sind die Werte für reliable Verbesserungen zum Postzeitpunkt deutlich höher, wie Tabelle 5.29 zeigt.

Tabelle 5.29: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Gesamt, Post

	DEPR	ANGST	SOZ PH	Gesamt
Verbesserung	-	7 (63,7)	2 (100)	9 (56,3)
geheilt	-	2 (18,2)	1 (50,0)	3 (18,8)
verbessert	-	5 (45,5)	1 (50,0)	6 (37,5)
verbessert tn	-	-	-	-
Verschlechterung	-	-	-	-
Keine	3 (100)	4 (36,4)	-	7 (43,8)
Gesamt	3	11	2	16

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie; tn = testnormal.

Insgesamt profitieren Patienten des Jahrgangs 2000 mit einer primären Angstsymptomatik zu allen Zeitpunkten besonders gut in Hinblick auf die Erhöhung der Mobilität und etwas schlechter in Bezug auf dysfunktionale Kognitionen oder beängstigende Körperempfindungen.

5.5. Hamburger Zwangs Inventar (HZI-K)

Insgesamt ergeben sich im HZI kaum reliable Veränderungen. In der Skala HZI-A (Kontrollhandlungen, gedankliches Kontrollieren) erscheint kein Patient über den Post- oder Katamnesezeitpunkt reliabel verändert. Im HZI-B (Waschen und Putzen) sind zum Katamnesezeitpunkt ein Angstpatient (11,1% der Angstpatienten) sowie ein Zwangspatient (20% der Zwangspatienten) testnormal gebessert (insgesamt 7,1%). Zum Postzeitpunkt erweist sich nur ein depressiver Patient als „geheilt“ (5,6% der depressiven und 2,1% aller Patienten). Auch in der Skala HZI-C (Ordnen) sind alle Patienten zum Katamnesezeitpunkt unverändert, auch hier ist zum Postzeitpunkt nur ein depressiver Patient testnormal verbessert (5,6% der Depressiven und 2,1% aller Patienten). In der Skala HZI-D (Zählen, Berühren, Sprechen) sind ein Patient mit einer primären depressiven Symptomatik (9,1%) sowie ein Zwangspatient (20%) „geheilt“, ein Angstpatient erscheint testnormal verbessert. Insgesamt sind demnach 10,7% der Patienten reliabel gebessert, der Rest bleibt unverändert. Auf dieser Skala erscheinen zum Postzeitpunkt 2 depressive Patienten (11,1%) und 1 Angstpatient (11,1%) als „geheilt“, 1 Angstpatient als testnormal gebessert, das sind insgesamt 8,5%. In der Skala HZI-F (Gedankenzwänge) ist zum Post- und Katamnesezeitpunkt 1 Zwangspatient „geheilt“ (25% bzw. 50% der Zwangspatienten, insgesamt 2,1%).

In der Skala HZI-F (zwanghafte Vorstellungen, sich oder anderen Leid zuzufügen) sind die größten Raten an reliabler Verbesserung zu verzeichnen: Zum Katamnesezeitpunkt erweisen sich 4 Patienten mit depressiver Primärsymptomatik (36,4% der depressiven Patienten) und 2 Angstpatienten (22,2%) als „geheilt“, 1 Depressionspatient (9,1%) und wiederum 2 Angstpatienten erscheinen gebessert. Insgesamt ist so eine klinisch signifikante Verbesserung bei 32,1% der Patienten evident. Demgegenüber exazerbiert die Symptomatik bei einem Zwangspatienten (20%). Zum Postzeitpunkt profitieren 5 depressive Patienten im Sinne einer „Heilung“ (27,8%), 2 Angstpatienten (14,3%) sowie 2 Zwangspatienten (50,0%), ein depressiver Patient verbessert sich zudem. Demnach verändern sich 21,2% der Patienten im Sinne klinischer Signifikanz. Ein Patient mit einer Zwangsstörung (11,1%) erscheint dabei als Verschlechterung (insgesamt 2,1%).

5.6. Unsicherheitsfragebogen

Auf den einzelnen Skalen des Unsicherheitsfragebogens zeigen sich insgesamt Raten klinischer Veränderung von unter 50%. Tabelle 5.30 informiert über signifikante Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt für die Skala Fehlschlag- und Kritikangst.

Tabelle 5.30: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Fehlschlag- und Kritikangst, Follow-up

Veränderungsqualität (%)¹						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	15 (50,0)	9 (42,9)	2 (22,2)	1 (20,0)	-	27 (40,1)
geheilt	13 (43,3)	5 (23,8)	-	-	-	18 (26,1)
verbessert	-	1 (4,8)	2 (22,2)	1 (20,0)	-	4 (5,8)
verbessert tn	2 (6,7)	3 (14,3)	-	-	-	5 (7,2)
Verschlechterung	1 (3,3)	-	-	-	1 (25,0)	2 (2,8)
verschlechtert	-	-	-	-	1 (25,0)	1 (1,4)
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	1 (3,3)	-	-	-	-	1 (1,4)
Keine	14 (46,7)	12 (57,1)	7 (77,8)	4 (80,0)	3 (75,0)	40 (58,0)
Gesamt	30	21	9	5	4	69

¹ Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Im Vergleich zum Postzeitpunkt (Tabelle 5.31) wird deutlich, dass sich die Raten der Patienten mit primär depressiver, primär ängstlicher oder primärer Zwangssymptomatik zum Katamnesezeitpunkt deutlich verbessern, wohingegen sie sich bei den anderen Gruppen verschlechtern.

Tabelle 5.31: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Fehlschlag- und Kritikangst, Post

Veränderungsqualität (%)¹						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	10 (25,0)	6 (24,0)	6 (46,2)	1 (10,0)	2 (33,4)	25 (36,6)
geheilt	8 (20,0)	3 (12,0)	4 (30,8)	-	1 (16,7)	16 (17,0)
verbessert	1 (2,5)	3 (12,0)	2 (15,4)	1 (10,0)	1 (16,7)	8 (8,5)
verbessert tn	1 (2,5)	-	-	-	-	1 (1,1)

Fortsetzung Tabelle 5.31

Verschlechterung	1 (2,5)	1 (4,0)	1 (7,7)	-	-	3 (3,3)
verschlechtert	-	1 (4,0)	-	-	-	1 (1,1)
verschlechtert tn	1 (2,5)	-	-	-	-	1 (1,1)
exazerbiert	-	-	1 (7,7)	-	-	1 (1,1)
Keine	29 (72,5)	18 (72,0)	6 (46,2)	9 (90,0)	4 (66,7)	66 (70,2)
Gesamt	40	25	13	10	6	94

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

In Bezug auf die Skala Kontaktangst (Tabelle 5.32) wird deutlich, dass primäre Angstpatienten zu einem Großteil (57,1%) profitieren, ansonsten die Mehrzahl der Patienten jedoch keine reliable Veränderung aufweist.

**Tabelle 5.32: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Kontaktangst, Follow-up
Veränderungsqualität (%)[†]**

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	23 (43,4)	12 (57,1)	2 (22,2)	-	-	27 (39,3)
geheilt	11 (36,7)	7 (33,3)	1 (11,1)	-	-	19 (27,5)
verbessert	-	1 (4,8)	1 (11,1)	-	-	2 (2,9)
verbessert tn	2 (6,7)	4 (19,0)	-	-	-	6 (8,7)
Verschlechterung	1 (3,3)	-	-	-	-	1 (1,4)
verschlechtert	-	-	-	-	-	-
verschlechtert tn	-	-	-	-	-	-
exazerbiert	1 (3,3)	-	-	-	-	1 (1,4)
Keine	16 (53,3)	9 (42,9)	7 (77,8)	5 (100)	4 (100)	41 (59,4)
Gesamt	30	21	9	5	4	69

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Anhand der Werte zum Entlassungszeitpunkt (Tabelle 5.33) fällt wiederum die deutliche Steigerung der Raten bei primär depressiven und primären Angstpatienten über den Katamnesezeitraum hinweg auf.

Tabelle 5.33: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Kontaktangst, Post

Veränderungsqualität (%)[†]						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	14 (35,0)	7 (28,0)	6 (36,2)	-	1 (16,7)	28 (29,8)
geheilt	10 (25,0)	6 (24,0)	3 (23,1)	-	1 (16,7)	20 (21,3)
verbessert	1 (2,5)	-	2 (15,4)	-	-	3 (3,2)
verbessert tn	3 (7,5)	1 (4,0)	1 (7,7)	-	-	5 (5,3)
Verschlechterung	2 (5,0)	-	-	-	-	2 (2,2)
verschlechtert	-	-	-	-	-	-
verschlechtert tn	1 (2,5)	-	-	-	-	1 (1,1)
exazerbiert	1 (2,5)	-	-	-	-	1 (1,1)
Keine	24 (60,0)	18 (72,0)	7 (53,8)	10 (100)	5 (83,8)	64 (68,1)
Gesamt	40	25	13	10	6	94

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Die Skala Forderungen stellen (Tabelle 5.34) weist zum Katamnesezeitpunkt von allen Skalen die meisten reliabel verbesserten Patienten auf (47,8%). Patienten mit primärer Angst- oder sozialphobischer Symptomatik profitieren mehrheitlich.

Tabelle 5.34: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Forderungen stellen, Follow-up

Veränderungsqualität (%)[†]						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	15 (50,0)	11 (52,4)	5 (55,5)	-	2 (50,0)	33 (47,8)
geheilt	11 (36,7)	8 (38,1)	1 (11,1)	-	2 (50,0)	22 (31,9)
verbessert	1 (3,3)	-	3 (33,3)	-	-	4 (5,8)
verbessert tn	3 (10,0)	3 (14,3)	1 (11,1)	-	-	7 (10,1)
Verschlechterung	2 (6,7)	3 (14,3)	1 (11,1)	-	2 (50,0)	8 (11,5)
verschlechtert	-	-	-	-	-	-
verschlechtert tn	-	1 (4,8)	-	-	-	1 (1,4)
exazerbiert	2 (6,7)	2 (9,5)	1 (11,1)	-	2 (50,0)	7 (10,1)
Keine	13 (43,3)	7 (33,3)	3 (33,3)	5 (100,0)	-	28 (40,6)
Gesamt	30	21	9	5	4	69

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Im Vergleich mit dem Entlassungszeitpunkt (Tabelle 5.35) weisen bis auf die Zwangspatienten alle anderen Diagnosegruppen zum Katamnesezeitraum deutlich verbesserte Raten auf.

Tabelle 5.35: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Forderungen stellen, Post Veränderungsqualität (%)[†]

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>SOZ PH</i>	<i>ZWANG</i>	<i>SONST</i>	<i>Gesamt</i>
Verbesserung	16 (40,0)	6 (24,0)	6 (46,2)	2 (20,0)	2 (33,3)	32 (34,0)
geheilt	10 (25,0)	6 (24,0)	4 (30,8)	-	2 (33,3)	22 (23,4)
verbessert	4 (10,0)	-	2 (15,4)	1 (10,0)	-	7 (7,4)
verbessert tn	2 (5,0)	-	-	1 (10,0)	-	3 (3,2)
Verschlechterung	1 (2,5)	-	-	-	1 (16,7)	2 (2,1)
verschlechtert	-	-	-	-	-	-
verschlechtert tn	1 (2,5)	-	-	-	1 (16,7)	2 (2,1)
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	23 (57,5)	19 (76,0)	7 (53,8)	8 (80,0)	3 (50,0)	60 (63,8)
Gesamt	40	25	13	10	6	94

[†] Spaltenprozentage;

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Auf der Skala Nicht-Nein-Sagen erscheinen zum Katamnesezeitpunkt 75,4% der Patienten klinisch unverändert, das ist annähernd soviel wie zum Entlassungszeitpunkt (75,5%). Dennoch steigern sich zum Follow-up-Zeitpunkt auch hier die Raten in der Gruppe der primär depressiven Patienten von 20% auf 23,3% und der primären Angstpatienten von 24% auf 38,1%. Alle anderen Patientengruppen weisen zum Katamnesezeitpunkt wieder weniger klinisch signifikante Verbesserungen auf als zum Entlassungszeitpunkt. - 16,9% aller Patienten erscheinen klinisch signifikant verbessert auf der Skala Schuldgefühle, 1,4% verschlechtert und 82,6% unverändert. Diese Zahlen sind gegenüber dem Postzeitpunkt nahezu unverändert (17,1% klinisch verbessert, 2,1 verschlechtert, 80,9% unverändert). - Auf der Skala Anständigkeit erscheinen zum Zeitpunkt der Katamnese insgesamt 14,4% aller Patienten klinisch gebessert, 1,4% verschlechtert und 84,1% unverändert.

Insgesamt betrachtet ist demnach auf keiner Skala des Unsicherheitsfragebogens die Rate klinisch signifikant verbesserter Patienten in der Gesamtstichprobe größer

als 50%. Lediglich einzelne Diagnosegruppen profitieren zu mehr als die Hälfte in klinisch signifikanter Weise. Das sind primäre Angstpatienten auf den Skalen Forderungen stellen und Kontaktangst sowie primär sozialphobische Patienten auf der Skala Forderungen stellen. Deutlich ist darüber hinaus, dass sich die Anzahl klinisch signifikanter Verbesserungen in den Diagnosegruppen Depression und Angststörung zum Katamnesezeitpunkt jeweils deutlich erhöht, wenn sie auch die 50% nicht überschreitet.

5.7. Fear Survey Schedule

In den *Fear-Survey*-Skalen liegen keine Reliabilitätswerte für eine gesunde und repräsentative Stichprobe vor. Daher wird in Anlehnung an Münchau (2001) eine individuelle Erfolgseinschätzung anhand „klinisch bewährter“ Cut-Off-Werte vorgenommen, die nach Peter (2002) für die FSSP-Skala modifiziert wurden. Die Angaben in den folgenden Tabellen sind demnach insgesamt nicht zufallskritisch abgesichert. Die Darstellung erfolgt aber in Anlehnung an die Einteilung gemäß klinischer Signifikanz. Als „geheilt“ werden alle Patienten bezeichnet, deren Prä-Werte über dem Cut-Off-Wert und deren Post- oder Katamnesewerte unterhalb liegen. „Verbessert“ sind Patienten mit gegenüber dem Prä-Wert geringerem Post-/Katamnesewert, entsprechend „verschlechtert“ sind Patienten mit gegenüber dem Prä-Wert höherem Post- oder Katamnesewert. „Testnormal“ sind alle Patienten, die zur Aufnahme bereits unterhalb des Cut-Off-Wertes liegen. Als „exazerbiert“ werden alle Patienten eingestuft, deren Prä-Werte unterhalb des Cut-Off-Wertes sind, deren Post- oder Katamnesewerte den Cut-Off-Wert überschreiten. Unveränderte Werte bedeuten, dass der Prä- und Katamnesewert identisch sind. Tabelle 5.36 informiert über die Veränderungen in der Skala Agoraphobie des FSS-P.

Tabelle 5.36: Veränderungen im FSS-P, Skala Agoraphobie, Follow-up

Klinische Veränderungen (%)¹

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>SOZ PH</i>	<i>ZWANG</i>	<i>SONST</i>	<i>Gesamt</i>
<i>Verbesserung</i>	10 (66,6)	16 (80,0)	-	-	-	26 (66,7)
geheilt	2 (13,3)	9 (45,0)	-	-	-	11 (28,2)
verbessert	2 (13,3)	4 (20,0)	-	-	-	6 (15,4)
verbessert tn	6 (40,0)	3 (15,0)	-	-	-	9 (23,1)
<i>Verschlechterung</i>	3 (20,0)	2 (10,0)	1 (33,3)	-	1 (100)	7 (18,0)

Fortsetzung Tabelle 5.36

verschlechtert	-	-	1 (33,3)	-	-	1 (2,6)
verschlechtert tn	3 (20,0)	2 (10,0)	-	-	1 (100)	6 (15,4)
exazerbiert	-	-	-	-	-	-
Keine	2 (13,3)	2 (10,0)	2 (66,7)	-	-	6 (15,4)
Gesamt	15	20	3	-	1	38

[†] Spaltenprozentage; Angaben sind ohne Reliable Change Index

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Deutlich werden sehr hohe Raten an Verbesserung sowohl insgesamt als auch bei den Diagnosegruppen der primär depressiven Patienten und der primären Angststörungen. Zum Entlassungszeitpunkt (Tabelle 5.37) profitieren sogar alle Patientengruppen zu einem sehr hohen Maße. Ebenso ist erkennbar, dass sich die Raten bei den primär depressiven und primär ängstlichen Patienten zum Katamnesezeitpunkt erhöht.

Tabelle 5.37: Veränderungen im FSS-P, Skala Agoraphobie, Post

Klinische Veränderungen (%)[†]

	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	12 (63,2)	12 (56,7)	3 (75,0)	2 (100)	1 (50,0)	30 (66,6)
geheilt	-	-	-	-	-	-
verbessert	4 (21,1)	9 (50,0)	3 (75,0)	-	-	16 (35,6)
verbessert tn	8 (42,1)	3 (16,7)	-	2 (100)	1 (50,0)	14 (31,1)
Verschlechterung	3 (15,6)	4 (22,3)	-	-	1 (50,0)	8 (17,8)
verschlechtert	1 (5,2)	3 (16,7)	-	-	-	4 (8,9)
verschlechtert tn	1 (5,2)	1 (5,6)	-	-	1 (50,0)	3 (6,7)
exazerbiert	1 (5,2)	-	-	-	-	1 (2,2)
Keine	4 (21,1)	2 (11,1)	1 (25,0)	-	-	7 (15,6)
Gesamt	19	18	4	2	2	45

[†] Spaltenprozentage; Angaben sind ohne Reliable Change Index

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Münchau (1988, 134ff) verweist darauf, dass der von Hand (Hand & Zaworka, 1982) vorgeschlagene Cut-Off-Wert für den FSS-S von 13 in einer Stichprobe von Sozial Gehemmten über 40% testnormale Patientin ergibt, so dass dies kein hinreichendes

Kriterium für eine Operationalisierung von Erfolg sein kann. Auch in Tabelle 5.38 ist ein hoher Anteil testnormaler Patienten evident, insgesamt aber auch das große Ausmaß von Verbesserungen über den Katamnesezeitraum bei primär depressiven und ängstlichen Patienten.

Tabelle 5.38: Veränderungen im FSS-S, Follow-up

Klinische Veränderungen (%)¹						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	6 (66,6)	8 (66,7)	1 (50,0)	-	-	18 (75,0)
geheilt	3 (33,3)	2 (16,7)	-	-	-	5 (20,8)
verbessert	1 (11,1)	2 (16,7)	1 (50,0)	-	-	4 (16,7)
verbessert tn	3 (33,3)	6 (50,0)	-	-	-	9 (37,5)
Verschlechterung		2 (16,7)	-	-	1 (100)	3 (12,5)
verschlechtert	-	-	-	-	-	
verschlechtert tn	-	2 (16,7)	-	-	1 (100)	
exazerbiert	-	-	-	-	-	
Keine	2 (22,2)	-	1 (50,0)	-	-	3 (12,5)

¹ Spaltenprozent; Angaben sind ohne Reliable Change Index

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

Zum Entlassungszeitpunkt (Tabelle 5.39) profitieren in Hinblick auf die soziale Angst alle Patientengruppen bis auf die Zwangspatienten mehrheitlich, das zu ausgesprochen hohen Raten von mindestens 73%.

Tabelle 5.39: Veränderungen im FSS-S, Post

Klinische Veränderungen (%)¹						
	DEPR	ANGST	SOZ PH	ZWANG	SONST	Gesamt
Verbesserung	12 (85,7)	10 (73,4)	4 (66,7)	1 (33,3)	3 (75,0)	30 (71,4)
geheilt	5 (35,7)	3 (26,7)	-	-	1 (25,0)	9 (21,4)
verbessert	2 (14,3)	3 (20,0)	4 (66,7)	-	2 (50,0)	11 (26,2)
verbessert tn	5 (35,7)	4 (26,7)	-	1 (33,3)	-	10 (23,8)
Verschlechterung	1 (14,3)	3 (20,0)	2 (33,4)	2 (66,7)	1 (25,0)	9 (21,5)
verschlechtert	-	-	1 (16,7)	-	-	1 (2,4)
verschlechtert tn	1 (14,3)	2 (13,3)	1 (16,7)	2 (66,7)	1 (25,0)	7 (16,7)
exazerbiert	-	1 (6,7)	-	-	-	1 (2,4)

Fortsetzung Tabelle 5.39

Keine	1 (7,1)	2 (16,7)	-	-	-	3 (7,1)
Gesamt	14	15	6	3	4	42

[†] Spaltenprozent; Angaben sind ohne Reliable Change Index
 DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie,
 ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung; tn = testnormal.

5.8. Social Phobia Scale; Social Interaction Scale

Die Soziophobie-Skalen SPS (Social Phobia Scale) haben nur drei Patienten (zwei primär, ein sekundär soziophobischer Patient) und die SIAS (Social Interaction Scale) vier Patienten (zwei primäre, zwei sekundäre Soziophobiker) zum Katamnesezeitpunkt beantwortet. Anekdotisch lässt sich festhalten, dass in der SPS alle Patienten reliabel verbessert erscheinen (einer davon geheilt), in der SIAS sind drei Patienten reliabel gebessert (einer geheilt) und ein Patient verbleibt unverändert. Zum Postzeitpunkt sind in der SIAS und in der SPS vier Patienten reliabel gebessert (zwei geheilt). Die zwei primären Soziophobiepatienten erscheinen in dieser Skala zu beiden Zeitpunkten klinisch bedeutsam verändert.

5.9. Y-BOCS

Bezüglich der Y-BOCS-Werte werden ebenfalls keine reliablen Veränderungsmaße dargestellt, sondern es wird auf die in der Studienliteratur üblichen Kriterien der Symptomreduktion rekurriert. Insgesamt gibt es bei den Zwangspatienten eine sehr unvollständige Datenmatrix, da offensichtlich die Standardtestung mithilfe dieses Fremdratings noch nicht ausreichend etabliert gewesen ist. Es liegen lediglich für 4 Patienten, die eine Prä-Testung haben, Ergebnisse zum Katamnesezeitpunkt vor, für die Prä-Post-Testung gibt es Datensätze von 5 Patienten. Setzt man ein in der Literatur gebräuchliches, konservatives Kriterium mit einer Symptomreduktion von 35%, zugrunde, ergeben sich Prä-Post 40% und Prä-Follow-up 50% relevant verbesserte Patienten. In Tabelle 5.40 wird der komplett vorliegende, unvollständig Datensatz für die Y-BOCS unter der Perspektive der genannten Symptomreduktion dargestellt. Zudem ist festzuhalten, dass sich im Querschnitt mit der jeweils letzten Messung 6 (66%) von 9 Patienten unterhalb eines Cut-Off-Wertes von 16 (leichte Zwangssymptomatik) befinden.

Tabelle 5.40: Erfolgspatienten Y-BOCS (Symptomreduktion $\geq 35\%$)

<i>Vorliegende Daten</i>	<i>Prä-Post</i>	<i>Prä-Follow-up</i>	<i>Cut-Off Post / Follow-up¹</i>
Prä-Post-FU	Erfolg	Erfolg	unterhalb
Prä-Post	Misserfolg	nv	oberhalb
Prä-Post	Misserfolg	nv	oberhalb
Prä-Post-FU	Erfolg	Erfolg	unterhalb
Prä-Post-FU	Misserfolg	Misserfolg	unterhalb
Pr-FU	nv	Misserfolg	oberhalb
FU	nv	nv	unterhalb
FU	nv	nv	unterhalb
FU	nv	nv	unterhalb

FU: Follow-up; nv: nicht vorliegend; ¹ Cut-Off: >16 (= leichter Zwang)

5.10. Behandlungsabbrecher

Im Rahmen der Katamnese konnte von 4 Behandlungsabbrechern der vollständige BDI-Datensatz erhoben werden. Dabei gibt es bei allen 4 Abbrechern reliable Veränderungen: ein Patient mit primärer depressiver Symptomatik verbessert sich, ein depressiver Patient sowie zwei Angstpatienten verschlechtern sich reliabel. Insgesamt bleiben diese 4 Patienten jedoch im Bereich der schweren Depression. Im HZI erscheinen diese Behandlungsabbrecher größtenteils unverändert oder verschlechtert bzw. exazerbiert. Eine Verbesserung im testnormalen Bereich gibt es lediglich im HZI-D (Zählen, Berühren, Sprechen) bei einem Abbrecher mit primärer depressiver Symptomatik; ebenfalls erscheint ein depressiver Patient „geheilt“ in der Skala HZI-F (aggressive Zwangsgedanken). In der FSS-P-Skala Agoraphobie erscheinen zum Katamnesezeitpunkt alle Patienten verschlechtert, im FSS-S bis auf einen verbesserten depressiven Patienten ebenfalls. Im U-FB haben 6 Behandlungsabbrecher komplette Datensätze. Auch in diesem Fragebogen überwiegen die nicht reliablen Veränderungen oder Verschlechterungen mit Exazerbationen. Als „geheilt“ erscheinen lediglich ein depressiver Patient auf den Skalen Kontaktangst und Nicht-Nein-Sagen, ein Angstpatient auf der Skala Schuldgefühle“. Ein Angstpatient verbessert sich auf der Skala Nicht-Nein-Sagen und Forderungen stellen. - Für einen Behandlungsabbrecher liegt im SCL-90-R eine vollständige Testung vor. Dieser Patient mit primärer depressiver Symptomatik erscheint in allen Skalen reliabel unverändert, bis auf das Gesamtmaß PST („Positive Symptom Index“), d.h. die Summe belastender Items in

den Subskalen. Hier verbessert er sich reliabel im testnormalen Bereich. Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Behandlungsabbrecher in der Mehrzahl klinisch nicht signifikant gebessert erscheinen.

6. Ergebnisse - Katamnesefragebogen

Im Folgenden seien Ergebnisse des Katamnesefragebogen „Fragebogen zur Beurteilung der Tagesklinik-Behandlung (FBTK)“ (s. Anhang) in Hinblick auf subjektive Erfolgs- und Belastungseinschätzung, psychosoziale Belastungsfaktoren, anschließende Behandlungsmaßnahmen u.Ä. für Therapiebeender und -abbrecher dargestellt.

Beim Katamnesefragebogen konnte ein Rücklauf von 64% (N=81) aller 127 Patienten erreicht werden, davon von 8 Behandlungsabbrechern. Berücksichtigt man nur Katamneseteilnehmer, die auch Behandlungsbeender waren (N=73), berichten 55 Patienten (75,3%) von einer generellen Verbesserung der Symptomatik, konkret fühlen sich 30 Patienten sehr viel besser (41,1%) und 25 (34,2%) besser. Zufrieden mit der Behandlung zeigten sich 56 Patienten (76,7%), davon 21 sehr (28,8%) und 36 zufrieden (47,9%). Auch mit dem Bezugstherapeuten waren 57 Patienten (78,1%) (sehr) zufrieden. Die subjektive Verbesserung der Symptomatik geht also mit einem hohen Maß an Zufriedenheit einher. Die hohe Konsistenz in den Antworten lässt eine geringe Tendenz zu sozialer Erwünschtheit vermuten.

Die Frage der Einschätzung als Misserfolgs- oder Erfolgspatient beantworteten 10 Behandlungsbeender und Studienteilnehmer explizit nicht, vermutlich aufgrund der für sie zu engen dichotomen Vorgabe. 45 Patienten schätzen sich als Erfolgspatienten ein (61,6% der Completer und 71,4% der diese Frage beantwortenden Therapiebeender). 18 Patienten bewerten sich als Misserfolgspatienten (24,7% bzw. 28,6%). Die Diagnosegruppen unterscheiden sich signifikant in der Erfolgseinschätzung ($\chi^2=17.87$, $p=.001$). Tabelle 6.1 gibt darüber Auskunft, dass sich Soziophobiker und „Sonstige“ mehr als Misserfolgs- denn als Erfolgspatienten einschätzen.

Tabelle 6.1: Misserfolgseinschätzung nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Erfolg (%)	Misserfolg (%)	k. A.[†] (%)	Gesamt
Depressive Störungen	19 (61,3)	8 (25,8)	4 (12,9)	31
Angststörungen	20 (83,3)	1 (4,3)	3 (12,5)	24
Soziale Phobie	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	10
Zwangsstörungen	3 (75,0)	1 (25,0)	-	4
Sonstige	-	3 (75,0)	1 (25,0)	4
Gesamt	45 (61,6)	18 (24,7)	10 (13,7)	73

[†] k.A. = keine Angaben; Exklusive Behandlungsabbrechern

Von den 8 teilnehmenden Behandlungsabbrechern geht es einem Patient zum Katamnesezeitpunkt sehr viel besser (12,5%) und 3 Patienten besser (37,5%) als zum Katamnesezeitpunkt, 2 Patienten schlechter (25%), einem Patienten sehr viel schlechter (12,5%) und einem unverändert (12,5). Zudem äußern sich 2 Patienten (25%) zufrieden mit der Behandlung und 3 Patienten zufrieden mit ihrem Bezugstherapeuten (37,5%). Insgesamt bezeichnen sich 5 Behandlungsabbrecher als Misserfolge, ein Patient als Erfolgspatient und 2 Patienten äußern sich nicht explizit. Es schätzen sich jeweils ein Zwangspatient, ein Patient mit einer depressiven Symptomatik sowie 3 Angstpatienten als Misserfolgspatienten ein.

Insgesamt unterscheiden sich die an der Studie teilnehmenden Behandlungsabbrecher signifikant von Behandlungsbeendern in Hinblick auf die Erfolgseinschätzung (Exakter Test nach Fischer $p=.014$), die Verbesserung der Symptomatik (Exakter Test nach Fischer $p=.041$), der Zufriedenheit mit der TK-Behandlung ($\chi^2=16,58$; $p=.002$) sowie des Symptombeginns ($N=43$; $t=-2,32$; $df=41$; $p=.025$).

Bei beiden Gruppen gibt es keinen signifikanten Zusammenhang der subjektiven Erfolgseinschätzung mit

- * der Art sowie der Tatsache einer ambulanten Folgetherapie;
- * vorherigen oder nachfolgenden stationären psychosomatischen oder psychiatrischen Aufenthalten. Hierbei ist allerdings ein Trend zu verzeichnen ($\chi^2=9,82$; $p=.054$): vor allem Patienten mit primärer depressiver Symptomatik führten eine anschließende stationäre Maßnahme durch ($N=7$, davon 1 Behandlungsabbrecher).
- * dem Zeitpunkt des Symptombeginns, dem Alter bei Aufnahme oder Geschlecht;
- * dem Vorliegen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bzw. einer entsprechenden Verdachtsdiagnose oder einer Persönlichkeitsakzentuierung;
- * der Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt;
- * der aktuellen Psychopharmaka-Medikation, bzw. der Einschätzung, wie hilfreich diese sei (31 Patienten - 38% - nehmen zum Katamnesezeitpunkt Psychopharmaka);
- * einer Medikationsveränderung im Katamnesezeitraum; 6 Patienten (7,5%) setzten Psychopharmaka neu an, 14 (17,5%) die Entlassungsmedikation ab, 25 Patienten (31,3%) behielten diese, 35 Patienten (43,8%) blieben unmediziert.
- * der Tatsache, ob Übungen weiterhin durchgeführt wurden;
- * der Beunruhigung durch die Rückfälle sowie der Art und Weise, wie (funktional) mit

diesen umgegangen wurde. Dieser Umstand verändert sich bei der Betrachtung der Behandlungsbeender allein. Hier zeigt sich signifikant ($\chi^2=21,10$; $p=.032$), dass Patienten mit Erfolgseinschätzung verstärkt auf in der TK-Behandlung besprochene Strategien zurückgreifen.

Hingegen gibt es signifikante Zusammenhänge zwischen Erfolgseinschätzung und
* der Tatsache eines Rückfalls ($\chi^2=8,52$, $p=.004$ inklusive Behandlungsabbrecher; $\chi^2=10,53$, $p=.001$ ohne Behandlungsabbrecher); bei Rückfall gab es mehr Misserfolgseinschätzungen, wobei 14 Patienten sich trotz Rückfall als Erfolgspatienten einschätzen;

* der Tatsache subjektiv als neu erlebter Beschwerden (Exakter Test nach Fischer $p=.033$ inklusive Behandlungsabbrechern; $p=.048$ ohne Behandlungsabbrecher); bei neuen Beschwerden gab es weniger Erfolgseinschätzungen;

* der Einschätzung, wie hilfreich eine unmittelbar anschließende Folgetherapie erlebt wurde ($\chi^2=16,86$, $p=.002$ inklusive Behandlungsabbrechern; $\chi^2=19,50$, $p=.001$ ohne Behandlungsabbrecher), Misserfolgspatienten nehmen sie als weniger hilfreich wahr;

* der Einschätzung, wie hilfreich eine *wegen der Rückfälle* wahrgenommene ambulante Psychotherapie erlebt wurde ($\chi^2=6,00$, $p=.050$ nur Behandlungsbeender); mehr Erfolgspatienten bewerten diese als hilfreich.

* aktueller Arbeitslosigkeit (Exakter Test nach Fischer inklusive Abbrechern $p=.000$; ohne Behandlungsabbrecher $p=.002$). 12 von insgesamt 19 Arbeitslosen (inklusive 3 Behandlungsabbrechern) schätzen sich als Misserfolg ein, 7 als Erfolgspatienten.

Die Gründe für einen Misserfolg zeigt eine grobe inhaltliche Kategorisierung der qualitativen Antworten (Tabelle 6.2). Hier werden auch die Behandlungsabbrecher berücksichtigt, von denen sich 5 als Misserfolgspatienten einschätzen, allerdings nur 3 explizit wegen des Therapieabbruchs. Evident ist ansonsten, dass ein Mangel an Umsetzung bzw. Konkretisierung von Verhaltensalternativen im Alltag mit einem Misserfolg assoziiert zu sein scheint.

Tabelle 6.2: Kategorisierung von subjektiven Misserfolgsgründen¹

Gründe für Misserfolg	Anzahl der Nennungen
Schwierigkeiten in der Alltagsumsetzung / wenig Verhaltensänderung möglich	4
Nur kurzfristige oder partielle Verbesserung	3
Neue / weitere belastende Lebensumstände	3
Behandlungsabbruch	3
Misserfolg in Anschlusspsychotherapie	2
Sonstiges	8
keine Angaben	1
Gesamt	23

¹ Inklusive Behandlungsabbrechern (N=5)

33 Behandlungsbeender (45,2%) berichten zeitlich vor der eingangs genannten Gesamtverbesserung zum Katamnesezeitpunkt von Rückfällen auf das Niveau vor der Tagesklinikbehandlung, zu einem Großteil relativ zeitnah zum Behandlungsende (\bar{x} : 6. Monat; Median: 3. Monat). 17 Behandlungsbeender (23,3%) berichten überdies von neu auftretenden Symptomen während dieses Zeitraumes, ebenso 3 Behandlungsabbrecher (37,5%). Eine qualitative Analyse dieser neuen Symptome jedoch ergab meist Nuancen der Primären Symptomatik (etwa andere Körpersymptome bei einer Panikstörung). Offenbar ist das Bezugssystem für als belastend wahrgenommene Symptome verändert oder das Diagnose-Label nicht generalisierend genug. Dennoch gibt es einen schwachen statistischen Zusammenhang zwischen Erfolgseinschätzung und Auftreten subjektiver neuer Symptome (s.o.). Die Frage, ob sie gegenwärtig unter Symptomen leiden, bejahen 48 Behandlungsbeender (65,8%) und 7 Patienten, die die Behandlung abbrachen (87,5%). Hier ergibt sich aus der qualitativen Analyse der Antworten ebenfalls kein hinreichend valides Bild. So werden etwa „Nervosität seit 2 Wochen“, „gelegentliche Angstanfälle“, „Angst und Depression, nur noch selten, sehr wenig“ ebenso genannt wie „depressive Episode“ und „hoffnungslos, verzweifelt“. Dementsprechend gibt es auch keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Erfolgseinschätzung und gegenwärtigen Symptomen. Eine grobe qualitative Analyse der Rückfallgründe für alle Studienteilnehmer zeigt Tabelle 6.3.

Tabelle 6.3: Kategorisierung von subjektiven Rückfallgründen¹

Gründe für Rückfall	Anzahl der Nennungen
Schulische oder berufliche Schwierigkeiten / Konflikte	12
Familiäre oder partnerschaftliche Konflikte / Trennung	6
Kündigung / Arbeitslosigkeit	5
Tod eines Angehörigen	3
Umzug	2
Einsamkeit / Mangel an sozialen Kontakten	3
Körperliche Belastungen / Schmerzsymptomatik	3
Abbruch ambulanter Therapie	2
„Stress“	2
Unklar / keine subjektiven Auslöser	5
Sonstiges	7
Mehrere Belastungsfaktoren	15
Gesamt	50

¹Inklusive Behandlungsabbruchern und Mehrfachnennungen

Es ist evident, dass Rückfälle zusammenhängen mit einzelnen oder summierten *externen* Belastungsfaktoren bzw. kritischen Lebensereignissen. Vor allem berufliche Probleme erscheinen als Auslöser für Rückfälle (17 Nennungen). Möglicherweise kann im Rahmen einer teilstationären Akutbehandlung nicht ausreichend auf eher arbeitsrehabilitative Aspekte wie die Bewältigung beruflicher Konflikte oder die Förderung beruflicher Ressourcen eingegangen werden. Andererseits sind gesellschaftliche Großwetterlagen (wirtschaftliche Krisen, erhöhte und komplexere Arbeitsanforderungen, Arbeitslosigkeit) und deren langfristige oder gar chronische Folgen auch durch Therapie nicht zu verhindern.

Hinsichtlich der subjektiven Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen zeigen sich im FBTK in der - allerdings retrospektiven - Einschätzung der Patienten Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt. Tabelle 6.4 gibt für die Completer die subjektiven Einschränkungen auf einer 8-stufigen Likert-Skala (0 = gar nicht eingeschränkt, 8 = extrem eingeschränkt) zu Beginn der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt an. Einfaktorielle Varianzanalysen ergeben auf allen Skalen hoch signifikante Zeiteffekte. Einschränkungen liegen in allen relevanten Lebensbereichen deutlich über einem mittleren Wert von 4. Das psychische Wohlbefinden ist naturgemäß

am deutlichsten beeinträchtigt, gefolgt von Einschränkungen der Berufstätigkeit. Die Einschränkungen zum Zeitpunkt der Katamnese sind demgegenüber deutlich reduziert. Zwar liegt der Mittelwert für das psychische Wohlbefinden noch über einem mittleren Skalenwert, es zeigen sich hier jedoch die größten Verbesserungen mit sehr hohen Effektstärken. Insgesamt sind in der retrospektiven Betrachtung nahezu durchweg hohe Effektstärken zu verzeichnen. Die Veränderungen sind überdies hoch signifikant und bleiben gleich stark, wenn man nur Patienten berücksichtigt, die keine Rückfälle oder neue Symptome berichten.

Tabelle 6.4: Einschränkungen in Lebensbereichen vor der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt bei Completern

<i>Lebensbereich</i>	<i>N</i>	<i>Prä (S)</i>	<i>FU (S)</i>	<i>ES</i>
Partnerschaft/-suche	63	4,92 (2,64)	3,60 (3,08)	0,76 ***
Sexualität	62	4,97 (2,81)	3,45 (3,24)	0,80 ***
Familienleben	63	4,68 (2,42)	3,03 (2,61)	0,85 ***
Berufstätigkeit	62	6,27 (2,14)	3,44 (2,82)	1,18 ***
Arbeit im Haushalt	63	4,16 (2,84)	2,37 (2,63)	0,79 ***
Freizeitverhalten	64	6,25 (1,82)	3,47 (2,37)	1,21 ***
Kontakt zu anderen	66	5,98 (2,05)	3,30 (2,67)	1,21 ***
Psychisches Wohlbefinden	65	7,15 (1,23)	4,17 (2,58)	2,05 ***
Körperliches Wohlbefinden	66	6,14 (1,68)	3,59 (2,60)	1,41 ***
Anderes	45	5,40 (2,29)	3,07 (2,66)	0,93 ***

Prä: Mittlere Einschränkung vor der Behandlung (retrospektiv); S: Standardabweichung; FU: Mittlere Einschränkung zum Follow-up-Zeitpunkt; ES: Mittlere Effektstärke Prä-Follow-up; Unterschiedliche N durch fehlende Angaben.

***: T-Test, $p \leq .001$

In Tabelle 6.5 sind die Werte für die Gruppe der Behandlungsabbrecher aufgeführt. Hier sind insgesamt deutlich höhere Einschränkungen erkennbar. In den einfaktoriel- len Varianzanalysen ergeben sich signifikante Zeiteffekte für die Skalen Familienle- ben ($F: 6,19; df:1; p=.042$) und Berufstätigkeit ($F: 8,81; df: 1; p = .021$).

Tabelle 6.5: Einschränkungen in Lebensbereichen vor der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt bei Behandlungsabbrechern

<i>Lebensbereich</i>	<i>N</i>	<i>Prä (S)</i>	<i>FU (S)</i>	<i>ES</i>
Partnerschaft/-suche	8	7,25 (0,89)	5,69 (3,01)	1,76
Sexualität	8	6,50 (1,69)	5,38 (3,07)	0,96

Fortsetzung Tabelle 6.5

Familienleben	8	7,00 (1,07)	5,38 (2,56)	1,75 *
Berufstätigkeit	8	7,75 (0,71)	5,38 (2,77)	3,35 *
Arbeit im Haushalt	7	6,29 (1,50)	4,00 (3,00)	1,71
Freizeitverhalten	8	6,75 (2,12)	5,75 (3,06)	0,59
Kontakt zu anderen	8	7,13 (1,25)	6,13 (2,64)	1,20
Psychisches Wohlbefinden	8	7,75 (0,71)	6,38 (2,45)	1,94
Körperliches Wohlbefinden	8	7,50 (1,41)	5,50 (3,02)	1,41
Anderes	4	6,50 (1,73)	4,25 (1,93)	1,30

Prä: Mittlere Einschränkung vor der Behandlung (retrospektiv); S: Standardabweichung; FU: Mittlere Einschränkung zum Follow-up-Zeitpunkt; ES: Mittlere Effektstärke Prä-Follow-up; Unterschiedliche N durch fehlende Angaben.

*: T-Test, $p \leq .05$.

Anhand Tabelle 6.4 und 6.5 wird deutlich, dass Behandlungsabbrecher in der retrospektiven Einschätzung ebenfalls weniger Einschränkungen der Lebensbereiche zum Katamnesezeitpunkt erleben. Die Effektstärken erscheinen dabei in allen Skalen sehr hoch. Dennoch liegen bei den Behandlungsabbrechern die Einschränkungen zum Katamnesezeitpunkt im Mittel deutlich über denen der Behandlungsbeender, z.T. auf deren Prä-Niveau. Es sei nur darauf verwiesen, dass beide Gruppen in den mittleren eingeschätzten Einschränkungen zu Beginn der Tagesklinik in den meisten Skalen z.T. hoch signifikant differieren. Dies ist nicht der Fall für die Skalen Freizeitverhalten, Kontakt zu anderen, Psychisches Wohlbefinden und Anderes. Zum Katamnesezeitpunkt indes unterscheiden sich die beiden Gruppen in den mittleren Einschränkungen z.T. sehr signifikant gerade auf den Skalen Freizeitverhalten, Kontakt zu anderen und Psychisches Wohlbefinden, zudem auf der Skala Familienleben. Offensichtlich vermag die Behandlung Veränderungen im sozialen und Freizeitbereich sowie bzgl. des psychischen Wohlbefindens zu bewirken. Auch in den mittleren Effektstärken unterscheiden sich Behandlungsabbrecher und -beender zwischen Prä- und Follow-up-Zeitpunkt voneinander auf den Skalen Partnerschaft/-suche, Familienleben, Kontakt zu anderen und Psychisches Wohlbefinden.

Die Einschränkungen infolge von Rückfällen verändern sich bei den Completern ohne Abbrecher zum Katamnesezeitpunkt hoch bis sehr signifikant auf allen Skalen, außer auf den Skalen „Sexualität“ und „Anderes“ (jeweils hohe Trends). Die deskriptiven Werte zeigt Tabelle 6.6. Die Einschränkungen reduzieren sich in den meisten

Skalen zum Katamnesezeitpunkt hoch bis sehr signifikant (bis auf Sexualität) bei insgesamt mittleren bis hohen Effektstärken.

Tabelle 6.6: Einschränkungen in Lebensbereichen zum Zeitpunkt von Rückfällen und zum Katamnesezeitpunkt Completer

Lebensbereich	N	Rück (S)	FU (S)	ES
Partnerschaft/-suche	32	5,47 (2,63)	3,95 (3,08)	0,63 ***
Sexualität	32	4,56 (3,35)	3,91 (3,37)	0,31 ^a
Familienleben	31	4,87 (2,32)	3,62 (2,63)	0,68 **
Berufstätigkeit	32	5,97 (2,47)	4,28 (3,01)	0,78 ***
Arbeit im Haushalt	31	3,87 (2,91)	2,68 (2,86)	0,52 **
Freizeitverhalten	32	5,56 (1,93)	4,19 (2,44)	0,91 ***
Kontakt zu anderen	33	5,70 (2,19)	4,09 (2,61)	0,82 ***
Psychisches Wohlbefinden	33	6,88 (1,29)	4,70 (2,62)	1,79 ***
Körperliches Wohlbefinden	33	5,45 (2,05)	4,06 (2,65)	0,98 **
Anderes	22	5,00 (2,16)	4,00 (2,74)	0,53 ^b

^a T-Test, Trend: $p=.055$

^b T-Test, Trend: $p=.051$

Rück: mittlere Einschränkung zur Zeit des Rückfalls (retrospektiv); S: Standardabweichung; FU: mittlere Einschränkung zum Follow-up-Zeitpunkt; ES: mittlere Effektstärke Zeit des Rückfalls - Follow-up; Unterschiedliche N durch fehlende Angaben.

***: T-Test, $p<=.001$; **: T-Test, $p<=.01$.

Einschränkungen infolge von Rückfällen bei den Behandlungsabbrechern zeigt Tabelle 6.7, die aufgrund der geringen Fallzahlen nur gering aussagekräftig ist. In den mittleren Effektstärken unterscheiden sich Behandlungsabbrecher und -beender hoch signifikant auf den Skalen Partnerschaft und Körperliches Wohlbefinden.

Tabelle 6.7: Einschränkungen in Lebensbereichen zum Zeitpunkt von Rückfällen und zum Katamnesezeitpunkt Behandlungsabbrecher

Lebensbereich	N	Rück (S)	FU (S)	ES
Partnerschaft/-suche	3	7,33 (1,15)	7,00 (1,00)	0,29
Sexualität	3	7,33 (1,15)	7,33 (1,15)	-
Familienleben	3	7,00 (1,00)	6,00 (0)	1,00
Berufstätigkeit	3	7,33 (1,15)	6,00 (2,00)	1,16
Arbeit im Haushalt	2	5,00 (1,41)	4,50 (0,71)	0,35
Freizeitverhalten	2	8,00 (0)	7,50 (0,71)	-
Kontakt zu anderen	2	7,33 (1,15)	7,00 (1,00)	0,20
Psychisches Wohlbefinden	3	7,33 (1,15)	7,67 (0,58)	0,87

Fortsetzung Tabelle 6.7

Körperliches Wohlbefinden	3	6,67 (1,15)	6,67 (1,53)	0,58
Anderes	1	7,00	7,00	-

Rück: mittlere Einschränkung zur Zeit des Rückfalls (retrospektiv); S: Standardabweichung; FU: mittlere Einschränkung zum Follow-up-Zeitpunkt; ES: mittlere Effektstärke Zeit des Rückfalls - Follow-up; Unterschiedliche N durch fehlende Angaben.

In Hinblick auf die im Katamnesefragebogen retrospektiv angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach der Tagesklinik gibt es keine signifikanten Mittelwertsunterschiede (20,5 Tage vor TK vs. 19,0 nach TK). Die Erwerbssituation (vgl. Tabelle 6.7) für alle Studienteilnehmer (inklusive Behandlungsabbrecher) verändert sich signifikant (Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben $z=-2,33$; $p=.020$); dies jedoch nicht für eine der beiden Gruppen isoliert betrachtet. Demnach sind weniger Patienten arbeitslos oder in einer Vollzeitbeschäftigung und stattdessen in einer Teilzeitbeschäftigung, Haushaltstätigkeit oder berentet. Wenn man berücksichtigt, dass berufliche Probleme als Hauptgrund für wieder auftretende Symptome genannt wurden, spiegelt sich hier möglicherweise eine funktionale Strategie im Umgang mit belastenden Lebenssituationen wider. Inwiefern das als Behandlungserfolg zu werten ist, kann nicht geklärt werden. Es zeigt sich zumindest kein Zusammenhang zwischen der subjektiven Erfolgseinschätzung und dem Erwerbsstatus zum Katamnesezeitpunkt.

Tabelle 6.8: Erwerbsstatus vor Behandlung und zum Follow-up

Status	Gesamt	Studienbeender		Gesamt	
	Prä ¹	Prä	Follow-up Comp	NComp	
Vollzeit	46 (36,2%)	32 (39,5%)	28 (38,4%)	-	28 (37,8%)
Teilzeit	10 (7,9%)	5 (6,2%)	8 (11,0%)	1 (12,5%)	9 (12,2%)
Ausbildung	18 (14,2%)	13 (16,0%)	9 (12,3%)	2 (25%)	11 (14,9%)
Hausfrau/-mann	6 (4,7%)	4 (4,9%)	11 (15,1%)	1 (12,5%)	5 (6,8%)
Arbeitslosigkeit	40 (31,5%)	23 (28,4%)	5 (6,8%)	2 (12,5%)	9 (12,2%)
Rente	7 (5,5%)	4 (4,9%)	9 (12,3%)	1 (12,5%)	9 (12,2%)
k.A.	-	-	3 (4,1%)	1 (12,5%)	3 (4,1%)
Summe	127	81	73	8	81

¹ Quelle: Klinik-Basisdokumentation und Katamnesefragebogen

k.A.: keine Angaben; Comp: Completer, NComp: Noncompleter (Behandlungsabbrecher und Studienteilnehmer)

Bezüglich einer psychotherapeutischen Nachbehandlung im Katamnesezeitraum geben 62,3% der Studienteilnehmer (inklusive 3 Behandlungsabbrechern) an, eine anschließende ambulante Psychotherapie (in der Regel VT) durchgeführt zu haben. Diese wird überwiegend (61%) als hilfreich eingeschätzt. Es ergeben sich jedoch keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Tatsache einer ambulanten Anschlusstherapie und der subjektiven Erfolgseinschätzung sowie den unterschiedlichen Responderkriterien, also dem Therapieerfolg allgemein (s. Kapitel 7). Die Gruppe der Patienten, die eine Anschlusstherapie wahrnehmen, unterscheidet sich in soziodemografischen Merkmalen und Alter sowie Symptombeginn nicht von denen, die keine wahrnehmen. Auch eine Varianzanalyse mit Messwiederholung und dem Faktor Anschlusstherapie ergibt nur signifikante Zeiteffekte und keine Interaktions- oder Therapieeffekte, etwa für die BDI (N=47; Faktor Zeit: df: 1,91; F: 25,78; p =.000; Faktor Therapie: df: 1; F: 0,13; p=.718; Interaktion: df=1,91; F=0,99; p=.371) oder den Kennwert GSI (N=40; Faktor Zeit: df: 1,81; F=14,54; p=.000; Faktor Therapie: df: 1; F: 1,33; p=.255; Interaktion: df: 1,81; F: 0,47; p=.606). Demnach ist der hier definierte Therapieerfolg unabhängig von einer ambulanten Anschlusstherapie. Offenbar gibt es keine zusätzlichen Effekte durch ein Therapiepaket von teilstationärer *und* anschließender ambulanter Psychotherapie.

7. Ergebnisse - Therapie-Responder

Nach den Erfolgsmaßen in den einzelnen Skalen sollen nun im Folgenden ein Gesamtmaß für Therapieerfolg (Kapitel 7.1), die Anzahl der erfolgreichen Patienten (Kapitel 7.2) sowie Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patienten dargestellt werden (Kapitel 7.3).

7.1. Kriterien für Therapie-Erfolg

Ein Patient erscheint mit einem multiplen Kriterium als ein Erfolgspatient (*Responder*), wenn er auf einer Hauptsymptomskala und in der Gesamtpsychopathologie, repräsentiert durch die Skala GSI des SCL-90-R, eine klinisch signifikante oder eine Verbesserung zeigt und zudem eine subjektive Verbesserung seiner Gesamtbefindlichkeit berichtet (konservatives Kriterium). Letztere wird im Fragebogen zum Tagesklinikaufenthalt (FBTK) in Anlehnung an die *Clinical Global Assessment Scale* gemessen auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1 = sehr viel schlechter, 2 = schlechter, 3 = unverändert, 4 = besser, 5 = sehr viel besser). Item 4 oder 5 gelten als Erfolg. Als Teil-Responder gelten in Anlehnung an Dougherty (Dougherty, Baer et al. 2002) Patienten, die nur eines der o.g. Kriterien erfüllen (liberales Kriterium). Es liegen für 45 Patienten vollständige SCL-90-R-Messungen vor. Um jedoch alle an der Katamnese beteiligten Patienten einbeziehen zu können, also auch diejenigen, von denen keine Prä- oder Post-Testung im SCL-90-R vorliegt, werden zudem obige Erfolgskriterien ohne die GSI-Skala angewandt.

In Ermangelung einer für beide Kohorten konsistenten Hauptsymptomskala für die Patienten mit primärer Angst-, Zwangs- und soziophobischer Störung werden die Ergebnisse in den verschiedenen symptomspezifischen Skalen alternativ für die Erfolgsmaße berücksichtigt. So gilt für primäre Zwangspatienten als Hauptsymptomskala der HZI, die Y-BOCS oder die Skala Zwanghaftigkeit des SCL-90-R oder für primär sozialphobische Patienten der SPS, SIAS oder FSS-S. Zudem gibt es für die 4 Studienteilnehmer mit einer „sonstigen“ Primärdiagnose keine symptomspezifischen Skalen. Daher werden für einen Patienten mit der Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung die o.g. soziophobischen Skalen herangezogen, für einen Patienten mit einer Abhängigkeits- und u.a. depressiven Symptomatik sowie für eine Patientin mit der Diagnose „Pathologisches Kaufen“ der BDI und für eine Patientin mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung die Angstskalen.

7.2. Anzahl erfolgreicher Patienten

Einen Überblick über die entsprechenden Erfolgsraten bei allen an der Katamnese beteiligten Patienten (exklusive Behandlungsabbruchern) gibt Tabelle 7.1. Mit dem konservativen Kriterium können 49,3% der Behandlungs- und Studienteilnehmer als Erfolgspatienten betrachtet werden, das liberale Kriterium erfüllen zudem weitere 30,4% der Patienten, d.h. insgesamt sind dann 79,7% Erfolgspatienten.

Tabelle 7.1: Anzahl Erfolgspatienten (N=73)

Erfolgskriterium	Anzahl (%)
Responder (konservativ)	
Kriterium 1: HS geh./verb. + SEB verb.	36 (49,3)
Teil-Responder (liberal)	
Kriterium 2: HS: geh./verb. ODER	
Kriterium 3: SEB verb.	59 (79,7)

HS: Hauptsymptomskala; geh: geheilt; verb: verbessert. SEB: Subjektive Einschätzung der Befindlichkeit.

Leider liegt nur für 44 Behandlungs- und Studienteilnehmer ein vollständiger Datensatz des SCL-90-R vor. Bezieht man die Skala GSI des SCL-90-R als Erfolgskriterium mit ein (Tabelle 7.2), erscheinen 11 Patienten (24,4%) im konservativen Sinne als Erfolgspatienten, zusätzliche 24 Patienten (55,2%) erscheinen als Teilresponder, 75,5% der Patienten erscheinen mit einem liberalen Kriterium als Erfolgspatienten.

Tabelle 7.2: Anzahl Erfolgspatienten (N=44)

Erfolgskriterium	Anzahl (%)
Responder (konservativ)	
HS: geh./verb. + GSI: geh./verb + SEB verb.	11 (25,0)
Teil-Responder (liberal)	
HS: geh./verb. ODER	
GSI geh./verb. ODER	
SEB verb.	33 (75,0)

HS: Hauptsymptomskala; geh: geheilt; verb: verbessert; GSI: Global Severe Index der SCL-90-R; SEB: Subjektive Einschätzung der Befindlichkeit.

Demnach verändert sich die Anzahl der Erfolgspatienten gemäß liberalem oder konservativem Kriterium entscheidend. Da das Kriterium der klinischen Signifikanz basierend auf dem *Reliable Change Index* ohnehin ein sehr konservatives Erfolgsmaß

ist, muss aber auch obige Darstellung der Teilresponder als insgesamt eher konservative Erfolgsberechnung eingeschätzt werden, da dort ebenfalls in zwei Kriterien RCI-Maße mit einfließen.

Bezogen auf die einzelnen Diagnosegruppen ergibt sich in Hinblick auf die Erfolgsraten folgendes Bild (Tabelle 7.3):

Tabelle 7.3: Anzahl Erfolgspatienten in den Diagnosegruppen, Follow-up

Erfolgspatienten (%)[†]

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>SOZ PH</i>	<i>ZWANG</i>	<i>SONST</i>	<i>Gesamt</i>
Ohne GSI (N=73)						
Konservativ	16 (51,6)	18 (75,0)	-	2 (50,0)	-	36 (49,3)
Liberal	26 (81,3)	24 (100)	4 (40,0)	3 (75,0)	2 (50,0)	59 (79,7)
Mit GSI (N=44)						
Konservativ	4 (22,2)	7 (58,3)	-	-	-	11 (25,0)
Liberal	13 (72,2)	12 (100)	4 (50,0)	3 (60,0)	1 (100)	33 (75,0)

[†] Spaltenprozentage

DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung.

Die Gruppe der primären Angststörungen kann demnach als die zum Katamnesezeitpunkt am meisten profitierende Diagnosegruppe betrachtet werden. In beiden konservativen Maßen sind Werte deutlich über 50% evident. Depressive Patienten erscheinen nur ohne GSI-Erfolgsmaß als Erfolgspatienten, d.h. nur gemessen am BDI und der Selbsteinschätzung. Die wenigen Zwangspatienten sind in einem konservativen Verfahren zu 50% Erfolgspatienten, Soziophobiker und „Sonstige“ mit konservativem Kriterium nicht. Die an der Studie teilnehmenden wenigen Sozialphobiker erscheinen zwar in den Hauptsymptomskalen SPS und SIAS reliabel verbessert, sie beurteilten sich jedoch im FBTK ausschließlich als Misserfolg, weswegen sie nur bei dem liberalen Kriterium als Erfolg erscheinen.

Für den Entlassungszeitpunkt wird allein eine (reliable) Verbesserung in der Hauptsymptomatik als Erfolgskriterium herangezogen, da keine Selbsteinschätzung vorliegt. Für vollständige Prä-Post-Datensätze wird allerdings der GSI-Wert mit einbezogen. Mit veränderten Fallzahlen - berücksichtigt sind Datensätze von Patienten, in

denen mindestens eine Prä-Post-Messung in einer Hauptsymptomskala vorhanden ist, das sind aufgrund von Missing Data nur 79 Patienten – ergibt sich hier folgendes Bild (Tabelle 7.4):

Tabelle 7.4: Anzahl Erfolgspatienten in den Diagnosegruppen, Post Erfolgspatienten (%)[†]

	<i>DEPR</i>	<i>ANGST</i>	<i>SOZ PH</i>	<i>ZWANG</i>	<i>SONST</i>	<i>Gesamt</i>
Ohne GSI (N=79)						
HS gebessert	23 (65,7)	21 (84,0)	3 (27,3)	2 (50,0)	-	48 (60,8)
Mit GSI (N=44)						
Konservativ	7 (38,9)	8 (66,7)	2 (25,0)	-	-	17 (38,6)
Liberal	13 (72,2)	11 (91,7)	7 (87,5)	3 (60,0)	1 (100)	35 (79,5)

[†] Prozenze beziehen sich auf die Summe der Patienten, für die mindestens eine Hauptsymptomskala vorliegt (N=79).

HS= Hauptsymptomatik; DEPR = Depressive Störung, ANGST = Angststörung (außer Soz. Phobie), SOZ PH = Soziale Phobie, ZWANG = Zwangsstörung, SONST = Sonstige Störung.

Demnach stellt die Behandlung für die beiden „großen“ Diagnosegruppen primäre depressive Symptomatik und primäre Angstsymptomatik kurzfristig ein (im Sinne einer „effectiveness“) sehr effektives Behandlungsprogramm dar. Zum Katamnesezeitpunkt verschlechtern sich die Raten erwartungsgemäß, bleiben bei den Angstpatienten jedoch sehr hoch. Durch die mangelnde Selbsteinschätzung erscheint das Kriterium ohne GSI nicht vergleichbar mit dem Katamnesezeitpunkt. Die Veränderungen zwischen Post- und Entlassungszeitpunkt in den anderen, eher vergleichbaren Kriterien sind nicht signifikant, zeigen aber einen Trend (Mc Nemar-Test: $p=.065$). Demnach unterschieden sich die Erfolgsraten zum Katamnesezeitpunkt bei Berücksichtigung des GSI nicht von denen zum Entlassungszeitpunkt.

Behandlungsabbrecher, von denen Daten zum Entlassungszeitpunkt vorliegen, erscheinen durchweg zu diesem Zeitpunkt als Misserfolg. Zum Katamnesezeitpunkt ist ohne den GSI mit dem konservativen Kriterium 1 Patient ein Erfolgspatient, 2 Patienten sind Misserfolgspatienten, mit dem liberalen Kriterium sind 2 Patienten Erfolgspatienten. Mit GSI erscheint nach konservativem und liberalem Kriterium ein Patient als Misserfolgspatient.

7.3. Differenzen zwischen Nonrespondern und Respondern

Therapie-Responder unterscheiden sich in der Lebenszufriedenheit deutlich von Patienten, die hier als Misserfolge gelten, was hier lediglich referiert sei. Bei der liberalen Klassifikation ohne GSI, für die die meisten Fallzahlen vorliegen, ergeben sich auf *allen* Skalen des Fragebogens „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patienten. Diese sind auf allen gewichteten Skalen, in denen also die subjektive Relevanz des Lebensbereichs einberechnet wird, i.d.R. hoch signifikant, sehr signifikant nur auf den Gewichtungsskalen Beruf und Familienleben. Bei konservativer Klassifikation gibt es sehr signifikante Unterschiede auf den gewichteten Skalen Freunde, Hobbies, Gesundheit, Wohnsituation, Partnerschaft sowie in der Lebenszufriedenheit insgesamt. Für die Erfolgsklassifikation unter Einbezug des GSI ergeben sich aufgrund der geringeren Fallzahl weniger deutliche signifikante Unterschiede. Hier gibt es bei der konservativen Klassifikation *keine* signifikanten Unterschiede auf den gewichteten Skalen Freunde, Einkommen und Beruf. Bei liberaler Klassifikation sind alle Skalen außer der Skala Freunde und der Skala Einkommen signifikant unterschiedlich zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patienten.

Im SF-36 unterscheiden sich erfolgreiche Patienten von nicht erfolgreichen (in allen Kriterien) in den z-standardisierten Werten der Psychischen Summenskala des SF-36 sehr signifikant bis hoch signifikant, bezüglich der Skala Soziale Funktionsfähigkeit in allen Kriterien hoch signifikant, ebenso bezüglich der Skala Psychisches Wohlbefinden (beim konservativen Kriterium mit GSI sind die Differenzen nur signifikant) und bezüglich der Skala Vitalität signifikant bis hoch signifikant. Auch wenn für die genannten Fragebögen in der Studie keine Verlaufsmessungen vorliegen, kann man dennoch behaupten, dass eine erfolgreiche Behandlung in der VT-Tagesklinik auch einhergeht mit einer Verbesserung in der Lebensqualität und –zufriedenheit der Patienten.

Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Patienten (alle Kriterien) unterscheiden sich ansonsten *nicht* in soziodemografischen Variablen, ebenso wenig in Bezug auf die Aufenthaltsdauer, den Symptombeginn oder die Durchführung einer vorhergehenden oder einer nachfolgenden Psychotherapie.

8. Zusammenfassung der Ergebnisse, Diskussion, wissenschaftlicher und klinischer Ausblick

Im Folgenden erfolgt eine Zusammenfassung der Studienziele und -methodik (8.1), der Ergebnisse (8.2.) sowie eine Diskussion (8.3.) mit einem Ausblick (8.4).

8.1. Ziele, Design und Vergleich der Datenmatrizen

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, ein relativ neues Konzept – personal- und therapieintensive, spezifisch verhaltenstherapeutische teilstationäre Behandlung ohne weitere fachtherapeutische Behandlungsangebote – in Hinblick auf dessen langfristigen Erfolge im Sinne der *efficiency* zu überprüfen. Zudem sollte an diesem konkreten empirischen Beispiel ermittelt werden, inwiefern durch die Berücksichtigung von Completerdaten und unterschiedlichen Arten von Ersatzdaten unterschiedliche Ergebnisse erfolgen. Die Studie ist ein Ein-Gruppen-Prä-Post-Design mit Katamneseuntersuchung nach durchschnittlich 2 Jahren.

In dieser Studie wurde dem *Drop-out* durch Behandlungsabbruch, Verweigerung der Katamneseteilnahme oder durch fehlende Fragebögen auf verschiedene Art und Weise begegnet. Zum einen wurde ein fehlender Wert zum Postzeitpunkt dann durch den Prä-Wert ersetzt, wenn für einen Patienten auch ein Katamnesewert vorlag. Dadurch erscheint auch die Completermatrix konservativ, weil somit potentielle „Misserfolge“ im Sinne der Wahrung des unbehandelten Status quo zu Behandlungsbeginn als Postwerte gesetzt werden. Zum anderen wurde ein fehlender Katamnesewert ersetzt durch den Prä-Wert, den Post-Wert oder einen Zufallswert im *Range* des höheren Wertes zu Beginn oder Ende der Behandlung. Im Vergleich der Matrizen zeigt sich relativ durchgängig, dass die Matrix Prä-CF die konservativste Ersatzdatenmatrix ist, die Zufallsmatrix i.d.R. die liberalste Matrix mit den größten Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt und die LOCF-Matrix ebenfalls liberal. Letztere Matrizen überschätzen den Therapieerfolg, wenn es im Katamneseintervall zu einer Verschlechterung gegenüber dem Entlassungszeitpunkt kommt. Entscheidend ist, dass sich in allen *einfaktoriellen* Varianzanalysen und den entsprechenden Post-Hoc-Tests für die Diagnosegruppen die Signifikanzniveaus der Completer- und Ersatzdatenmatrizen nicht voneinander unterscheiden. Mit dieser methodenkritischen Absicherung in den Hauptsymptomskalen ist klar, dass selbst bei der negativen Annahme, dass alle nicht an der Katamnese teilnehmenden Patienten unverändert blieben

und den Ausgangszustand behielten, signifikante Zeiteffekte für die Hauptsymptomatik vorliegen. Diese langfristigen Effekte sind entsprechend methodenstabil, methodisch abgesichert und daher besonders aussagekräftig. In den Kovarianzanalysen für die allgemeine Psychopathologie gibt es demgegenüber keine nennenswerten Regelmäßigkeiten oder methodenstabile Ergebnisse.

8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse

8.2.1. Patienten mit primärer depressiver Symptomatik

Depressive Patienten profitieren bezüglich der depressiven Symptomatik zum Entlassungszeitpunkt mit Stabilität im Katamneseintervall. Im Beck Depressions Inventar zeigen sich signifikant geringere Mittelwerte zum Entlassungszeitpunkt, die sich zum Katamnesezeitpunkt sogar weiter verringern (außer in den Matrizen Prä-CF und ZW). Die Effektstärken liegen für den BDI im mittleren bis hohen Bereich (d von 0,8 bis 1,0; außer 0,6 in Prä-CF). Ebenfalls zeigen sich im BDI ausgesprochen hohe Raten reliabler Verbesserungen zum Entlassungs- (70,4%) und Katamnesezeitpunkt (62,7%). Somit ist die Behandlung in der TK effektiv für die auch langfristige Verbesserung spezifischer depressiver Symptomatik. Evident ist allerdings, dass ältere Patienten in deutlich geringerem Ausmaß profitieren als jüngere. Die allgemeine Psychopathologie (manifest in der Skala GSI des SCL-90-R) verbessert sich zum Entlassungs-, verschlechtert sich zudem wieder zum FU-Zeitpunkt signifikant, ohne jedoch auf das Ausgangsniveau zurückzufallen. Daher differieren auch die Response-Raten mit konservativem multiplem Responderkriterium unter Berücksichtigung des GSI und die ohne: ohne GSI erscheinen 51,6% zum Katamnesezeitpunkt als Responder, mit 22,2%.

8.2.2. Patienten mit primärer Angstsymptomatik

Patienten mit einer primären Angstsymptomatik, d.h. konkret mit einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, profitieren langfristig und von allen Diagnosegruppen am besten. Es gibt signifikante Zeiteffekte in allen Hauptsymptomskalen, den meisten Skalen des SCL-90-R, in den Bereichen sozialer Ängste und Defizite sowie in Bezug auf die allgemeine Psychopathologie bzw. Komorbidität. Die Effektstärken in den ANOVAS liegen auch für den Katamnesezeitpunkt i.d.R. im hohen Bereich (η^2 über 0,40), in den angstspezifischen Skalen oftmals im mittleren (ab 0,6) bis hohen (1,0) Bereich, in den Angstskalen des SCL-90-R meist größer als 1,0. Ebenso redu-

zieren Angstpatienten ihre depressive Begleitsymptomatik signifikant und stabil. Die Raten reliabler Verbesserung betragen zum Katamnesezeitpunkt auf vielen Skalen ca. zwei Drittel, im MI-a sogar 80%. Zum Entlassungszeitpunkt sind Raten von bis 83% deutlich (Skala SCL-90-R PSDI; MI-a). Die Gesamtresponderrate liegt nach einem strengen konservativen (multiplen) Kriterium bei 58%. Mobilitätsmaße für unbegleitete Situationen zeigen dabei größere Verbesserungen auf als für begleitete Situationen, diese wiederum größere als etwa Maße für körperliche oder gedankliche Aspekte der Angststörung (BSQ, ACQ). Insgesamt ist für die Patientengruppe der primär angstgestörten Patienten die teilstationäre Verhaltenstherapie der VTTK eine langfristig effektive Behandlung.

8.2.3. Patienten mit primärer soziophobischer Symptomatik

Trotz der geringen Fallzahlen kann bei Patienten mit einer sozialen Phobie als primärer Störung für den kurzfristigen Verlauf eine sehr gute Behandlungseffektivität bescheinigt werden, für den langfristigen Verlauf ist die Effektivität jedoch gering. Kurzfristige Effekte zeigen sich in den symptom-spezifischen Skalen des SCL-90-R (Phobische Angst, Ängstlichkeit, Unsicherheit im SCL-90-R), in denen – für alle Angstpatienten zusammen – hohe Effektstärken von 1,0 bis 2,1 für die unterschiedlichen Matrizen vorliegen. Im BDI profitieren die Patienten zum Postzeitpunkt ebenfalls deutlich, mit ausgesprochen hohen Effektstärken von 1,4 bis 2,8. Zum Postzeitpunkt sind 85% der Patienten in Hinblick auf die Depressivität verbessert und 57,1% „geheilt“. Auch auf verschiedenen Angstskalen des SCL-90-R (PSDI, PST, phobische Angst) erscheinen bis zu 80% der Patienten zum Postzeitpunkt verbessert. Dies gilt ähnlich für verschiedene Skalen des U-Fb sowie in anekdotischer Fallzahl (N=2) im SPS und SIAS. Auch die Effektstärken sind für den kurzfristigen Verlauf durchschnittlich hoch (1,0 bis 1,8). – In den Sozialphobie-spezifischen Skalen (FSS-S, SPS, SIAS) zeigt sich dieser Effekt jedoch nicht, weswegen nach multiplern konservativem Kriterium *keine* Patienten Responder sind. Zudem senken sich zur Katamnese die Werte wieder signifikant auf fast allen Skalen, ohne dass sie das Ausgangsniveau erreichten. In Hinblick auf die Depressivität fallen die Patienten zum Katamnesezeitpunkt sogar wieder auf das Ausgangsniveau zurück. So gibt es in dieser Patientengruppe trotz der sehr guten Erfolge bei Entlassung keine stabilen nachhaltigen Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt.

8.2.4. Patienten mit primärer Zwangssymptomatik

Patienten mit einer primären Zwangssymptomatik profitieren nicht nachhaltig von der Behandlung in der VTTK, wenn man die Gesamtheit der zwangsspezifischen Skalen sowie Depressionsmaße berücksichtigt. In der Y-BOCS sind zwar bei geringer Fallzahl nominell 40% Prä-Post- und 50% Prä-Follow-up-Responder. Zudem erscheinen zur Entlassung und in COMP die Effektstärken in der Y-BOCS mit 0,8 bis 1,8 im mittleren bis hohen Bereich. Dieser leicht positive Trend wird konterkarikiert durch die weiteren Ergebnisse. Im zwangsspezifischen Instrument HZI-K gibt es signifikante Verbesserungen in allen Datenmatrizen nur zum Entlassungszeitpunkt und nur auf der Skala „Kontrollieren“ (mit hohen Effektgrößen von 2,3 in COMP und mittleren Effektstärken in den anderen Matrizen). Zum Katamnesezeitpunkt bleiben die Zwangspatienten in den Skalen des HZI-K unter dem Mittelwert zum Aufnahmebeginn, die Werte verschlechtern sich jedoch gegenüber dem Entlassungszeitpunkt. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den Skalen für die Depressivität (BDI) und für die Zwanghaftigkeit (SCL), wo sich die Patienten zum Katamnesezeitpunkt sogar deutlich verschlechtern. Auffällig ist zudem die verschwindend geringe Anzahl *reliabler* Veränderungen zum Post- und Katamnesezeitpunkt im HZI-K. Verbesserungsraten von über 50% sind lediglich zum Entlassungszeitpunkt zu verzeichnen: im BDI (66,7%) und auf der Skala PSDI des SCL-90-R (Intensität der Antworten) (57,2%). Eine *langfristig* überzeugende Behandlungseffektivität für die Zwangspatienten ist demnach nicht gegeben.

8.2.5. Patienten mit einer „sonstigen“ Symptomatik

Patienten mit einer primären Symptomatik, die sich nicht den Diagnosegruppen (soziale) Angst, Zwang oder Depression zuordnen ließen, profitieren nicht von einer Behandlung in der VTTK. In einigen Skalen (z.B. BDI, GSI, U-FB) erreichen oder überschreiten sie zum Katamnesezeitpunkt sogar die Ausgangswerte. Sie stehen außerhalb des eigentlichen Erkenntnisinteresses dieser Studie und haben zudem eine sehr geringe Fallzahl (N=4).

8.2.6. Gesamtgruppe

Die Gesamtstichprobe umfasst 127 Patienten, deren größte Gruppe die Patienten mit einer primären Angstsymptomatik ist (45,7%), unter Einschluss der primär soziophobischen Patienten (11,8% aller Patienten). 37,8% der Patienten leiden an einer pri-

mären depressiven Symptomatik, nur 10,2% an einer primären Zwangssymptomatik. Über die Hälfte der Patienten (52%) beklagt eine zweite Diagnose und ein Fünftel eine dritte. 27 Patienten (21,3%) haben darüber hinaus eine Persönlichkeitsstörung. Demnach ist die Komorbidität der Patienten in dieser Stichprobe recht hoch. Unterschiede in den soziodemografischen Variablen gibt es nur im Alter und im Symptombeginn. Mehrfaktorielle Kovarianzanalysen wurden jedoch nur für die allgemeinere Symptomatik berechnet. In diesen liegen auf fast keiner Skala signifikante Effekte vor (bis auf einige Skalen des U-Fb). Betrachtet man dennoch die deskriptive Statistik, wird deutlich, dass dies vor allem an geringen Veränderungen über die Zeit bei den Gruppen der primären Soziophobiker, Zwangspatienten und „Sonstigen“ liegt. Die Gesamtresponderzahl liegt mit konservativem Kriterium zum Katamnesezeitpunkt bei 50%, bei Berücksichtigung der Skala GSI bei 25%. Die Veränderung der Response-Raten zwischen Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt ist nicht signifikant unterschiedlich. Eine Betrachtung der Gesamtgruppe *ohne* Differenzierung nach Diagnosegruppen verwässert demnach diagnosespezifische Behandlungseffektivität.

8.2.7. Behandlungsabbrecher

Die Gruppe der Behandlungsabbrecher kann nur marginal als eine Art Kontrollgruppe zu den Behandlungsbeendern fungieren. Zum einen ist die Zahl vorliegender Datensätze sehr gering, zum anderen unterscheiden sich Abbrecher und Teilnehmer voneinander. Behandlungsabbrecher sind in Bezug auf das Ausmaß von Depression und Angst schwerer beeinträchtigt als Behandlungsbeender. Nur bei zwei Patienten ist eine erreichte Stabilisierung der Abbruchgrund. Die allgemeine Psychopathologie (GSI) bei den Behandlungsabbrechern erscheint indes weniger ausgeprägt. In Bezug auf die weitere Entwicklung der Symptomatik erscheinen die Behandlungsabbrecher zum Katamnesezeitpunkt deutlicher beeinträchtigt, was an der deskriptiven Statistik der Symptomskalen, der individuellen Erfolgsmessung, der Erfolgsmessung nach dem multiplen Kriterium, besonders aber an der gegenwärtigen Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (im Katamnesefragebogen) evident wird. Hier stellen sich Behandlungsabbrecher im Gegensatz zu in der VTTK behandelten Patienten sehr viel belasteter dar, was wiederum Indiz für Behandlungseffektivität der VTTK ist. Behandlungsabbrecher berichten zudem von deutlich stärkerer Einschränkung sowohl vor der Aufnahme in die Tagesklinik als auch zum Katamnesezeitpunkt. Insgesamt

samt lässt sich somit folgern, dass der Symptomverlauf bei Patienten, die eine Tagesklinikbehandlung beendeten, besser ist als bei Patienten mit Therapieabbruch.

8.2.8. Katamnesefragebogen

Im Katamnesefragebogen konnten hohe Zufriedenheitsmaße, hohe subjektive Verbesserungsraten (jeweils drei Viertel aller Therapiebeender) und hohe subjektive Erfolgseinschätzungen (ca. 61% der Therapiebeender) berichtet werden. Zudem wurden große Unterschiede in den (retrospektiv eingeschätzten) Alltagseinschränkungen zwischen Behandlungsabbrechern und -teilnehmern deutlich. Zudem konnten als erschwerende Bedingungen für eine Symptomreduktion bzw. für einen positiven Verlauf mangelnde praktische Umsetzungsmöglichkeiten im Lebensalltag sowie verstärkt berufliche Problemsituationen (inkl. Arbeitslosigkeit) ausgemacht werden. Aktuelle Arbeitslosigkeit war zudem ein signifikantes Unterscheidungsmerkmal zwischen subjektiven Erfolgs- oder Misserfolgspatienten. Eine positive subjektive Einschätzung war ebenso wie der generelle objektive Therapieerfolg unabhängig von vor oder nach der TK-Behandlung wahrgenommenen anderen stationär- oder ambulant-psychiatrischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen. Es gibt keine zusätzlichen Effekte durch ein Therapiepaket von teilstationärer *und* anschließender ambulanter Psychotherapie.

8.3. Diskussion

8.3.1. Methodik

Es sind Einschränkungen bzgl. der Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu machen. Im Gegensatz zu einem kontrollierten und randomisierten Vorgehen, bei dem die interne Validität hoch ist, ist diese in der vorliegenden Studie eingeschränkt. Hier muss auf die mangelnde Kontrolle von möglichen intervenierenden Randbedingungen hingewiesen werden, ohne die nicht ausgeschlossen werden kann, dass Verbesserungen auf andere Einflüsse als auf die TK-Behandlung, z.B. auf Spontanremission, zurückzuführen sind. Der Nachweis der Wirksamkeit (*efficacy*) kann so selbstredend nicht erbracht werden. Zudem muss darauf verwiesen werden, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe nicht um eine repräsentative, sondern um eine (höchst) selektive Stichprobe handelt; sowohl die Teilnahme an der Katamnese erforderte hohe Motivation, als auch die Behandlung als solche machte eine hohe Psychotherapiemotivation nötig, die ja auch ein Indikationskriterium darstellt. Somit unterscheidet

sich die Klientel zumindest von weniger Psychotherapie-intensiven teilstationären oder stationären Behandlungseinrichtungen. Möglicherweise ist jedoch die externe Validität im Sinne einer Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die klinische Praxis (in diesem Fall auf spezifische Psychotherapietageskliniken) höher ausgeprägt (Buchkremer & Klingberg 2001). Einschränkungen aufgrund der in Katamneseuntersuchungen üblichen hohen Zahl an *Missing data* – die potentiell auch als Misserfolge gewertet werden können – werden allerdings für die prüfstatistische Auswertung durch die Berücksichtigung und den Vergleich verschiedener, auch sehr konservativer Ersatzdatenmatrizen gewinnbringend korrigiert. Zudem erscheint im Vergleich mit einer Katamneseuntersuchung nur 3 Monate nach einer tagesklinischen psychoanalytischen Behandlung (Agarwalla & Küchenhoff 2004), in der eine Rücklaufquote von 63% erreicht wurde, die vorliegende Rücklaufquote von 64% nach 2 Jahren außerordentlich hoch. – Mitunter werden Veränderungen über die Zeit in der Literatur allein mittels Effektstärken dargestellt. In der Tat fehlt in der vorliegenden Studie die Darstellung der Effektstärken sämtlicher Variablen. Es erschien einerseits ausgesprochen unökonomisch, für jede Variable auch die Effektstärken zu berechnen, zum anderen ist ja gerade die Kombination von statistischer Signifikanz *und* klinischer Veränderung Ausschlag gebend für einen klinischen Erfolg. Daher wurden hier i.d.R. nur Effektstärken aufgeführt, wenn sich statistisch signifikante Veränderungen ergaben.

Gewinnbringend ist zudem die für den Arbeitsbereich neuartige Evaluierung der Ergebnisse nicht nur auf prüfstatistischem Niveau, sondern auch auf Individuumebene gemäß klinischer Signifikanz. Das Fehlen einer Kontrollgruppe konnte in Maßen gewinnbringend durch das *Intent-to-Treat*-Verfahren und verschiedenen Ersatzdaten sowie durch die Berücksichtigung von Behandlungsabbruchern kompensiert werden. Auch wenn diese u.a. aufgrund vorab bestehender soziodemografischer Unterschiede keine Kontrollgruppe im engeren Sinne darstellen, verrät ein Blick auf die Katamnesewerte beispielsweise im BDI doch einen deutlichen und hoch signifikanten Unterschied zwischen behandelten und unbehandelten Patienten (Abbrecher: N=12, BDI-prä=30,58, SD=10,52, BDI-kata=32,67, SD=10,76; Behandlungs- und Katamneseiteilnehmer: N=76, BDI-prä=22,32, SD=10,53, BDI-kata=12,84, SD=11,51; $p=.000$); unbehandelte Patienten zeigen im Gegensatz zu behandelten Patienten keinerlei Verbesserungen in ihrer Depressivität.

Einschränkend muss auf die Unterschiedlichkeit der Messinstrumente für die verschiedenen Jahrgänge verwiesen werden, was auf den Wechsel der Standard-Testbatterie in der Behandlungseinrichtung zurückzuführen ist. Im Rahmen dieser Umstellung konnte offensichtlich auch keine konsistente Diagnostik per Fremdinterview (Y-BOCS) für Zwangspatienten sichergestellt werden. Insgesamt wird dadurch die Fallzahl deutlich eingeschränkt, was wiederum die interne Validität reduziert.

8.3.2. Depressive Patienten

Trotz der langfristigen Effektivität in Hinblick auf die Hauptsymptomatik bei primär depressiven Patienten steigt die allgemeine Psychopathologie zum Katamnesezeitpunkt an. Dies dürfte der hohen Komorbidität in der Stichprobe geschuldet sein. Demnach bietet diese teilstationäre Behandlung zwar ausreichend Bewältigungsrepertoire für die depressive Symptomatik, vermutlich konnte aber weniger adäquat auf komorbide Störungen eingegangen werden. Die Verschlechterung der allgemeinen Pathologie bei älteren Patienten kann ebenfalls Hinweis darauf sein, dass für eine spezifische Klientel die Behandlung noch nicht ausreichend adäquat ist. – Das Vorliegen einer primären *rezidivierenden* depressiven Symptomatik hat demgegenüber keinen Einfluss auf das Ergebnis im Verlauf; eine RMANOVA mit einer Gruppeneinteilung „Rezidiv“ ergibt im BDI keinen Gruppeneffekt, wohl aber hoch signifikante Zeiteffekte für die Diagnosegruppe der Depressiven (in COMP, LOCF, PRÄ-CF). Für den GSI gibt es mit dieser Gruppeneinteilung keine Haupt- oder Interaktionseffekte (wie für die Gesamtgruppe der Depressiven). Depressive Patienten, die im GSI eine reliable Verschlechterung aufweisen, haben diese zudem unabhängig von einer ambulanten Anschlusstherapie. Hier bietet sich in Zukunft an, ein spezifisches, an die Bedürfnisse der jeweiligen depressiven Klientel angepasstes Angebot zu unterbreiten. So könnten depressionsrelevante Themen für ältere Patienten mehr gemäß ihrem Lebensalter aufbereitet werden. Zudem könnte es im Anschluss an die standardmäßige Depressionsbehandlung Kurzgruppen zu spezifischen Komorbiditäten geben (etwa kürzer gefasste Angstedukationsmodule, offenere interaktionelle Gruppen, Skillgruppen für Patienten mit zusätzlichen Schwierigkeiten in ihrer Emotionsregulation, jeweils im Anschluss an ein Depressions-Standard-Programm).

8.3.3. Angstpatienten

Verglichen mit der einzigen verhaltenstherapeutischen Tagesklinik für therapierefraktäre Angstpatienten von Waddell (Waddell & Demi 1993) (vgl. Tabelle 8.1; keine Kattamneseuntersuchung in der Studie) zeigen sich vergleichbare Ergebnisse. Dortige Patienten sind auf allen Skalen zum Aufnahmezeitpunkt mehr eingeschränkt und profitieren zum Entlassungszeitpunkt im Vergleich mit VTTK-Patienten besser im ACQ, jedoch deutlich schlechter auf der Skala BSQ und MI. Hier erreichen VTTK-Patienten zur Entlassung jeweils bessere Werte. Außerdem präsentiert Waddell von ca. 64% der behandelten Angstpatienten keine Daten; zu vermuten sind in diesem hohen Prozentsatz auch einige Misserfolgspatienten.

Tabelle 8.1: Vergleich der Angstpatienten zweier Tageskliniken

Skala	TK Waddell					VTTK				
	Prä		Post			Prä		Post		
	N	M	SD	M	SD	N	M	SD	M	SD
ACQ	32	2,82	0,74	1,69	0,94	10	2,51	0,90	1,84	0,74
BSQ	32	3,11	0,70	1,71	0,87	10	2,74	0,82	1,06	0,72
MI-a	30	2,36 ⁷	1,08	1,49	0,65	10	2,83	1,28	1,52	0,50
MI-b	32	3,21 ⁷	1,15	1,82	0,89	10	2,16	1,10	1,23	0,23

Zugrunde gelegt sind die Completer-Datenmatrizen ohne Abbrecher. Literaturangabe im Text.

Obwohl die Patienten mit einer primären Angststörung in sehr hohem Ausmaß langfristig von der Behandlung in der VTTK profitieren, sind die Maße für das Vermeidungsausmaß in unbegleiteten Situationen deutlicher verbessert als in begleiteten Situationen, was auf den ersten Blick verwirrt. Zieht man die deskriptiven Werte heran, wird klar, dass zu Beginn der Behandlung das Vermeidungsverhalten in Begleitung weitaus weniger ausgeprägt ist als ohne Begleitung, was oft dem klinischen Eindruck entspricht. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion der Prä-Werte auch verringert. Ziel der Behandlung in der VTTK ist es zudem, die eigenständige Mobilität zu erhöhen, so dass für die Skala „allein“ auch bessere Effekte zu erwarten wären. Die Verbesserung des Vermeidungsverhaltens ist außerdem höher ausgeprägt als die bei der „Angst vor der Angst“, repräsentiert durch die Skalen ACQ und BSQ. Für die Subskala Körperliche Krisen zeigen sich keine signifikanten Zeiteffekte, Angstpatienten reduzieren vor allem die Befürchtungen in Hinblick auf einen

⁷ Vermutlich sind hier die Skalen des MI vertauscht, da nicht anzunehmen ist, dass die Patienten in Begleitung mehr vermeiden als ohne.

erwarteten Kontrollverlust sowie ihre beängstigenden Körperempfindungen zum Katamnesezeitpunkt (BSQ). Das korrespondiert mit den Ergebnissen von Mundt (2003), wo ebenfalls die Vermeidungsmaße besser ausfallen. Zu begründen wäre dies mit der kürzeren Interventionszeit als in z.B. ambulanten Therapien oder mit der in dieser Zeit vor allem auf Mobilitätserhöhung im alltagsrelevanten Feld ausgerichteten Behandlung. Hier könnte in Zukunft im Rahmen der Tagesklinikbehandlung der Fokus mehr oder zusätzlich auf die gezieltere und intensivere kognitive Umstrukturierung von spezifischen körperbezogenen Befürchtungen sowie die verstärkte Konfrontation mit Körpersymptomen gelegt werden.

8.3.4. Zwangspatienten

Alle Angaben in Bezug zur Y-BOCS beziehen sich lediglich auf eine sehr geringe Anzahl von Datensätzen und sind daher nur äußerst beschränkt aussagefähig und Vergleiche mit anderen Langzeitstudien (vgl. Hand, Peter et al. 2001) nur sehr eingeschränkt möglich. Der durchschnittliche Ausgangswert von 24,0 in der Y-BOCS (in COMPO) zum Aufnahmezeitpunkt erscheint ähnlich dem in der Studie zur vollstationären Therapie von primären Zwangspatienten von Althaus (23,6) oder Simon (23,7), liegt allerdings unterhalb des Wertes in einer Studie des Arbeitsbereichs von Rufer (Rufer, Hand et al. 2004) mit ebenfalls stationären Patienten (27,6). Der Post-Wert mit 17,7 und der Katamnesewert mit 18,3 sind nominell höher als in der 1-Jahres-Katamnese vom Simon (post: 12,1; Follow-up: 13,9) oder Rufer (post: 16,4; Follow-up: 14,9). Legt man das – allerdings internationalen Standard nicht genügende – Kriterium einer 25%-Symptomreduktion an, wie es Bystritsky (Bystritsky, Munford et al. 1996) für seine teilstationäre Behandlung tut, wären alle Patienten, von denen eine Posttestung vorliegt, zu diesem Zeitpunkt Erfolgspatienten. Dies sollte aber nicht zu einer besseren Einschätzung verleiten, da zum einen i.d.R. eine mindestens 35%-ige Symptomreduktion in der Y-BOCS als Erfolgskriterium erreicht werden sollte, zum anderen die Daten in den anderen Skalen auf wenig Erfolgspatienten hinweisen.

Die Gründe für den offenkundig geringen langfristigen Behandlungserfolg für Zwangspatienten bleiben unklar und werden auch nicht durch den Katamnesebogen systematisch erhellt. Die geringen Fallzahlen zum Katamnesezeitpunkt verhindern möglicherweise weitere signifikante Ergebnisse. Möglicherweise ist zudem die Skala Zwanghaftigkeit des SCL (in der es einen *Relapse* über das Ausgangsniveau hinaus

gibt) zu wenig spezifisch für Zwangssymptome, da sie dem Augenschein nach auch mit depressiven Symptomen konfundiert ist. So scheint es, dass der offenkundige Anstieg der Depressivität zum Katamnesezeitpunkt sich aufgrund dieser Konfundierung auch auf die Skala Zwanghaftigkeit auswirkt und den Anstieg der Mittelwerte über den Ausgangswert hinaus erklärt. Die insgesamt geringe Anzahl behandelter Zwangspatienten (15 Patienten) in einem Zeitraum von zwei Jahren bei durchschnittlich 9-wöchiger Behandlungsdauer kann überdies ungünstigen Falls dazu geführt haben, dass sich der Aufenthalt von Zwangspatienten kaum überschneidet. So wurde der spezifische Vorteil gegenüber einer ambulanten (Einzel-) Therapie möglicherweise nicht ausgeschöpft, nämlich die Möglichkeit instrumentellen Lernens in der spezifischen Gruppe, etwa durch gemeinsame Expositionsübungen. Im Vergleich dazu wurden in der Studie von Simon (Simon, Althaus et al. 2004) 43 Patienten mit einer primären Zwangsstörung in einem Zeitraum von 5 Monaten behandelt, wobei deutlich ausgeprägtere instrumentelle Gruppeneffekte zu vermuten sind. Oftmals betonen Patienten mit einer Zwangsstörung die Entlastung durch den Austausch mit anderen Zwangspatienten. Der Mangel an konsistenter und kontinuierlicher Gruppenerfahrung mit Gleichgesinnten mag sich möglicherweise im Sinne von Kontrasterleben gegenüber den anderen Mitpatienten sogar hemmend auf den Therapieerfolg ausgewirkt haben. Weitere katamnestische Untersuchungen in der Arbeitseinheit über teil- und vollstationär behandelte Zwangspatienten werden hier genaueren Aufschluss geben. Erste Ergebnisse der Y-BOCS aus den Folgejahren deuten bessere Werte für TK-Patienten an, so zeigt sich etwa im Jahr 2002, wo verstärkt auf die „Sammlung“ von Zwangspatienten zum Zwecke der gemeinsamen Gruppentherapie geachtet wurde, eine durchschnittliche Y-BOCS-Reduktion von Prä = 24 auf Post = 14, bei einem N=9.

Demnach ist die Indikation für eine teilstationäre Behandlung von Zwangspatienten auch institutionellerseits bestimmt durch die Anzahl von tatsächlich gleichzeitig anwesenden Zwangspatienten in einer Tagesklinik. Als klinisch-praktische Konsequenz wäre deshalb zu folgern, dass für diese Patienten nur geschlossene Gruppen angeboten werden mit einer Mindestanzahl gleichzeitig betreuter Zwangspatienten; eine Forderung, die aufgrund des Akutcharakters einer psychiatrischen Tagesklinik schwer umzusetzen ist.

8.3.5. Sozialphobische Patienten

Die Gründe für die frappierende Verschlechterung der Symptomatik im Langzeitverlauf bei den Patienten mit einer primären sozialen Phobie bleiben unklar. Zuerst muss einschränkend angeführt werden, dass die Fallzahl auch hier ausgesprochen niedrig ist, so dass die bei den Zwangspatienten gemachten Hinweise für instrumentelles Lernen ebenso für die sozialphobischen Patienten gelten mögen. Zudem kann angesichts der festgestellten Unterschiede zwischen Completer- und Ersatzdaten vermutet werden, dass die Gruppe der sozialphobischen Katamneseteilnehmer eine selektive Stichprobe mit deutlich überdurchschnittlicher Ausgangssymptomatik ist und somit eine eigene homogene Substichprobe *schwer beeinträchtigter* Patienten. Die Stichprobe beklagt vermutlich nicht nur eine phobische Symptomatik, sondern auch grundlegende soziale Defizite. So steht während der Zeit der tagesklinischen Behandlung ein symptomlinderndes und befriedigendes soziales Netz mit ausreichend unterstützenden Ressourcen zur Bewältigung von aktuellen sozialen Konflikten oder Schwierigkeiten zur Verfügung, das sekundär auch die Depressivität deutlich reduziert. Ein solches Netz sind die Patienten womöglich eigenständig und außerhalb der Tagesklinik langfristig nicht in der Lage aufzubauen. Der Umstand, dass die Sozialphobiker relativ zu den anderen Patienten am häufigsten ledig oder geschieden sind, mag ein Indiz für mangelnde Fähigkeiten zum Aufbau protektiver sozialer Beziehungen sein. Zudem weisen einige Rückmeldungen von Patienten aus dem Katamnesefragebogen auf eine chronisch-konfliktvolle Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen (im Sinne einer Persönlichkeitsstörung) und weniger auf eine nur phobische Symptomatik hin. Vermutlich ist im Rahmen eines Tagesklinikaufenthaltes nicht ausreichend Möglichkeit gewesen zur Veränderung derartiger grundsätzlicher sozialer Defizite oder Interaktionsschwierigkeiten; diese sind konzeptuell auch nicht primär intendiert.

Die These der besonders beeinträchtigten Substichprobe kann überprüft werden mit einem Vergleich der Mittelwerte von ambulanten Studienpatienten verschiedener randomisierter Studien (Stangier, Heidenreich et al. 2003; Willutzki, Neumann et al. 2004) (Tabelle 8.2).

Tabelle 8.2: Prä-Werte von soziophobischen Tagesklinik- und Studienpatienten

Skala	VTTK		Stangier		Willutzki	
	Comp	Ersatz	KVT Einzel	KVT Gruppe	KVT Gruppe	KROT Gruppe
SPS	63,00 (8,49)	53,33 (17,79)	30,7 (10,2)	33,6 (15,3)	34,89 (16,03)	36,85 (13,52)
SIAS	54,00 (10,42)	49,17 (11,75)	44,9 (10,8)	45,8 (10,4)	46,23 (16,22)	45,00 (11,87)
GSI	1,67 (0,50)	1,70 (0,67)	0,97 (0,57)	1,08 (0,70)	1,30 (0,73)	1,22 (0,57)
UNS	2,53 (0,64)	2,17 (0,86)	-	-	2,06 (0,93)	2,01 (0,89)
PHOB	2,13 (1,09)	2,05 (1,15)	-	-	1,03 (0,85)	0,84 (0,72)
BDI	32,33 (7,51)	26,38 (10,50)	15,5 (9,1)	17,8 (9,3)	-	-

Compo: Completermatrix ohne Abbrecher; Ersatz: Ersatzdatenmatrix; KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; Einzel: Einzeltherapie; Gruppe: Gruppentherapie; KROT: kombiniert KVT / ressourcenorientiertes Vorgehen. UNS: Skala Unsicherheit; PHOB: Skala Phobische Angst (jeweils SCL-90-R); Literaturangaben im Text. In Klammern: SD

Hierbei fallen die eklatant höheren Ausgangswerte der Patienten der VTTK vor allem bei den Therapiebeendern und Studienteilnehmern auf. So haben die VTTK-Patienten fast doppelt so hohe Ausgangswerte in den Skalen BDI oder Phobische Angst (SCL-90-R) und liegen in keiner Skala annähernd im Bereich der Studienpatienten, was die genannte Hypothese unterstützt.

Für diese Patienten wäre eine längerfristige Nachbetreuung und Anbindung an die Tagesklinik ggf. wünschenswert gewesen, wobei allerdings bereits 6 von 10 Patienten eine ambulante Anschlussstherapie wahrgenommen haben. Soziophobische Patienten könnten im Anschluss an die Behandlung besser eingebunden sein an die Institution, damit sehr gute kurzfristige Erfolge auch stabil bleiben. Das könnte geschehen in Form einer spezifischen Nachsorgegruppe, in der besonders auf soziale Defizite fokussiert wird (und weniger auf ein Angstkonzept) oder der Schwerpunkt auf die Befähigung zur Etablierung eines sozialen Netzes gelegt wird. Möglicherweise ist auch eine fraktioniertere Behandlung indiziert, d.h. feste Wiederaufnahmerhythmen mit kürzeren Booster-Aufenthalten, oder eine ambulante Betreuung vom Tagesklinikpersonal, damit bedarfsgemäß Wiederaufnahmen eingeleitet werden können.

8.3.6. Sonstige Patienten

Dass Patienten, die keiner der o.g. Diagnosegruppen zuzuordnen sind, nicht profitieren, kann verschiedene Ursachen haben: die geringe Spezifität der Behandlung in der hoch spezialisierten Tagesklinik, die (chronische) Eigenart der entsprechenden Diagnosen selbst (Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie u.Ä.) oder der Umstand, dass alle (vier) Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese arbeitslos sind. Man kann diese behandelten Patienten letztlich als Fehlindikationen bezeichnen, allerdings nicht wegen ihres Therapiemisserfolgs, sondern wegen der geringen Passung zum Konzept der VTTK.

8.3.7. Vergleich mit anderen Institutionen

Auch wenn konstatiert werden muss, dass nur Patienten mit einer primären Angst- und einer primären depressiven Symptomatik von der Behandlung in der VTTK langfristig hinreichend profitieren, so erscheinen die Ergebnisse insbesondere im Vergleich mit anderen Behandlungsinstitutionen positiv, wenn man die Gesamtstichprobe und oftmals verwendete – weniger elaborierte – Erfolgskriterien heranzieht.

In der deutschsprachigen Literatur für (teilstationäre) psychotherapeutische Behandlung werden i.d.R. für die Gesamtstichprobe der Gesamtscore des SCL-90-R und Raten reliabler klinischer Veränderungen als Indikatoren für Therapieerfolg herangezogen. Tabelle 8.3 zeigt die GSI-Werte für verschiedene deutschsprachige Psychotherapieeinrichtungen. Berücksichtigt sind alle in der Literatur vorliegenden Daten von Psychotherapie-Tageskliniken mit unterschiedlichen therapeutischen Ausrichtungen und auch Daten ambulanter verhaltenstherapeutischer Behandlung. Sieht man von den ambulanten Patienten der Studie um Schlüter und Brockmann (Schlüter 2000; Brockmann, Schlüter et al. 2002) ab, wird an der Tabelle deutlich, dass der Schweregrad der Symptomatik von Patienten in der VTTK ähnlich denen oder sogar schwerer ist als der stationärer Patienten, vor allem, wenn man die Zahlen von Schauenburg und Strack (Schauenburg & Strack 1998) zugrunde legt. Das wiederum ist Beleg dafür, dass die tagesklinische Behandlung in der VTTK eine Alternative und keine Ergänzung zur stationären Behandlung ist. Die kurzfristigen Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt liegen in etwa gleich mit der einzig vergleichbaren verhaltenstherapeutischen Tagesklinik in Bern. Betont werden muss selbstre-

dend die Unterschiedlichkeit der Therapiekonzepte in den genannten Einrichtungen, die sich trotz der generell psychotherapeutischen Ausrichtung ergibt, sowie der Umstand, dass keine Studien über ein derart langes Katamneseintervall berichtet (s. Tabelle).

Tabelle 8.3: GSI-Werte in verschiedenen Behandlungseinrichtungen

<i>Institution</i>	<i>GSI-Wert</i>				
	<i>N</i>	<i>Prä</i>	<i>Post</i>	<i>Follow-up</i>	<i>Kata</i>
Hamburger VTTK	61	1,34	0,83	-	-
Hamburger VTTK mit Katamnese	44	1,40	0,83	1,06	24
Berner PT-Tagesklinik ¹ (VT)	89	1,48	0,91	-	-
Berner PT-Tagesklinik mit Katamnese ²	55	1,48	0,85	0,75	6
Baseler PT-Tagesklinik mit Katamnese (PA) ³	64	1,30	0,88	0,80	3
Freiburger PT-Tagesklinik (PD) ⁴	80	1,40	0,99	-	-
Freiburger PT-Tagesklinik ⁵	113	1,3	0,9	-	-
Freiburger PT-Station ⁵	104	1,4	1,0	-	-
Ambulante Langzeit-PA ⁶	31	0,92	0,58	0,43 / 0,35	30/36
Ambulante Langzeit-VT ^{6,7}	31	1,55	0,91	0,83 / 0,84	30/36
Ambulante Einrichtungen, deutsch ⁸	1179	1,29	-	-	-
Stationäre Psychotherapie, deutsch ⁸	2092	1,12	-	-	-
VT-Reha-Klinik stationär ⁹	58	1,16	0,90	-	-
VT-Reha-Klinik teilstationär ⁹	33	1,09	0,97	-	-
VT-Reha-Klinik stationär/teilstationär ⁹	47	1,40	1,16	-	-
Allgemeinbevölkerung ¹⁰	1006	0,33	-	-	-

Kata: durchschnittliches Katamneseintervall in Monaten nach Entlassung; PT: Psychotherapie; PD: Psychodynamische Therapie; PA: Psychoanalyse; VT: Verhaltenstherapie

¹ Reisch et al. 2002

² Reisch et al. 2001; die Stichprobe mit Katamnese unterscheidet sich von der ohne.

³ Agarwalla & Küchenhoff 2004

⁴ Zeeck et al. 2002; konsekutive Patienten 10/98 bis 10/01

⁵ Zeeck et al. 2003; konsekutive Patienten 10/99 bis 12/01

⁶ Brockmann et al. 2002; Katamnese u.a. nach 2,5 / 3,5 Jahren

⁷ Schlüter 2000; gleiche Stichprobe und Katamnese wie 6

⁸ Durchschnittswerte nach Schauenburg & Strack 1998

⁹ Geiselmann & Linden 2001

¹⁰ Franke 1995

In der teilstationären Katamnesestudie der Berner Tagesklinik zeigt sich für die Katamnesestichprobe ein besseres Bild als in der vorliegenden Studie: die Patienten erscheinen im GSI deutlich gebessert (nur persönlichkeitsgestörte Patienten verschlechtern sich). Es ist allerdings auf den deutlich kürzeren Katamnesezeitraum zu verweisen (6 Monate); man kann vermuten, dass bei einem Katamnesezeitraum von 2 Jahren weitere Patienten die Entlassungseffekte nicht würden halten können. Verglichen mit den ambulanten verhaltenstherapeutischen Langzeittherapien sind die Werte der VTTK jedoch schlechter, was wahrscheinlich an der deutlich längeren und

kontinuierlichen Behandlungszeit in der Studie liegt; zum Katamnesezeitpunkt nach 2,5 Jahren fanden immer noch 16% der Behandlungen statt. Evident ist zudem in der genannten Tabelle das deutliche längere Katamneseintervall in dieser Studie, so dass die Vergleichbarkeit im Grunde relativ eingeschränkt ist. Ebenso ist unklar, inwiefern die psychotherapeutischen Settingbedingungen überhaupt miteinander vergleichbar sind.

Die klinischen Veränderungen gemäß dem *Reliable Change Index* zum Entlassungszeitpunkt lassen sich lediglich vergleichen mit der verhaltenstherapeutischen Berner Psychotherapie-Tagesklinik, der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie-TK Basel und Stichproben von Schauenburg für stationäre Patienten (vgl. Tabelle 8.4).

Tabelle 8.4: Anzahl klinisch reliabler Veränderungen im GSI (%), Post (ohne Testnormale)

Qualität	stationäre PT¹	Berner TK²	Baseler TK³	VTTK
geheilt	32 (16,9)	23 (25,8)	27 (26,2)	22 (41,5)
verbessert	60 (31,7)	32 (36,0)	20 (19,4)	11 (20,8)
verschlechtert	13 (6,9)	8 (9,0)	2 (1,9)	2 (3,8)
exazerbiert	0	0	2 (1,9)	0
keine	81 (42,9)	26 (29,2)	52 (50,5)	17 (32,1)
Gesamt	189	89	104	53

VT: Verhaltenstherapie, PT: Psychotherapie; TK: Tagesklinik

¹ Schauenburg & Strack 1998

² Reisch et al.2001

³ Argawalla & Küchenhoff 2004

Der Anteil unveränderter Patienten zum Entlassungszeitpunkt ist in der VTTK demnach leicht höher als in der Berner verhaltenstherapeutischen Tagesklinik, beide Werte sind jedoch deutlich geringer als die der Baseler Tagesklinik. In der Stichprobe von Schauenburg et al. sowie der Baseler Tagesklinik fällt die hohe Anzahl unveränderter Patienten auf, wie es auch in dieser Studie in verschiedenen Skalen häufig zu sehen war und generell das Bewertungskriteriums des *Reliable Change Index* als ein konservatives ausweist. Ansonsten ergeben sich insgesamt ähnliche Raten an positiver klinischer Veränderung in der VTTK wie in der Berner Tagesklinik. Der numerische Anteil „geheilte“ Patienten jedoch ist von diesen drei Institutionen in der Verhaltenstherapie-Tagesklinik am höchsten. Demnach ist auch mit dem Kriterium des RCI eine Effektivität der Verhaltenstherapie-Tagesklinik belegt.

8.3.8. Klinisch-praktische Schlussfolgerungen

- * Das tagesklinische Konzept einer intensiven symptom- und lebensgeschichtlich orientierten multimodalen Verhaltenstherapie mit gruppen- und einzeltherapeutischem Angebot, ohne ergänzende Therapieangebote wie Kreativ- oder Kunsttherapie oder Bewegungstherapie, ist eine kurzfristig und bei Patienten mit depressiver oder Angstsymptomatik eine auch langfristig erfolgreiche Behandlungsmaßnahme, so dass für diese Klientel eine Indikation gerechtfertigt ist.
- * Depressive Patienten bräuchten zusätzlich eine spezifischere Behandlung der Komorbidität, etwa in Form einzelner, flexibler Gruppentherapiemodule zu bestimmten Themen.
- * Ältere depressive Patienten bräuchten mehr an ihre Lebenssituation angepasste Behandlungsstrategien, da sie weniger profitieren als jüngere Patienten. Hier böten sich spezifischere Manuale an, wie sie z.T. bereits anderweitig entwickelt wurden.
- * Sehr beeinträchtigte soziophobische Patienten müssten im Anschluss an die Behandlung besser eingebunden sein an die Institution, damit sehr gute kurzfristige Erfolge auch stabil bleiben. Das könnte geschehen in Form einer spezifischen Nachsorgegruppe, in der besonders auf soziale Defizite fokussiert wird (und weniger auf ein Angstkonzept) oder der Schwerpunkt auf die Befähigung zur Etablierung eines sozialen Netzes gelegt wird. Möglicherweise ist auch eine fraktioniertere Behandlung indiziert, d.h. feste Wiederaufnahmerhythmen mit kürzeren Booster-Aufenthalten, oder eine ambulante Betreuung vom Tagesklinikpersonal, damit bedarfsgemäß Wiederaufnahmen eingeleitet werden können.
- * Eine spezifische verhaltenstherapeutische und tagesklinische Behandlung sollte nur für die Diagnosegruppen angeboten werden, für die auch ausreichend Patienten aufgenommen werden können, da sonst die Bedingungen für instrumentelles Lernen nicht günstig sind, im ungünstigsten Fall sogar kontraproduktiv.
- * Arbeitsrelevante Themen sollten mehr in den Mittelpunkt gestellt werden, da sie eine wesentliche Rolle für Rückfälle spielen.
- * Die Empfehlung einer ambulanten Folgetherapie nach dem teilstationären Aufenthalt ergibt sich nicht; offensichtlich sind die Veränderungsressourcen mit Ende der Behandlung ausgeschöpft, möglicherweise sind die Kapazitäten ambulant tätiger Psychotherapeuten (hier durchweg ambulante Verhaltenstherapien) durch die geringe Stundenanzahl zu gering.

8.4. Wissenschaftlicher und klinischer Ausblick

Da diese Studie im Bereich der Versorgungsforschung eine erste Effektivitätsstudie im Sinne der langfristigen *efficiency* einer speziellen teilstationären Einrichtung ist, sollten weitere spezifische Evaluationen dieser und ähnlicher Einrichtungen erfolgen. Die Studienlage in diesem Bereich der Versorgungsforschung ist ausgesprochen dünn. Zu bestätigen wären die Ergebnisse mit einer weiter gehenden Evaluation der Tagesklinik für die direkt nachfolgenden konsekutiven Jahrgänge. Von besonderem Interesse dürfte dabei das langfristige Behandlungsergebnis bei Zwangspatienten sein, insbesondere weil mehr darauf geachtet wurde, Zwangspatienten „gesammelt“ aufzunehmen. Zudem ist von Interesse, inwiefern die periodisch eingeführte ambulante Nachsorgegruppe nach dem interaktionellen Problemlösemodell zu einer Verbesserung der Ergebnisse (bei den sozialphobischen und sozial-defizitären) Patienten geführt hat. Bei weiteren Studien in der Arbeitseinheit wäre sehr darauf zu drängen, dass eine reduzierte und aussagekräftige sowie konsistente Standardtestung vorliegt. Ebenfalls ist auf bessere Aktenführung zu insistieren. Zudem ist anzunehmen, dass ein kürzer gefasster Katamnesefragebogen oder generell eine deutlich reduzierte Testbatterie die Rücklaufquote weiter erhöhen würde.

Von weiterem Interesse könnte sein, inwiefern sich teilstationäre Patienten soziodemografisch und vom Beschwerdestand von denen unterscheiden, die auf der verhaltenstherapeutischen Station des Arbeitsbereichs behandelt wurden; zu vermuten wären analog zu ersten referierten Studien eher geringe Differenzen. Die Untersuchung, inwiefern eine generell höher ausgeprägte Handlungsorientierung möglicherweise ein (implizites) Indikationskriterium für teilstationäre Behandlung ist, könnte in einer solchen Studie ebenfalls im Vergleich mit stationären Patienten erfolgen, etwa mit einem quasi-experimentellen Vergleich der Vorab-Handlungsorientierung von Tagesklinik- und stationären Patienten. Ebenfalls von Interesse ist die (zuweiserrelevante) Frage, ob Patienten, die an eine Tagesklinik überwiesen wurden, sich von stationären Patienten durch ein größeres oder funktionaleres soziales Netz unterscheiden, so dass die Notwendigkeit eines partiellen Verbleibs darin maßgeblich für die Indikation gewesen ist. Hier könnten auch qualitative Studien über implizite Entscheidungskriterien von Zuweisern hilfreich sein.

Derartige Fragestellungen ließen sich dann besser verallgemeinern, wenn die Ergebnisse im Rahmen einer Multicenterstudie mit verschiedenen explizit psychotherapeutisch ausgerichteten Tageskliniken gefunden würden. Generell steht auch der Vergleich spezifisch verhaltenstherapeutischer teilstationärer mit ambulanter oder vollstationärer Behandlung mittels eines randomisierten, kontrollierten Designs aus, ein Unterfangen, das – wie auch eine Multicenterstudie – mit den im Rahmen dieser Studie vorhandenen Ressourcen nicht zu verwirklichen gewesen ist.

Zusammenfassung

In dieser Studie werden erstmals Daten zum Langzeitverlauf nach verhaltenstherapeutischer teilstationärer Behandlung dargestellt. Die seit 1997 im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf bestehende Verhaltenstherapie-Tagesklinik ist eine *spezifisch verhaltenstherapeutische* Tagesklinik mit einer zum Erhebungszeitpunkt hohen Personaldichte für Patienten mit depressiver, Angst- oder Zwangssymptomatik, für die i.d.R. ein ambulantes Angebot nicht ausreichend ist oder war. Das Behandlungskonzept fußt auf einer intensiven lebensgeschichtlich orientierten, multimodalen Verhaltenstherapie. In einer naturalistischen Follow-up-Untersuchung mit Ein-Gruppen-Prä-Post-Design konnten von den 127 Index-Patienten der Jahre 1999 und 2000 durchschnittlich 2 Jahre nach Behandlungsende 83 Patienten (65,3%) erreicht werden, davon 73 Behandlungsbeender, 35 Patienten (42,2%) mit einer primären depressiven Störung, 38 Patienten (45,8%) mit einer Angststörung, 6 Patienten (7,2%) mit einer Zwangsstörung (und sonstige). Neben Fragen zum Katamneseintervall erhielten die Diagnosegruppen (aufgrund einer Testbatterieveränderung nach Jahrgängen unterschiedliche) störungsspezifische Fragebögen. Methodisch wurden *Missing data* aufgrund von *Drop-out* mit verschiedenen Ersatzdaten ersetzt (Prä-Wert, Post-Wert, Zufallswert). Nur die Prä-Wert-Ersatzdaten erscheinen hinreichend konservativ. Behandlungsabbrecher wurden berücksichtigt. Die varianzanalytischen Ergebnisse wurden zudem auf Individuumebene gemäß ihrer klinischen Signifikanz überprüft. Für Angstpatienten ist das Angebot hoch effizient. Es gibt auf den Hauptsymptomskalen signifikante Effekte über die Zeit mit z.T. hohen Effektstärken. Auf Individuumebene können bis zu annähernd zwei Drittel der Angstpatienten als „geheilt“ betrachtet werden. Die depressiven Patienten profitieren langfristig in Hinblick auf die depressive Symptomatik bei signifikanten Zeiteffekten und klinisch relevanten Veränderungsraten von zwei Drittel im Follow-up. Gleichzeitig gibt es in der allgemeinen Psychopathologie gegenüber dem Entlassungszeitpunkt eine leichte Verschlechterung zum Follow-up, die vermutlich der hohen Komorbidität geschuldet ist. Patienten mit sozialer Phobie profitieren zwar zum Entlassungszeitpunkt mit signifikanten Prä-Post-Effekten und hohen Veränderungsraten, verzeichnen zum Katamnesezeitpunkt jedoch wieder einen *Relapse* nahezu bis aufs Ausgangsniveau. Die Daten verweisen bei geringer Fallzahl auf eine besonders beeinträchtigte Katamnesezeitprobe. Zwangspatienten zeigen nur nominell leichte Verbesserungen in der Hauptsymptomskala zum Entlassungszeitpunkt, profitieren insgesamt aber weder

kurz- noch langfristig ausreichend. Für diese Patientengruppe waren die instrumentellen Lernbedingungen ungenügend, es konnte aufgrund geringer Fallzahlen keine Gruppenidentität ausgebildet werden. Es erscheint dann eine tagesklinische Aufnahme sogar kontraindiziert. Für die Gesamtstichprobe ist bedeutsam, dass nachfolgend eingeleitete psychiatrische oder psychotherapeutische ambulante Maßnahmen keinen Einfluss auf die subjektive oder objektive Erfolgsbewertung haben. Annähernd drei Viertel der Patienten äußern sich zufrieden mit der Behandlung und annähernd zwei Drittel beschreiben eine Verbesserung der Symptomatik. Retrospektiv verändern sich die Einschränkungen in vielen Lebensbereichen signifikant. Auftretende Verschlechterungen und Rückfälle haben vor allem mit beruflich-schulischen Kontexten zu tun. Das Ausmaß reliabler Veränderungen in der Gesamtstichprobe zum Postzeitpunkt ist leicht besser als in vergleichbaren teilstationären Einrichtungen. Behandlungsabbrecher unterschieden sich soziodemografisch nicht von Teilnehmern, berichteten langfristig von signifikant geringeren Verbesserungen in verschiedenen Lebensbereichen. Die spezifische tagesklinische Behandlung in der VTTK ist demnach kurzfristig eine effektive Behandlungsmaßnahme für (sozial-) ängstliche und depressive Patienten und stellt langfristig für Patienten mit einer depressiven und ängstlichen Symptomatik eine effektive Behandlungsmöglichkeit dar.

Literaturverzeichnis

- Agarwalla, P. & J. Küchenhoff (2004). Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. Psychotherapeut 49 (4): 261-271.
- Althaus, D., M. Zaudig et al. (2000). Wirksamkeit eines spezifisch für Zwangsstörungen entwickelten stationären Gruppentherapiekonzepts bei gleichzeitiger Verhaltenstherapie und pharmakologischer Behandlung. Verhaltenstherapie 10 (1): 16-23.
- Bandelow, B. & A. Broocks (2002). Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapieforschung. Verhaltenstherapie 12 (3): 205-215.
- Bardelmeier, S., A. Müller et al. (2004). Wirksamkeit psychosomatischer tagesklinischer Behandlung im Prä-Post-Vergleich. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 54 (2) (abstracts).
- Bateman, A. & P. Fongay (1999). Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. American Journal of Psychiatry 156 (10): 1563-1569.
- Bischoff, C. (1998). Teilstationäre Behandlung: Eine Bedarfsanalyse bei Patienten der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation Heft 44: 32-38.
- Brockmann, J., T. Schlüter et al. (2002). Die Effekte psychoanalytische orientierter und verhaltenstherapeutische orientierter Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. Psychotherapeut 47: 347-355.
- Buchkremer, G. & S. Klingberg (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. Nervenarzt 72: 20-30.
- Bullinger, M. & I. Kirchberger (1998). Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36). Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Göttingen, Hogrefe.
- Bürckstümmer, G. & R. Zwiebel (1985). Psychosomatisch Tagesklinik: Erste Erfahrungen. Psychotherapie und medizinische Psychologie 35: 47-53.
- Bürger, W. & U. Koch (1999). Aktuelle Entwicklungstrends in der medizinischen Rehabilitation und ihre Bedeutung für den Bereich der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 49: 302-311.
- Bystritsky, A., P. R. Munford et al. (1996). A preliminary study of partial hospital management of severe obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Services 47 (2): 170-4.

- Bystritsky, A., S. Saxena et al. (1999). Quality-of-life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. Psychiatry Services 50: 412-414.
- Creamer, M., D. Forbes et al. (2002). Inpatient vs. day hospital treatment for chronic, combat-related Posttraumatic stress disorder: a naturalistic comparison. The Journal of Nervous and Mental Disease 190 (3): 183-189.
- de Jong-Meyer, R., M. Hautzinger et al. (1996). Die Überprüfung der Wirksamkeit einer Kombination von Antidepressiva- und Verhaltenstherapie bei endogenen depressiven Patienten: Varianzanalytische Ergebnisse zu den Haupt- und Nebenkriterien des Therapieerfolgs. Zeitschrift für Klinische Psychologie 2 (XXV): 93-109.
- Dick, P., L. Cameron et al. (1985). Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. British Journal of Psychiatry 147: 246-249.
- Dick, P. H., L. Sweeney et al. (1991). Controlled comparisons of day-patient and outpatient treatment for persistent anxiety and depression. British Journal of Psychiatry 158: 24-27.
- Dougherty, D. D., L. Baer et al. (2002). Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry 159 (2): 269-275.
- Ehlers, A., J. Margraf et al. (1993). Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV). Göttingen, Hogrefe.
- Eickelmann, B., T. Reker et al., Eds. (1999). Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart, Thieme.
- Fahrenberg, J. (1975). Die Freiburger Beschwerdeliste FBL. Zeitschrift für Klinische Psychologie 4: 79-100.
- Fahrenberg, J. (1994). Die Freiburger Beschwerdeliste (FBL). Göttingen, Hogrefe.
- Fahrenberg, J., R. Hampel et al. (2001). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). 7., überarbeitete und neunormierte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe.
- Fischer-Kleppsch, M. & N. H. Münchau, I. (2000). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. J. Margraf. Berlin, Heidelberg, New York, Springer: 191-203.
- Foa, E. B. & P. M. G. Emmelkamp (1983). Failures in behavior therapy. New York, Wiley.
- Franke, G. H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Göttingen, Hogrefe.
- Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Symptom Checkliste von L. R. Derogatis. Deutsche Version. 2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen, Beltz Test.

- Fresco, D. M., M. E. Coles et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. Psychological Medicine 31: 1025-1035.
- Geiselman, B. & M. Linden (2001). Vollstationäre, tagesklinische und kombiniert stationär-teilstationäre psychosomatische Rehabilitation im Vergleich. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 22 (4): 432-450.
- Geiser, F., K. Imbierowicz et al. (2000). Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 50 (12): 447-453.
- Gerlinghoff, M., B. H. et al. (1998). Evaluation of day treatment programme for eating disorders. European Eating Disorder Review. 6: 96-106.
- Gutknecht, H. (2005), Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten – Aspekte der Behandlungsverfahren und erlebte Veränderungen. Psychiatrische Praxis 32 (7): 342-348.
- Hallam & Hafner (1978). Fears of phobic patients: factor analyses of self-report-data. Behavior Research and Therapy 16 (1): 1-6.
- Hand, I. (1997). Strategisch-systemische Verhaltenstherapie. Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin. S. Ahrens. Stuttgart, Schattauer: 560-568.
- Hand, I. (1998). Out-patient, multi-modal behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry 173 (35): 45-52.
- Hand, I. (2000). Verhaltenstherapie bei Patienten mit Angsterkrankungen. Therapie psychiatrischer Erkrankungen. H. J. Möller. Stuttgart, New York, Thieme: 709-721.
- Hand, I. & H. Bittner-Westphal (1991). Die Yale-Brown-Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. Verhaltenstherapie 1 (3): 223-515.
- Hand, I., H. Peter et al. (2000). Psychotherapeutische Institutsambulanzen am Beispiel: Verhaltenstherapie-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Verhaltenstherapie 10 (3): 187-194.
- Hand, I., H. Peter et al. (2001). Kombinationsbehandlung mit Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen: Forschungsstand und Behandlungspraxis. Verhaltenstherapie 11 (3): 206-215.
- Hand, I. & A. Zaworka (1982). An operationalized multisymptomatic model of neuroses (OMMON): Toward a reintegration of diagnosis and treatment in behaviour therapy. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 232: 359-379.
- Hautzinger, M., M. Bailer et al. (1995). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. Zweite, überarbeitete Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Hans Huber.

- Heinrichs, N., K. Hahlweg et al. (2002). Validität und Reliabilität der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und der Social Phobia Scale (SPS). Verhaltenstherapie 12: 26-35.
- Henrich, G. & P. Herschbach (1996). FLZ. Fragen zur Lebenszufriedenheit. Kurzbeschreibung. Normdaten. München.
- Hofmann, C., C. Bischoff et al. (1998). Teilstationäre Therapie in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim: Erfahrungen mit einem neuen Angebot. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation Heft 44 (52-59).
- Hollis, S. & F. Campbell (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. BMJ 319: 670-674.
- Horvitz-Lennon, M., S. L. T. Normand et al. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). American Journal of Psychiatry 158 (5): 676-685.
- Huber, D., G. Brandl et al. (2002). Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. Psychotherapeut 47 (1): 16-23.
- Jacobson, N. S., L. J. Roberts et al. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. Journal of Consulting and Clinical Psychology 67: 300-307.
- Jacobson, N. S. & P. Truax (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology 59: 12-19.
- Kallert, T., C. Matthes et al. (2004). Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? Psychiatrische Praxis 31 (8): 409-419.
- Kallert, T. W., M. Schützwohl et al. (2003). Vergleich tagesklinischer und vollstationärer Akutpsychiatrischer Behandlung. 8. Die direkten Behandlungskosten der Indexbehandlung. Der Nervenarzt 74 (Suppl. 2).
- Kallert, T. W., M. Schützwohl, Matthes, C. (2003). Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Psychiatrische Praxis 30: 72-82.
- Keller, A., K. Große, Joraschky, P. (2005). Evaluation der tagesklinischen Behandlung von Borderline-Störungen. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 55 (2) (abstracts).
- Kern, C. & J. Küchenhoff (2000). Zur Evaluation der Psychotherapie im teilstationären Setting. Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über Empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998. M. Bassler. Giessen, Psychosozial-Verlag: 24-55.
- Klepsch, R., W. Zaworka et al. (1993). Hamburger Zwangsinventar - Kurzform (HZI-K). Göttingen, Hogrefe.

- Küchenhoff, J. (2001). Tagesklinische Psychotherapie - eine Alternative zur vollstationären Behandlung. Perspektiven einer integrierten Psychosomatischen Medizin. R. Klussmann, Gross, Manfred, Kuse-Isingschulte, Martin Sternenfels, Verlag Wissenschaft und Praxis: 233-260.
- Küchenhoff, J. & P. Agarwalla (2004). Vergleich teil- und vollstationärer Psychotherapie in der Behandlung von Borderline-Patienten. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 54 (2) (abstracts).
- Kunze, H. (2001). Tagesklinische Behandlung für Alkoholranke. Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. R. Olbricht. Regensburg, Roderer: 63-73.
- Linne, Y., E. Hemmingsson et al. (2002). Patient expectations of obesity treatment - the experience from a day-care unit. International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity 26 (5): 739-41.
- Marshall, B. & T. Kruse (2000). Evaluation von Verhaltenstherapie in einem tagesklinischen Setting. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Hamburg Fachbereich Psychologie. Universität Hamburg.
- Marshall, M., R. Crowther et al. (2003a). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders (Cochrane Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 1.
- Marshall, M., R. Crowther et al. (2003b). Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders (Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford, Update Software.
- Miller, B. C. (1995). Characteristics of effective day treatment programming for persons with borderline personality disorder. Psychiatric Services 46 (6): 605-608.
- Münchau, N. (2001). Soziale Gehemmtheit: Reanalysen der Therapiemißerfolge und Therapieabbrecher 3-13 Jahre nach der Verhaltenstherapie mit anschließender prospektiver Therapiestudie. Dissertation. Hamburg Fachbereich Psychologie. Universität Hamburg.
- Mundt, A., I. Hand et al. (2003). Die spezifische Verhaltenstherapie-Tagesklinik. Nervenarzt 73: 1082-87.
- Nienhuis, F. J., R. Giel et al. (1994). Efficacy of psychiatric day treatment. Course and outcome of psychiatric disorders in a randomised trial. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 244 (2): 73-80.
- Nosper, N. (1998). Indikation zur teilstationären und stationären Psychotherapie. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 44 (1): 3-6.
- Reisch, T., M. Thommen et al. (2002). Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik. Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 52 (2): 56-63.

- Reisch, T., M. Thommen et al. (2001). Outcomes of a Cognitive-Behavioral Day Treatment Program for a Heterogeneous Patient Group. Psychiatric Services 52 (7): 970-972.
- Rosie, J. S. (1987). Partial hospitalization: A review of recent literature. Hospital and community psychiatry 38: 1291-1299.
- Rüddel, H. & R. Jürgensen (1998). Teilstationäre psychosomatische Rehabilitation in der Psychosomatischen Fachklinik St.-Franziska-Stift Bad Kreuznach. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 44: 39-44.
- Rufer, M., I. Hand, Alsleben, H., Braatz, A., Ortmann, J., Katenkamp, B. and S. Fricke (2004). Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: A 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 255 (2): 121-128 .
- Schauenburg, H. & M. Strack (1998). Die Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 48 (2): 257-264.
- Schene, A. H. & B. P. Gersons (1986). Effectiveness and application of partial hospitalization. Acta Psychiatrica Scandinavica 74 (4): 335-40.
- Schlüter, T. (2000). Verhaltenstherapeutische Langzeittherapien in der Praxis niedergelassener Therapeuten - Verlauf, Wirkung und differentielle Effekte. Dissertation zur Erlangung der Würde eines Doktors der Philosophie. Universität Hamburg.
- Seidler, K. P., B. Brüggemann et al. (2002). Der gegenwärtige Stand der allgemein-psychiatrischen tagesklinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. Workshop zur psychiatrischen tagesklinischen Versorgung in Hamburg am 7.11.2001, Hamburg, Freie und Hansestadt Hamburg.
- Shao, J. & B. Zhong (2003). Last observation carry-forward and last observation analysis. Statistics in Medicine 22 : 2429 -2441.
- Siddiqui, O. & M. W. Ali (1998). A comparison of the random-effects pattern mixture model with last-observation-carried-forward (LOCF) analysis in longitudinal clinical trials with dropouts. Journal of biopharmaceutical statistics. 8 (4): 545-63.
- Sigl, C., M. Offenbaecher et al. (2001). Konzept eines störungsspezifischen Therapieansatzes bei FibromyalgiepatientInnen im Rahmen einer Tagesklinik. Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 2000., Gießen, Psychosozial-Verlag.
- Simon, M., D. Althaus et al. (2004). Die stationäre Behandlung von Zwangsstörungen mit multimodaler Verhaltenstherapie. Eine 1-Jahres Katamnese. Psychotherapeut 49 (1): 46-50.

- Simpson, E. B., J. Pistorello et al. (1998). Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. Psychiatric Services 49 (5): 669-73.
- Stangier, U. & T. Heidenreich (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). Zeitschrift für Klinische Psychologie 28 (1): 28-36.
- Stangier, U., T. Heidenreich et al. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. Behavior Research and Therapy 41 (9): 991-1007.
- Streiner, D. L. (2002). The Case of the Missing Data: Methods of Dealing With Drop-outs and Other Research Vagaries. Canadian Journal of Psychiatry 47 (1): 68-75.
- Sturm, J. & R.-T. Vogel (2001). Teilstationäre verhaltensmedizinische Rehabilitation - Konzeptentwurf einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Tagesklinik. Neue Entwicklungen in Psychotherapie und Psychosomatik. Aufbruch in die Vernetzung? J. Sturm, Vogel, Ralf T. Lengerich, Pabst: 241-265.
- Tyrer, P., M. Remington et al. (1987). The outcome of neurotic disorders after outpatient and day hospital care. British Journal of Psychiatry 151: 57-62.
- Ullrich, R. & R. de Mynck (1976). Der U-Fragebogen: Itemzuordnung und Auswertungsschlüssel. Soziale Angst und soziale Kompetenz: Experimentelle Ergebnisse zum Assertiveness-Training-Programm ATP. Band I: Begriff, Messmittel, Entstehung. R. de Mynck. München, J. Pfeiffer. 1.
- Ullrich, R. & R. de Mynck, Eds. (o.J.). Der Unsicherheitsfragebogen. Testmanual U. München, J. Pfeiffer.
- von Massenbach, K. (2003). Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST). Eine Multicenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. Zürich.
- v. Wietersheim, J., A. Zeeck et al. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 55 (2): 79-83.
- Waddell, K.L. & A.S. Demi (1993). Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. Archives of Psychiatric Nursing 7 (1): 2-10.
- Willutzki, U., B. Neumann et al. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 33 (1): 42-50.

- Wolfersdorf, M. & R. Kukla (2005). Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland - Klinische stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 2003. Übersicht nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland (BAG Psychiatrie). Krankenhauspsychiatrie 15: 12-15.
- Zeeck, A., A. Hartmann et al. (2005). Tagesklinische vs. stationäre Psychotherapie bei Bulimia Nervosa - Zwischenergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 55 (2) (abstracts).
- Zeeck, A., A. Sandholz et al. (2004). Bulimiebehandlung im stationären und teilstationären Setting. Ein psychodynamisch-integratives Konzept. Psychotherapeut 50 (1): 43-51.
- Zeeck, A., C. E. Scheidt et al. (2003). Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? Psychotherapeut 48 (6): 420-425.
- Zeeck, A., T. Herzog et al. (2002). Teilstationäre Psychotherapie. Setting-besonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 52 (12): 492-499.
- Zwiebel, R. (1987). Psychosomatische Tagesklinik. Bericht über ein Experiment. Freiburg, Lambertus.

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Unterschiede einzelner verhaltenstherapeutischer Settings	21
Tabelle 3.1: Diagnosegruppen und komorbide Diagnosen	35
Tabelle 3.2: Mittelwertsunterschiede der Diagnosegruppen (Gesamtstichprobe)	36
Tabelle 3.3: Geschlecht und Diagnosegruppen	37
Tabelle 3.4: Schulabschluss und Diagnosegruppen	37
Tabelle 3.5: Berufssituation und Diagnosegruppen	37
Tabelle 3.6: Berufsstatus und Diagnosegruppen	38
Tabelle 3.7: Familienstand und Diagnosegruppen	39
Tabelle 3.8: Behandlungsabbruch und Diagnosegruppen	39
Tabelle 3.9: Klassifizierung von Abbruchgründen	40
Tabelle 3.10: Berufsstatus und Diagnosegruppen	41
Tabelle 3.11: Mittelwertsunterschiede zwischen Behandlungsbeendern und Abbrechern	42
Tabelle 3.12: Katamnesestichprobe und Diagnosegruppen	43
Tabelle 4.1: RMANOVA für BDI, Depressive	44
Tabelle 4.2: Post-Hoc-Tests für den BDI, Depressive	44
Tabelle 4.3: Deskriptive Statistik BDI, Depressive	45
Tabelle 4.4: RMANOVA für ACQ-Gesamt, Angstpatienten	45
Tabelle 4.5: Post-Hoc-Tests für ACQ-Gesamt, Angstpatienten	45
Tabelle 4.6: Deskriptive Statistik, ACQ-Gesamt, Angstpatienten	46
Tabelle 4.7: RMANOVA für ACQ-Kontrollverlust, Angstpatienten	46
Tabelle 4.8: Post-Hoc-Tests für ACQ-Kontrollverlust, Angstpatienten	46
Tabelle 4.9: Deskriptive Statistik für ACQ-Kontrollverlust, Angstpatienten	47
Tabelle 4.10: RMANOVA für BSQ, Angstpatienten	47
Tabelle 4.11: Post-Hoc-Tests für BSQ, Angstpatienten	48
Tabelle 4.12: Deskriptive Statistik für BSQ, Angstpatienten	48
Tabelle 4.13: RMANOVA für MI-a, Angstpatienten	48
Tabelle 4.14: Post-Hoc-Tests für MI-a, Angstpatienten	48
Tabelle 4.15: Deskriptive Statistik für MI-a, Angstpatienten	49
Tabelle 4.16: RMANOVA für MI-b, Angstpatienten	49
Tabelle 4.17: Post-Hoc-Tests für MI-b, Angstpatienten	50
Tabelle 4.18: Deskriptive Statistik für MI-b, Angstpatienten	50
Tabelle 4.19: RMANOVA für Ängstlichkeit (SCL-90-R), alle Angstpatienten	50
Tabelle 4.20: Post-Hoc-Tests für Ängstlichkeit (SCL-90-R), alle Angstpatienten	51
Tabelle 4.21: Deskriptive Statistik für Ängstlichkeit (SCL-90-R), alle Angstpatienten	51
Tabelle 4.22: RMANOVA für Ängstlichkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten	51
Tabelle 4.23: Post-Hoc-Tests für die Skala Ängstlichkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten	52
Tabelle 4.24: Deskriptive Statistik für Ängstlichkeit-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten	52
Tabelle 4.25: RMANOVA für Phobische Angst (SCL-90-R), alle Angstpatienten	53
Tabelle 4.26: Post-Hoc-Tests für Phobische Angst (SCL-90-R), alle Angstpatienten	53
Tabelle 4.27: Deskriptive Statistik für Phobische Angst (SCL-90-R), alle Angstpatienten	53
Tabelle 4.28: RMANOVA für Phobische Angst-Belastungstendenz (SCL-90-R), alle Angstpatienten	54
Tabelle 4.29: Post-Hoc-Tests für Phobische Angst (Belastungstendenz), alle Angstpatienten	54
Tabelle 4.30: Deskriptive Statistik für Phobische Angst (Belastungstendenz), alle Angstpatienten	54
Tabelle 4.31: RMANOVA für Skala Agoraphobie, FSSP, Angstpatienten	55
Tabelle 4.32: Post-Hoc-Tests für Skala Agoraphobie, FSSP, Angstpatienten	55
Tabelle 4.33: Deskriptive Statistik für Skala Agoraphobie, FSSP, Angstpatienten	56
Tabelle 4.34: RMANOVA für FSSP3, Angstpatienten	56
Tabelle 4.35: Post-Hoc-Tests für FSSP3, Angstpatienten	56
Tabelle 4.36: Deskriptive Statistik für FSSP3, Angstpatienten	57
Tabelle 4.37: RMANOVA für FSSP4	57
Tabelle 4.38: Post-Hoc-Tests für FSSP4	57
Tabelle 4.39: Deskriptive Statistik für FSSP4, Primäre Angstpatienten	58
Tabelle 4.40: RMANOVA für Liebowitz Skala (Gesamtangst), Soziophobiker	58
Tabelle 4.41: Deskriptive Statistik für Liebowitz Skala (Gesamtangst), Soziophobiker	59
Tabelle 4.42: RMANOVA für Liebowitz-Skala (Vermeidung), Soziophobiker	59
Tabelle 4.43: Deskriptive Statistik für Liebowitz-Skala (Vermeidung), Soziophobiker	60
Tabelle 4.44: RMANOVA für Unsicherheit (SCL-90-R), Soziophobiker	60
Tabelle 4.45: Post-Hoc-Tests für Unsicherheit (SCL-90-R), Soziophobiker	60

Tabelle 4.46: Deskriptive Statistik für Unsicherheit (SCL-90-R), Soziophobiker	61
Tabelle 4.47: RMANOVA für SPS, Soziophobiker	61
Tabelle 4.48: Deskriptive Statistik für SPS, Soziophobiker.....	62
Tabelle 4.49: Deskriptive Statistik für Y-BOCS, Zwangspatienten.....	63
Tabelle 4.50: RMANOVA für Kontrollieren des HZI-K, Zwangspatienten	63
Tabelle 4.51: Post-Hoc-Tests für Kontrollieren des HZI-K, Zwangspatienten	63
Tabelle 4.52: Deskriptive Statistik für Kontrollieren (HZI-K), Zwangspatienten	64
Tabelle 4.53: Deskriptive Statistik für Zwanghaftigkeit (SCL-90-R), Zwangspatienten	64
Tabelle 4.54: Post-Hoc-Tests für Zwanghaftigkeit-Belastungstendenz, Zwangspatienten.....	65
Tabelle 4.55: Deskriptive Statistik für Zwanghaftigkeit-Belastungstendenz, Zwangspatienten	65
Tabelle 4.56: Deskriptive Statistik BDI, alle Diagnosegruppen	66
Tabelle 4.57: RMANCOVA für Psychotizismus (SCL-90-R)	68
Tabelle 4.58: RMANCOVA für Unsicherheit (SCL-90-R)	68
Tabelle 4.59: Post-Hoc-Tests für Unsicherheit (SCL-90-R)	69
Tabelle 4.60: Deskriptive Statistik Unsicherheit (SCL-90-R).....	70
Tabelle 4.61: RMANCOVA für FSSP4 (Situationsspezifische Ängste).....	71
Tabelle 4.62: Post-Hoc-Tests für FSS-P4 (Situationsspezifische Ängste)	71
Tabelle 4.63: Deskriptive Statistik für FSSP4 (Situationsspezifische Ängste)	72
Tabelle 4.64: RMANCOVA für Nicht-Nein-Sagen-Können (U-Fb)	73
Tabelle 4.65: Post-Hoc-Tests für Nicht-Nein-Sagen (U-Fb).....	74
Tabelle 4.66: Deskriptive Statistik Nicht-Nein-Sagen (U-Fb)	74
Tabelle 4.67: RMANCOVA für Fehlschlag- und Kritikangst (U-Fb).....	75
Tabelle 4.68: Post-Hoc-Tests für Fehlschlag- und Kritikangst (U-Fb)	76
Tabelle 4.69: Deskriptive Statistik für Fehlschlag- und Kritikangst (U-Fb).....	77
Tabelle 4.70: RMANCOVA für Kennwert PST (SCL-90-R).....	78
Tabelle 4.71: Post-Hoc-Tests für Kennwert PST (SCL-90-R).....	78
Tabelle 4.72: Deskriptive Statistik für Kennwert PST (SCL-90-R)	79
Tabelle 4.73: RMANCOVA für Kennwert GSI (SCL-90-R).....	80
Tabelle 4.74: GSI-Maße nach Diagnosegruppen (COMPO).....	81
Tabelle 4.75: GSI-Maße nach Alter und Diagnosegruppe (COMPO)	81
Tabelle 4.76: GSI-Maße bei Persönlichkeitsstörungen (COMPO).....	82
Tabelle 4.77: RMANCOVA für Denken (HZI-E)	83
Tabelle 4.78: RMANCOVA für Somatisierung-Belastungstendenz (SCL-90-R)	83
Tabelle 4.79: RMANCOVA für Anständigkeit (U-Fb)	84
Tabelle 4.80: RMANCOVA für FSS-S	85
Tabelle 5.1: Qualität klinischer Veränderungen	89
Tabelle 5.2: Klinische Veränderungen mit und ohne RCI im BDI, Follow-up.....	90
Tabelle 5.3: Klinische Veränderungen mit und ohne RCI im BDI, Post	91
Tabelle 5.4: Klinische Veränderungen und Cut-Off-Werte im BDI, Follow-up ¹	92
Tabelle 5.5: Cut-Off-Werte im BDI ohne RCI Follow-up ¹	93
Tabelle 5.6: Klinische Veränderungen Skala SCL-GSI, Follow-up	94
Tabelle 5.7: Klinische Veränderungen Skala SCL-GSI, Post.....	95
Tabelle 5.8: Klinische Veränderungen Skala SCL-PSDI, Follow-up.....	95
Tabelle 5.9: Klinische Veränderungen Skala SCL PSDI, Post.....	96
Tabelle 5.10: Klinische Veränderungen Skala SCL- PST, Follow-up	97
Tabelle 5.11: Klinische Veränderungen Skala SCL-PST, Post.....	97
Tabelle 5.12: Klinische Veränderungen Skala SCL-Unsicherheit, Follow-up	99
Tabelle 5.13: Klinische Veränderungen Skala SCL-Unsicherheit, Post.....	99
Tabelle 5.14: Klinische Veränderungen Skala SCL-Depressivität, Follow-up	100
Tabelle 5.15: Klinische Veränderungen Skala SCL- Depressivität, Post.....	100
Tabelle 5.16: Klinische Veränderungen Skala SCL-Ängstlichkeit, Follow-up	101
Tabelle 5.17: Klinische Veränderungen Skala SCL-Ängstlichkeit, Post	101
Tabelle 5.18: Klinische Veränderungen Skala SCL-Phobische Angst, Follow-up	102
Tabelle 5.19: Klinische Veränderungen Skala SCL-Phobische Angst, Post.....	103
Tabelle 5.20: Klinische Veränderungen im MI-a, Follow-up.....	105
Tabelle 5.21: Klinische Veränderungen im MI-a, Post	105
Tabelle 5.22: Klinische Veränderungen MI-b, Follow-up	106
Tabelle 5.23: Klinische Veränderungen MI-b, Post.....	106
Tabelle 5.24: Klinische Veränderungen BSQ, Follow-up	107
Tabelle 5.25: Klinische Veränderungen Skala BSQ, Post	107
Tabelle 5.26: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Körperliche Krisen, Follow-up	108
Tabelle 5.27: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Kontrollverlust, Follow-up.....	108

Tabelle 5.28: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Gesamt, Follow-up	109
Tabelle 5.29: Klinische Veränderungen ACQ, Skala Gesamt, Post.....	109
Tabelle 5.30: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Fehlschlag- und Kritikangst, Follow-up	111
Tabelle 5.31: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Fehlschlag- und Kritikangst, Post	111
Tabelle 5.32: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Kontaktangst, Follow-up	112
Tabelle 5.33: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Kontaktangst, Post	113
Tabelle 5.34: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Forderungen stellen, Follow-up	113
Tabelle 5.35: Klinische Veränderungen U-Fb, Skala Forderungen stellen, Post.....	114
Tabelle 5.36: Veränderungen im FSS-P, Skala Agoraphobie, Follow-up	115
Tabelle 5.37: Veränderungen im FSS-P, Skala Agoraphobie, Post	116
Tabelle 5.38: Veränderungen im FSS-S, Follow-up.....	117
Tabelle 5.39: Veränderungen im FSS-S, Post	117
Tabelle 5.40: Erfolgspatienten Y-BOCS (Symptomreduktion \geq 35%).....	119
Tabelle 6.1: Misserfolgseinschätzung nach Diagnosegruppen.....	121
Tabelle 6.2: Kategorisierung von subjektiven Misserfolgsgründen	124
Tabelle 6.3: Kategorisierung von subjektiven Rückfallgründen	125
Tabelle 6.4: Einschränkungen in Lebensbereichen vor der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt bei Completern	126
Tabelle 6.5: Einschränkungen in Lebensbereichen vor der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt bei Behandlungsabbrechern.....	126
Tabelle 6.6: Einschränkungen in Lebensbereichen zum Zeitpunkt von Rückfällen und zum Katamnesezeitpunkt, Completer	128
Tabelle 6.7: Einschränkungen in Lebensbereichen zum Zeitpunkt von Rückfällen und zum Katamnesezeitpunkt, Behandlungsabbrecher.....	128
Tabelle 6.8: Erwerbsstatus vor Behandlung und zum Follow-up	129
Tabelle 7.1: Anzahl Erfolgspatienten (N=73)	132
Tabelle 7.2: Anzahl Erfolgspatienten (N=44)	132
Tabelle 7.3: Anzahl Erfolgspatienten in den Diagnosegruppen, Follow-up	133
Tabelle 7.4: Anzahl Erfolgspatienten in den Diagnosegruppen, Post.....	134
Tabelle 8.1: Vergleich der Angstpatienten zweier Tageskliniken.....	144
Tabelle 8.2: Präwerte von soziophobischen Tagesklinik- und Studienpatienten	148
Tabelle 8.3: GSI-Werte in verschiedenen Behandlungseinrichtungen	150
Tabelle 8.4: Anzahl klinisch reliabler Veränderungen im GSI (%), Post (ohne Testnormale)	151

Katamnesefragebogen „Fragebogen zur Beurteilung der Tagesklinik-Behandlung“

Fragebogen zur Beurteilung Ihrer Tagesklinik-Behandlung

Wie wird' s gemacht?

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie

- in die vorgegebenen Kästchen, die auf Sie zutreffen, ein Kreuz machen.

Beispiel:

Waren Sie vor der Behandlung in der Tagesklinik in ambulanter psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer oder neurologischer Vorbehandlung?

- ja
- nein

- die Zahl ankreuzen, die am ehesten auf Sie zutrifft

Beispiel:

Wie sehr waren Sie damals über diese Rückfälle beunruhigt?

(0 = gar nicht beunruhigt, 8 = extrem beunruhigt) 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Hier müssten Sie z.B. eine 4 ankreuzen, wenn Sie nur mittelmäßig beunruhigt waren. Je mehr beunruhigt Sie waren, umso näher ist eine Zahl in Richtung 8 anzukreuzen, je weniger beunruhigt, umso näher eine Zahl in Richtung 0.

- und dort, wo es erforderlich ist, Zahlen oder Text eintragen

Beispiel 1:

Wie lange dauerte die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Vorbehandlung in Wochen insgesamt?

Beispiel 2:

Wenn ja: Was wurde Ihnen empfohlen?

Bitte beantworten Sie jede einzelne der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft, oder indem Sie die entsprechenden Zahlen oder Text eintragen.

1.1 Erwerbstätigkeit

Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre **derzeitige Situation** zu?

- berufstätig, mit _____ Stunden pro Woche
- Hausfrau/Hausmann
- Rentner/in, im Vorruhestand, Pensionär/in, seit _____
- Anderes, nämlich: _____

Sind Sie derzeit arbeitslos?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Seit wann sind Sie arbeitslos?

Seit _____ (Bitte geben Sie ein ungefähres Datum ein!)

Welche der folgenden Angaben traf auf Sie **vor dem Aufenthalt** in der Tagesklinik zu?

- berufstätig, mit _____ Stunden pro Woche
- Hausfrau/Hausmann
- Renter/in, im Vorruhestand, Pensionär/in, seit _____
- Anderes, nämlich: _____

Waren Sie vor dem Aufenthalt arbeitslos?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Seit wann waren Sie arbeitslos?

Seit _____ (Bitte geben Sie ein ungefähres Datum ein!)

1.2 Für Berufstätige:

Wie viele Wochen waren Sie insgesamt **aufgrund seelischer Beschwerden** arbeitsunfähig (krank) geschrieben?

* In dem Jahr vor dem Tagesklinik-Aufenthalt:

ca. _____ Wochen.

* Seit dem Tagesklinik-Aufenthalt bis heute:

ca. _____ Wochen.

1.3 Für Nicht-Berufstätige:

Wie viele Wochen waren Sie insgesamt so krank, dass Sie **aufgrund seelischer Beschwerden** Ihren normalen Tagesablauf nicht bewältigen konnten?

* In dem Jahr vor dem Tagesklinik-Aufenthalt:

ca. _____ Wochen.

* Seit dem Tagesklinik-Aufenthalt bis heute:

ca. _____ Wochen.

2. Behandlungen vor der Tagesklinik

2.1 Befanden Sie sich **vor dem Aufenthalt in der Tagesklinik** in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

(Anmerkung: In der Regel findet ambulante Psychotherapie beim Diplom-Psychologen/in oder Facharzt/ärztin für Psychotherapie statt; mindestens einmal wöchentlich ein Gespräch von ca. 50 min.)

- ja
- nein

Wenn ja: Wie viele Behandlungen fanden statt, d.h. bei wie vielen Psychotherapeuten waren Sie vorher in Behandlung?

Wenn ja: Welche Therapierichtung (z.B. Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Therapie usw.) wurde angewandt?

Wenn ja: Wie lange fand die psychotherapeutische Vorbehandlung statt?

- bis zu 5 Stunden
- 6-25 Stunden
- 26-160 Stunden
- 161-300 Stunden
- über 300 Stunden

2.2 Befanden Sie sich vor dem Aufenthalt in der Tagesklinik in **ambulanter** psychiatrischer oder neurologischer Behandlung?

(Anmerkung: In der Regel bei Facharzt/ärztin für Psychiatrie oder Neurologie; eher medikamentöse Fragen und weniger als einmal wöchentlich ein Gespräch von ca. 20min.)

- ja
- nein

Wenn ja: Wie viele Behandlungen fanden statt, d.h. bei wie vielen Psychiatern oder Neurologen waren Sie vorher in Behandlung?

2.3 Waren Sie vor dem Aufenthalt in der Tagesklinik in **stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer** Behandlung?

- ja
- nein

Wenn ja:

* Wie lange dauerte diese stationäre Behandlung in Wochen insgesamt?

Wenn ja:

* Welche Therapierichtung (z.B. Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Analytische Therapie usw.) wurde angewandt?

2.4 Waren Sie vor der Behandlung in der Tagesklinik in **stationärer psychiatrischer** Behandlung?

- ja
- nein

Wenn ja:

* Wie lange dauerte die stationäre psychiatrische Behandlung in Wochen insgesamt?

3. Einschränkung

Wie stark waren Sie **vor der Behandlung** in folgenden Bereichen eingeschränkt?

(0 = gar nicht eingeschränkt, 8 = extrem eingeschränkt)

a: Partnerschaft/Partnersuche	0 1 2 3 4 5 6 7 8
b: Sexualität	0 1 2 3 4 5 6 7 8
c: Familienleben	0 1 2 3 4 5 6 7 8
d: Berufstätigkeit	0 1 2 3 4 5 6 7 8
e: Arbeit im Haushalt	0 1 2 3 4 5 6 7 8
f: Freizeitverhalten	0 1 2 3 4 5 6 7 8
g: Kontakt mit anderen Menschen	0 1 2 3 4 5 6 7 8
h: Psychisches Wohlbefinden	0 1 2 3 4 5 6 7 8
i: Körperliches Wohlbefinden	0 1 2 3 4 5 6 7 8
j: andere Bereiche	0 1 2 3 4 5 6 7 8

4. Wann sind Ihre Symptome, derentwegen Sie in der Tagesklinik waren, das erste Mal aufgetreten?

5. Wenn Sie den Aufenthalt in der Tagesklinik rückblickend betrachten, sind Sie dann ein

- Misserfolgspatient?
- Erfolgspatient?

Wenn Sie sich als Misserfolg einstufen: Was sind Ihrer Ansicht nach Gründe für den Misserfolg?

6. Empfehlungen

6.1. Wurde Ihnen während des Tagesklinikaufenthalts eine Medikamenten-Empfehlung wegen psychischer Beschwerden (Psychopharmaka) für die Zeit nach Beendigung der Behandlung gegeben?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Was wurde Ihnen empfohlen?

Wenn ja: Wann und wie lange haben Sie diese(s) Medikament(e) eingenommen?

6.2 Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Medikamente wegen psychischer Beschwerden (Psychopharmaka) eingenommen?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Welche(s) Medikament(e) nehmen Sie?

Wenn ja: Wie hilfreich schätzen Sie die(ses) Medikament(e) ein?

- sehr hilfreich
- hilfreich
- weder / noch
- wenig hilfreich
- gar nicht hilfreich

6.3. Wurde Ihnen während des Tagesklinikaufenthalts eine Empfehlung für eine anschließende Weiterbehandlung gegeben?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Was wurde Ihnen empfohlen?

7. Anschlusstherapie

Haben Sie seit dem Tagesklinikaufenthalt eine weitere Behandlung in Anspruch genommen?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Was war der Grund der Behandlung?

- Empfehlung durch die Tagesklinik
- Rückfälle (d.h. ein Wiederauftreten der Symptome, derentwegen Sie in die Tagesklinik gekommen waren, etwa ähnlich stark wie vor der Behandlung)
- andere Symptome
- Sonstiges: _____

Wenn ja: Welche Behandlungsform?

- Arztbehandlungen
 - Allgemein-/Facharzt
 - Neurologe/Psychiater
- Psychotherapie/n
- Selbsthilfegruppe/n
- Krankenhausaufenthalt
 - Allgemeines Krankenhaus
 - Psychiatrie
- Psychosomatische Klinik
- Kurklinik
- Sonstige, und zwar:

Welche Dauer?

Wenn Psychotherapie: Welche Therapierichtung (z.B. Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Therapie usw.)?

Wenn Psychotherapie: Wie hilfreich schätzen Sie die Psychotherapie in Hinblick auf die Verbesserung Ihrer Symptome ein?

- gar nicht hilfreich
- wenig hilfreich
- weder / noch
- hilfreich
- sehr hilfreich

8. Rückfälle

Hat sich, rückblickend betrachtet, die Symptomatik, derentwegen Sie in der Tagesklinik waren, gebessert?

- Ja
 Nein

Wenn nein: Was sind Ihrer Ansicht nach Gründe dafür?

Wenn ja:

Gab es nach der Behandlung in der Tagesklinik **Rückfälle**, d.h. Verschlechterungen der Symptome, derentwegen Sie in die Tagesklinik gekommen waren, **in etwa ähnlich stark wie vor der Behandlung**?

- Ja
 Nein

Wenn Nein, bitte bei Frage 9 weitermachen.

Wenn ja: Welche Symptome waren das?

8.1 Zu welchem(n) Zeitpunkt(en) in Monaten nach Behandlungsende traten diese Rückfälle ungefähr auf?

Notieren Sie bitte alle Zeiten, in denen Rückfälle auftraten!

8.2. Wie lange dauerten diese Rückfälle an (Stunden, Tage, Wochen)?

8.3 Infolge welcher *konkreter* Auslöser traten Ihrer Ansicht nach diese Rückfälle auf (z.B. Konflikte mit nahe stehenden Personen, schwierige Lebensereignisse)?

Beschreiben Sie diese bitte so genau wie möglich!

8.4 Wie sehr waren Sie damals über diese Rückfälle beunruhigt?

Bei mehreren Rückfällen versuchen Sie bitte einen Durchschnittswert anzugeben!

(0 = gar nicht beunruhigt, 8 = extrem beunruhigt)

0 1 2 3 4 5 6 7 8

8.5 Wie stark waren Sie durch die Rückfälle in folgenden Bereichen eingeschränkt?

Bei mehreren Rückfällen versuchen Sie bitte einen Durchschnittswert anzugeben!

(0 = gar nicht eingeschränkt, 8 = extrem eingeschränkt)

a: Partnerschaft/Partnersuche	0 1 2 3 4 5 6 7 8
b: Sexualität	0 1 2 3 4 5 6 7 8
c: Familienleben	0 1 2 3 4 5 6 7 8
d: Berufstätigkeit	0 1 2 3 4 5 6 7 8
e: Arbeit im Haushalt	0 1 2 3 4 5 6 7 8
f: Freizeitverhalten	0 1 2 3 4 5 6 7 8
g: Kontakt mit anderen Menschen	0 1 2 3 4 5 6 7 8
h: Psychisches Wohlbefinden	0 1 2 3 4 5 6 7 8
i: Körperliches Wohlbefinden	0 1 2 3 4 5 6 7 8
j: andere Bereiche	0 1 2 3 4 5 6 7 8

8.6. Wie haben Sie versucht, mit diesen Rückfällen umzugehen?

Durch in der Therapie Besprochenes oder Erlerntes, nämlich:

Durch Maßnahmen, die **nicht** in der Therapie besprochen waren (außer Alkohol, Drogen, Medikamente), nämlich:

- Durch Medikamente, nämlich _____
- Durch Alkohol oder Drogen
- Sonstiges: _____

8.7 Wie sehr haben diese von Ihnen eingesetzten Maßnahmen Ihnen geholfen, die Rückfälle zu bewältigen?

Bei mehreren Rückfällen versuchen Sie bitte einen Durchschnittswert anzugeben!

Beurteilen Sie nur die von Ihnen eingesetzten Maßnahmen!

(0 = gar nicht, 8 = sehr gut)

<input type="checkbox"/> In der Therapie Besprochenes oder Erlerntes	0 1 2 3 4 5 6 7 8
<input type="checkbox"/> Maßnahmen, die nicht in der Therapie besprochen waren	0 1 2 3 4 5 6 7 8
<input type="checkbox"/> Durch Medikamente	0 1 2 3 4 5 6 7 8
<input type="checkbox"/> Durch Alkohol oder Drogen	0 1 2 3 4 5 6 7 8
<input type="checkbox"/> Sonstiges	0 1 2 3 4 5 6 7 8

8.8. Haben Sie derartige Rückfälle auch in den vergangenen zwei Wochen erlebt?

- Ja
- Nein

8.9. Waren Sie zum Zeitpunkt der Rückfälle in psychotherapeutischer Behandlung?

- Ja
- Nein

Wenn ja, weiter mit Frage 9.

Wenn nein: Haben Sie **aufgrund dieser Rückfälle** eine weitere Therapie in Anspruch genommen?

- Ja
 Nein

Wenn ja: Welche Behandlungsform?

Welche Dauer?

- Arztbehandlungen
 Allgemein-/Facharzt Neurologe/Psychiater
- Psychotherapien
 Selbsthilfegruppen
- Krankenhausaufenthalt Allgemeines Krankenhaus Psychiatrie
- Psychosomatische Klinik
 Kurklinik
- Sonstige, und zwar:

Wenn Psychotherapie: Welche Therapierichtung (z.B. Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Therapie usw.)?

Wenn Psychotherapie: Wie hilfreich schätzen Sie diese in Hinblick auf die Verbesserung Ihrer Symptome ein?

- sehr hilfreich
 hilfreich
 weder / noch
 wenig hilfreich
 gar nicht hilfreich

9. Hatten Sie seit der Beendigung der Therapie in der Tagesklinik **neue oder andere Symptome oder seelische Beschwerden erlebt als die, derentwegen Sie die Tagesklinikbehandlung begonnen hatten?**

- Ja
 Nein

Wenn nein, bitte weiter bei Frage 10.

Wenn ja: Welche Symptome?

9.1. Zu welchem(n) Zeitpunkt(en) nach Behandlungsende traten diese anderen Symptome auf?

Notieren Sie bitte alle Zeiten, in denen diese Symptome auftraten!

9.2 Wie lange dauerten diese Symptome an (Stunden, Tage, Wochen)?

9.3. Was sind Ihrer Ansicht nach Gründe oder Auslöser für diese anderen Symptome gewesen (z.B. schwierige Lebensereignisse)?

9.4. Wie sehr waren Sie über diese anderen Symptome beunruhigt?

Bei mehreren Symptomen versuchen Sie bitte einen Durchschnittswert anzugeben!

(0 = gar nicht, 8 = extrem beunruhigt)

0 1 2 3 4 5 6 7 8

9.5 Wie stark waren Sie aufgrund dieser anderen Symptome in folgenden Bereichen eingeschränkt?

Bei mehreren Symptomen versuchen Sie bitte einen Durchschnittswert anzugeben!

(0 = gar nicht, 8 = extrem eingeschränkt)

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| a: Partnerschaft/Partnersuche | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| b: Sexualität | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| c: Familienleben | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| d: Berufstätigkeit | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| e: Arbeit im Haushalt | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| f: Freizeitverhalten | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| g: Kontakt mit anderen Menschen | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| h: Psychisches Wohlbefinden | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| i: Körperliches Wohlbefinden | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| j: andere Bereiche | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |

9.6 Wie haben Sie versucht, mit diesen anderen Symptomen umzugehen?

- durch in der Therapie Besprochenes oder Erlerntes, das ich auch bei diesen Symptomen anwenden konnte, nämlich

- durch Maßnahmen, die **nicht** in der Therapie besprochen waren, nämlich

- durch Medikamente, nämlich _____
- durch Alkohol oder Drogen _____
- Sonstiges: _____

9.7 Wie sehr haben die von Ihnen eingesetzten Maßnahmen Ihnen geholfen, diese Symptome zu bewältigen?

Bei mehreren Symptomen versuchen Sie bitte einen Durchschnittswert anzugeben!

Beurteilen Sie nur die von Ihnen eingesetzten Maßnahmen!

(0 = gar nicht, 8 = sehr gut)

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> In der Therapie Besprochenes oder Erlerntes | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| <input type="checkbox"/> Maßnahmen, die nicht in der Therapie besprochen waren | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Durch Medikamente | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| <input type="checkbox"/> Durch Alkohol oder Drogen | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |

9.8 Haben diese Symptome auch noch in den letzten zwei Wochen andauert?

- Ja
 Nein

9.9. Waren Sie beim Eintreten dieser anderen oder neuen Symptome in psychotherapeutischer Behandlung?

- Ja
 Nein

Wenn nein: Haben Sie **aufgrund dieser anderen oder neuen Symptome** eine weitere Therapie in Anspruch genommen?

- Ja
 Nein

Wenn ja: Welche Behandlungsform?

Welche Dauer?

- Arztbehandlungen
 Allgemein-/Facharzt Neurologe/Psychiater
 Psychotherapien
 Selbsthilfegruppen
 Krankenhausaufenthalt Allgemeines Krankenhaus Psychiatrie
 Psychosomatische Klinik
 Kurklinik
 Sonstige, und zwar:

Wenn Psychotherapie: Welche Form der Psychotherapie?

Wenn Psychotherapie: Wie hilfreich schätzen Sie diese Maßnahme in Hinblick auf die Verbesserung Ihrer Symptome ein?

- sehr hilfreich
 hilfreich
 weder / noch
 wenig hilfreich
 gar nicht hilfreich

10. Haben Sie **gegenwärtig** Beschwerden oder Symptome?

- Ja
 Nein

Wenn ja: welche und seit wann?

11. Wie stark sind Sie **gegenwärtig** in folgenden Bereichen eingeschränkt?

(0 = gar nicht eingeschränkt, 8 = extrem eingeschränkt)

- | | |
|------------------|-------------------|
| a: Partnerschaft | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| b: Partnersuche | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| c: Sexualität | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |

d: Familienleben	0 1 2 3 4 5 6 7 8
e: Berufstätigkeit	0 1 2 3 4 5 6 7 8
f: Arbeit im Haushalt	0 1 2 3 4 5 6 7 8
g: Freizeitverhalten	0 1 2 3 4 5 6 7 8
h: Kontakt mit anderen Menschen	0 1 2 3 4 5 6 7 8
i: Psychisches Wohlbefinden	0 1 2 3 4 5 6 7 8
j: Körperliches Wohlbefinden	0 1 2 3 4 5 6 7 8
k: andere Bereiche	0 1 2 3 4 5 6 7 8

12. Wie zufrieden sind Sie rückblickend mit der Tagesklinik-Behandlung?

- sehr unzufrieden
- unzufrieden
- weder / noch
- zufrieden
- sehr zufrieden

13. Wie zufrieden sind Sie rückblickend mit der Beziehung zu Ihrem Therapeuten in der Tagesklinik?

- sehr unzufrieden
- unzufrieden
- weder / noch
- zufrieden
- sehr zufrieden

14. Wie geht es Ihnen - allgemein beurteilt - heute im Vergleich vor der Behandlung in der Tagesklinik?

- sehr viel schlechter
- schlechter
- unverändert
- besser
- sehr viel besser

15. Haben Sie die in der Tagesklinik begonnene Angst- oder Zwangsübungen weiter durchgeführt?

- Ich war wegen anderer Beschwerden in der Tagesklinik.
- Ja
- Nein

Wenn ja: Wie lange und wie oft (Stunden / Woche)?

Wenn Nein: Was waren die Gründe?

16. Was ist für Sie - rückblickend betrachtet – an der Therapieform oder der Behandlung in der Tagesklinik zu kritisieren oder zu verändern?

17. Was war für Sie positiv / das Positivste?

18. Betrug Ihre Aufenthaltszeit in der Tagesklinik weniger als vier Wochen?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Was sind Ihrer Ansicht nach Gründe dafür gewesen (z.B. Überforderung durch das Angebot, Unzufriedenheit mit dem Angebot u.Ä.)?

Bitte überprüfen Sie nun noch einmal **kurz**, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

