

**Stationäre psychoanalytische Psychotherapie
in einer Psychiatrischen Klinik
– Patienten, Diagnosen und Ergebnisse**

Konrad Weber

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik
Direktor: Prof. Dr. med. H.- J. Möller

**Stationäre psychoanalytische Psychotherapie
in einer Psychiatrischen Klinik
– Patienten, Diagnosen und Ergebnisse**

**Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

Konrad Weber

aus Deggendorf

2007

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. M. Ermann
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. J. Hasford Priv. Doz. Dr. med. Th.- Ch. Wetter Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Bender
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. med. Dr. rer. pol. O. Seidl
Dekan:	Prof. Dr. med. D. Reinhardt
Tag der mündlichen Prüfung:	12.07.2007

*„So eine Arbeit wird eigentlich nie fertig,
man muss sie für fertig erklären,
wenn man nach Zeit und Umständen
das Möglichste getan hat.“*

Johann Wolfgang von Goethe, *Italienische Reise*

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis:

	<u>Seite</u>
1 Einleitung.....	1
2 Literaturübersicht	3
2.1 Geschichtliche Entwicklung der stationären Psychotherapie	3
2.2 Konzepte stationärer Psychotherapie	5
2.3 Ergebnisse stationärer Psychotherapie	11
2.4 Bewertung der Literatur.....	18
3 Psychotherapiestation B1b der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Klinik für Psychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München	19
3.1 Geschichte und organisatorische Struktur	19
3.2 Das psychoanalytische Konzept der Behandlung	20
3.3 Behandlungsverfahren	21
4 Fragestellung.....	25
5 Stichprobe und Methode.....	27
5.1 Stichprobe	27
5.2 Methoden	27
5.2.1 Datenerhebung	27
5.2.2 Definitionen der Variablen.....	28
5.2.3 Statistische Auswertung der Daten.....	29

6 Ergebnisse	30
6.1 Deskriptive Statistik	30
6.1.1 Alter, Geschlecht und Ausländeranteil	30
6.1.2 Aufenthaltsdauer	32
6.1.3 Diagnosen.....	34
6.1.3.1 Hauptdiagnosen	34
6.1.3.2 Zusammenhänge mit der Hauptdiagnose.....	35
6.1.3.2.1 Hauptdiagnosen und Geschlechtsverteilung	35
6.1.3.2.2 Hauptdiagnosen und Alter.....	37
6.1.3.2.3 Hauptdiagnosen und Aufenthaltsdauer	37
6.1.3.3 Nebendiagnosen	38
6.1.3.4 Symptomdiagnosen.....	39
6.1.4 Strukturniveau	40
6.1.5 Zugangsmodus	40
6.1.6 Entlassungsmodus	41
6.1.7 Psychopharmaka.....	42
6.1.8 Therapieempfehlung bei Entlassung	43
6.1.9 Ergebnisse der Behandlung.....	43
6.1.10 Zusammenfassung	44
6.2 Mögliche Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis.....	46
6.2.1 Alter, Geschlecht, Ausländer/ Deutsche	46
6.2.2 Aufenthaltsdauer	50
6.2.3 Hauptdiagnosen	56
6.2.4 Strukturniveau	58
6.2.5 Zugangs- und Entlassungsmodus	60
6.2.6 Psychopharmakologische Zusatzbehandlung.....	62
6.2.7 Zusammenfassung	63

7 Diskussion.....	66
7.1 Methode	66
7.2 Soziodemographische Daten.....	67
7.3 Krankheitsbezogene Merkmale.....	69
7.4 Behandlungsbezogene Merkmale	73
7.5 Behandlungsergebnisse.....	77
8 Zusammenfassung aller Ergebnisse und Ausblick.....	83
Literaturverzeichnis.....	88
Danksagung	95
Lebenslauf.....	96

1 Einleitung

„Das Krankhafte kann nicht einfach wie ein Fremdkörper beseitigt werden, ohne dass man Gefahr läuft, zugleich etwas Wesentliches, das auch leben sollte, zu zerstören. Unsere Aufgabe besteht nicht darin, es zu vernichten, sondern wir sollten vielmehr das, was wachsen will, hegen und pflegen, bis es schließlich seine Rolle in der Ganzheit der Seele spielen kann.“ (C.G. Jung)

Die folgenden Untersuchungen können aus verschiedenen Gründen ein besonderes Interesse finden:

- Die Untersuchungen erfolgen in einer Zeit, in der die Kostenträger im Gesundheitswesen zunehmend versuchen, die stationäre Psychotherapie aus der klinischen Heilbehandlung auszugliedern und sie den rehabilitativen Einrichtungen zuzuordnen (Seidl und Ermann 2003). Dies bedeutet gleichzeitig eine Ausgliederung aus dem ärztlichen Versorgungsbereich und eine Psychologisierung der Psychotherapie. Unsere Untersuchungen können dazu beitragen, den Sinn und Nutzen einer klinischen Psychotherapie aufzuzeigen.
- Nachdem die Psychotherapie Bestandteil des Facharztes für Psychiatrie geworden ist, können unsere Untersuchungen helfen, die Bedeutung der psychodynamischen Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik zu untermauern.
- Da die psychoanalytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie oft miteinander konkurrieren, können unsere Untersuchungen Daten zur Frage nach der Effektivität der psychoanalytischen Konzepte beitragen.

Bei rund einem Drittel der Patienten in einer Allgemeinarztpraxis finden sich bei Erstkonsultationen seelische Krankheitsfaktoren. Psychogene seelische oder körperliche Störungen sind bei etwa jedem fünften Erwachsenen zu finden, wobei somatoforme Störungen am häufigsten sind. Diese kommen bei rund zehn Prozent der Erwachsenen vor (Ermann 2003).

Nur bei einem kleinen Teil dieser Patienten ist eine stationäre psychotherapeutische Behandlung notwendig. Bei der Indikationsstellung werden sowohl klinische Krankheits-

variablen, wie z.B. Art, Schwere und Verlauf der Symptomatik, als auch Persönlichkeitsaspekte, wie beispielsweise eine mangelnde Beziehungsfähigkeit, eingeschränkte Belastbarkeit oder unangemessene Krankheitskonzepte und schließlich psychosoziale Umgebungsvariablen berücksichtigt. Zu letzteren gehören z.B. die Notwendigkeit der Entlastung von akuten Krisensituationen, infrastrukturelle Versorgungsgegebenheiten (Janssen et al. 1999) oder die Erfolglosigkeit eines ambulanten Behandlungsversuchs.

Entsprechend den Vorgaben des gegenwärtigen Systems der Krankenversorgung muss eine stationäre Aufnahme gegenüber der Krankenkasse gerechtfertigt werden, so dass diese gegenüber einer ambulanten Psychotherapie als eine Ausnahme in begründeten Fällen gilt.

Gleichwohl arbeitet die stationäre Psychotherapie nicht wie eine ambulante Psychotherapie unter nur anderen äußeren Bedingungen, sondern definiert sich als eine eigenständige Therapieform. Dies wird in der Literaturübersicht weiter ausgeführt werden.

Die hier vorgestellten Untersuchungen beziehen sich auf eine stationäre Psychotherapie unter besonderen Bedingungen:

- Es handelt sich um eine psychoanalytisch begründete, am psychodynamischen Verständnis des Patienten orientierte Therapie.
- Die Psychotherapie findet als Heilbehandlung in einer Klinik statt.
- Die Psychotherapiestation ist Teil einer Psychiatrischen Klinik.

Allgemeines Ziel der Arbeit ist die Beantwortung der Frage nach dem therapeutischen Erfolg einer stationären psychodynamisch orientierten Psychotherapie innerhalb einer Psychiatrischen Klinik und dem Einfluss von verschiedenen Variablen auf diesen Erfolg.

Die folgende Arbeit gibt zunächst einen Überblick über die Geschichte der stationären Psychotherapie im Allgemeinen und der psychoanalytisch begründeten Psychotherapie im Besonderen. Die verschiedenen Behandlungskonzepte werden aufgeführt und detailliert das Konzept der Psychotherapiestation in der Psychiatrischen Klinik der Universität München beschrieben. Die empirischen Untersuchungen umfassen einen statistisch-deskriptiven Teil, in dem die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Variablen dargestellt wird und einen statistisch-analytischen Teil, in dem verschiedene Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis untersucht werden.

2 Literaturübersicht

2.1 Geschichtliche Entwicklung der stationären Psychotherapie

Die Entwicklung eines eigenständigen psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungsbereiches stellt in Deutschland und den deutschsprachigen Ländern eine Besonderheit dar, die in Deutschland 1992 zur Definition des fachärztlichen Gebietes „Psychotherapeutische Medizin“ führte. In anderen Ländern wie z.B. England oder Frankreich sind bislang lediglich Ansätze einer selbständigen Psychosomatik erkennbar und in den USA stellt sie einen Teil der Psychiatrie dar (Janssen et al. 1998).

Mittlerweile werden in Deutschland etwa 2600 Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen behandelt und im Rehabilitationsbereich stehen ca. 6500 Betten zu deren Verfügung (Tress et al. 2000). Generell ist es aber schwierig exakte Angaben zu machen, da bislang nicht klar definiert ist, welche Abteilungen zur Berechnung der Patientenzahlen herangezogen werden können und welche nicht (Janssen et al. 1998, vgl. Koch et al. 1994, vgl. Potreck-Rose et al. 1994).

Bei genauer Betrachtung der Entwicklung der stationären Psychotherapie zu einer eigenständigen Behandlungsform stellt man fest, dass die Wurzeln mindestens bis zum Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts zurückreichen als Carl Gustav Jung mit Unterstützung von Eugen Bleuler, dem Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich, damit begann, hospitalisierte psychotische Patienten psychotherapeutisch zu behandeln (Hoffmann et al. 2001). Eine große Bedeutung für die Weiterentwicklung der psychoanalytisch fundierten Psychotherapie auf stationärer Ebene hatte Ernst Simmel (1928), der bereits einiges vorweggenommen hat, was sich als wichtig für die stationäre Therapieform erweisen sollte. So hat er beispielsweise darauf hingewiesen, dass unbewusste infantile Ansprüche eines Patienten an die Umwelt auf einer Station reinszeniert werden. Die Therapeutengruppe, bestehend aus Psychoanalytikern und dem Pflorgeteam, hat Simmel als eine Art Familie verstanden, auf die der Patient mit Übertragungsaufspaltungen reagiert, so dass eine enge therapeutische Zusammenarbeit der Analytiker und der Pflegekräfte zunehmend von Bedeutung wurde (Bassler 1994).

Simmels Ideen wurden von Menninger (1936) in den USA aufgenommen und teilweise weiterentwickelt. Das stationäre psychoanalytische Therapiekonzept der Menninger Clinic in

Topeka, wie es von Kernberg (1972, 1973) beschrieben wird, lässt von Simmels Betonung der Zusammenarbeit des Klinikpersonals anfangs allerdings wenig erkennen: es wurde strikt getrennt zwischen dem stationären Zusammenleben und der psychoanalytischen Psychotherapie. Im Vordergrund stand die dyadische Beziehung zwischen Patient und Analytiker. Diese Auffassung einer strikten Trennung wurde von Kernberg (1976) erst später aufgegeben; dies geschah vermutlich (Janssen 1987) aufgrund des Einflusses der Konzepte einer therapeutischen Gemeinschaft (siehe unten) (Jones 1953, Main 1946) und der psychoanalytischen Organisationsforschung (Rice 1969). Die stationäre Umgebung diente bei Kernberg zunächst dazu, denjenigen Patienten, bei denen beispielsweise ein regressives Übertragungsgeschehen zu stark wurde und die daher einer ambulanten Therapie nicht mehr zugänglich waren, eine Art Schutzraum zu bieten, in dem sie weiter psychoanalytisch behandelt werden konnten (Bassler 1994).

Ab 1935 entwickelt Frieda Fromm-Reichmann eine stationäre Psychotherapie mit manisch-depressiven, schizophrenen u.a. Patienten (Fromm-Reichmann 1960), bei der die von einem Psychoanalytiker durchzuführende hochfrequente Einzelpsychotherapie im Mittelpunkt stand (Cohen 1958). Daneben spielte das gesamte therapeutische Milieu, der Umgang der Pflegekräfte mit den Patienten und der gegenseitige Austausch des Klinikpersonals ebenfalls eine große Rolle, ohne dass dies konzeptuell näher definiert wurde. Auch die Gruppenpsychotherapie gewann zunehmend an Bedeutung (Hoffman 2001).

Mit dem von Tom Main (1946) begründetem Konzept der „therapeutischen Gemeinschaft“ hat für die Krankenhausbehandlung eine Neuausrichtung der Gruppentherapie begonnen. Main wollte die therapeutische Institution Krankenhaus verändern: dieses sollte vollständig als Behandlungsgemeinschaft und als therapeutisches Setting verstanden werden. Die dahinter stehende Absicht war, dass die neurotischen Antriebe der Patienten beispielsweise durch Teilnahme an den alltäglichen Vorgängen im Krankenhaus und durch Mitsprachemöglichkeit bei Entscheidungen, sozialisiert werden sollten (Janssen 1985). Im Laufe der Zeit veränderte sich dieses Konzept in Hinblick auf die Behandlung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Es entstand eine „Bipolarität“ in der Behandlung (Enke 1965), was bedeutet, dass das stationäre Zusammenleben der Patienten nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft gestaltet wird und gleichzeitig, getrennt von der Gemeinschaft, eine psychoanalytische Einzel- und/ oder Gruppentherapie durchgeführt wird (Janssen 1985, Main 1957, 1977, Hilpert 1979, Muir 1980, Denford et al. 1983, Chapmann 1984).

In Deutschland entstanden nach Ende des Zweiten Weltkrieges wieder einige Klinikabteilungen bzw. Kliniken, an denen eine psychotherapeutisch orientierte Behandlung neurotischer und psychosomatisch erkrankter Patienten durchgeführt wurde: zuerst in Berlin, in Tiefenbrunn bei Göttingen und auf Betreiben von Mitscherlich an der Universität Heidelberg. Dies war verbunden mit dem Entstehen von unterschiedlichen therapeutischen Konzepten einer stationären psychoanalytischen Psychotherapie.

2.2 Konzepte stationärer Psychotherapie

Stationäre Psychotherapie wird von Vogel (2001) folgendermaßen definiert:

„Stationäre Psychotherapie ist die theorieorientierte und geplante gemeinsame Anwendung unterschiedlicher psychologischer Methoden durch unterschiedliche Personen innerhalb eines bestimmten, hierfür gestalteten sozialen und räumlichen Umfelds unter besonderer Berücksichtigung und Nutzung eben dieses Umfelds zur konsenshaften Einflussnahme auf eine Gruppe von Menschen mit überwiegend oder teilweise psychogen bedingten Beeinträchtigungen des Erlebens und Verhaltens.“

Als Indikation für eine stationäre Psychotherapie nennt Ermann (2004) eine Krisenintervention bei akuten psychischen Krisen, Behandlungen bei Störungen, die wegen der Art der Symptomatik nicht ambulant behandelt werden können, Milieugründe, unzureichende Motivation für eine ambulante Psychotherapie und erfolglose ambulante Psychotherapie.

Die genannten Punkte zeigen, dass die Indikation zu dieser Form der Therapie nur selten von einer bestimmten Diagnose abhängt, sondern von der Notwendigkeit einer hohen Betreuungsintensität, der Anwendung unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren oder der Herausnahme aus dem gewohnten Umfeld (Vogel 2001). Gegen eine stationäre Psychotherapie sprechen u.a. das Vorliegen von akuten und chronischen Psychosen, einem hirnorganischen Psychosyndrom oder akuten ernsthaften Suizidimpulsen (Paar et al. 1999, Klußmann 2000).

Eine stationäre psychoanalytische Psychotherapie, orientiert sich im Wesentlichen an drei verschiedenen therapeutischen Behandlungskonzepten (Janssen 1985, 1987, Janssen et al. 1998):

- Die analytisch-therapeutischen Beziehungen werden von den restlichen Behandlungen abgegrenzt. Der therapeutische Raum der Einzeltherapie ist damit strikt vom restlichen Stationsgeschehen getrennt. Bei diesem Modell steht –analog zu einer psychoanalytischen Praxis- die Zweierbeziehung von Therapeut und Patient im Vordergrund. Daher soll auch nichts aus der Behandlung ohne Wissen des Patienten vom Therapeuten an die Station weitergegeben werden; der Therapeut soll aber seinerseits sämtliche relevanten Informationen aus dem stationären Setting erhalten. Die Übertragung auf den Therapeuten wird als wesentlicher therapeutischer Faktor gesehen und soll entsprechend einer ambulanten Situation aufrechterhalten werden. Gruppendynamische Prozesse innerhalb des stationären Settings spielen in dieser Betrachtungsweise keine wesentliche Rolle (vgl. Danckwardt 1976, Ermann 1979, 1982, 1988, Kernberg 1975). Vogel (2001) bezeichnet dieses Modell aufgrund seiner Charakteristika als *quasi-ambulante Therapiekonzeption*.
- In *bipolaren* Therapiekonzeptionen wird ein sog. Therapieraum, in dem Einzeltherapien und/ oder Gruppentherapien stattfinden, vom Realraum getrennt, der entweder nach Prinzipien der sozio-therapeutischen Gruppenarbeit oder nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft (Main 1946, Beese 1971, Bräutigam 1974, Hilpert et al. 1981) organisiert ist. Im Gruppensetting des sozio-therapeutischen Bereichs sollen u.a. soziale Lernprozesse ermöglicht werden. Dieser Raum wird durch einen gestaltungs- und bewegungstherapeutischen Bereich ergänzt, der in einem methodischen Zusammenhang mit dem sozio-therapeutischen Raum gesehen wird (siehe Abb. 1). Derartige bipolare Konzepte wurden im Laufe der Zeit weiterentwickelt und differenziert (Hau 1968, 1970, Beese 1971, 1977, Zauner 1972, Heigl et al. 1975, Heigl-Evers et al. 1976, König et al. 1979, Schepank et al. 1976 u.a.)

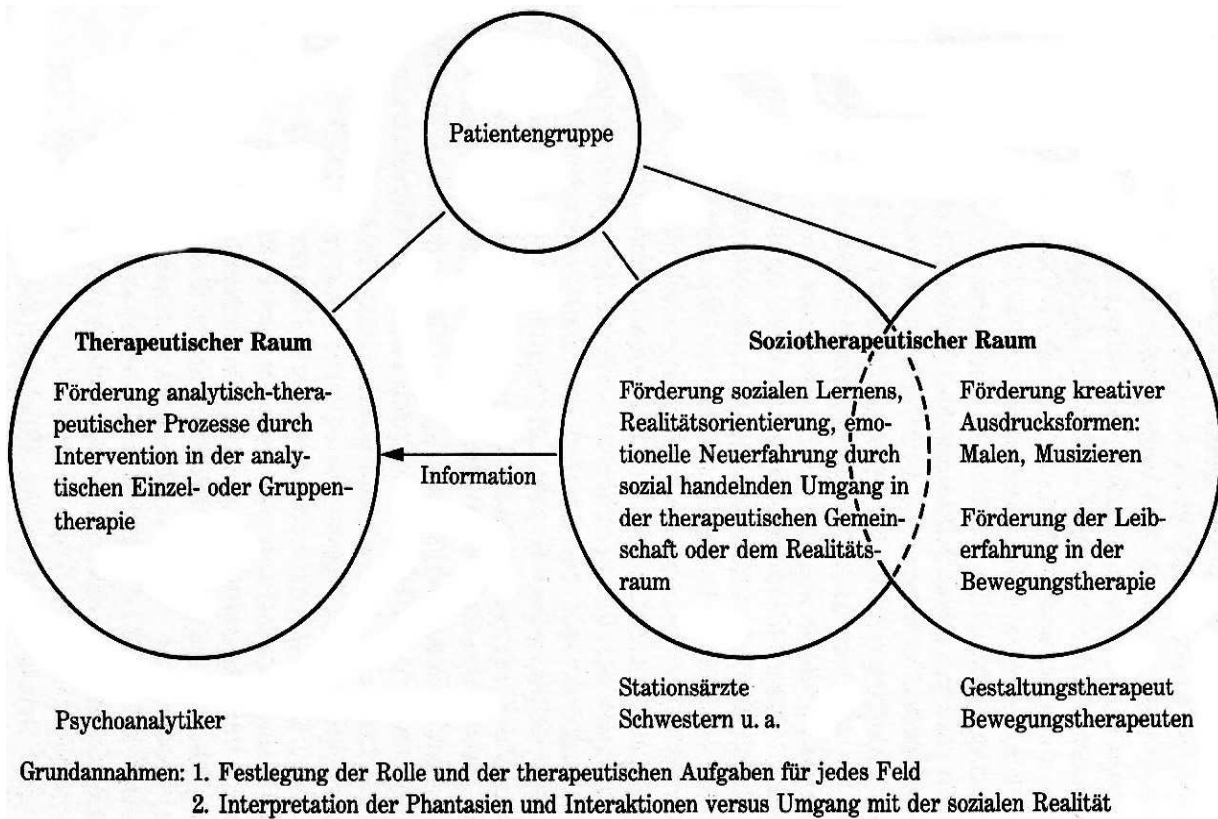


Abbildung 1: Bipolares stationäres Therapiemodell (Janssen 1987)

Das Vorgehen auf Station, im Realraum, ist also dadurch gekennzeichnet, dass es realitätsorientiert, sozio-therapeutisch und organisatorisch ist. Hingegen wird im Therapieraum deutend und interpretativ vorgegangen; nur dort wird mit Übertragungsprozessen gearbeitet (vgl. Beese 1977, Heigl u. Neun 1981, Heigl-Evers et al. 1986). Befürworter dieses Konzeptes halten die Aufteilung in die beiden Bereiche für entscheidend, um auf Übertragungsprozesse im therapeutischen Raum (Einzeltherapie, Gruppentherapie) zu zentrieren und Übertragungsspaltungen und Ich-schwächende Regressionen durch das Vorhandensein des Realraumes zu vermindern (z.B. Zauner 1978).

Janssen et al. (1977, 1980, 1985) kamen jedoch zum Schluss, dass bipolare Konzepte für das analytisch-therapeutische Vorgehen in Kliniken ungenügend seien. Es wird vom Auftreten von Spaltungsvorgängen berichtet: Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse finden nicht nur im Therapieraum statt, sondern werden abgespalten und zeigen sich auch zwischen Patienten und Personen des Realraumes (vgl. Main

1957, Plojé 1977, Becker et al. 1978, Ermann 1979, 1982, Heising und Möhlen 1980, James 1984). „Das vollständige Übertragungsmuster kann daher nur sichtbar und therapeutisch fruchtbar gemacht werden, wenn das gesamte multipersonale Beziehungsangebot in der Klinik *auch* unter den Aspekten der Re-Inszenierung infantiler Konflikte und Beziehungsmuster betrachtet wird“, so Janssen (1985).

- Diese Aussage leitet über zu den *integrativen* Modellen von stationärer psychoanalytischer Psychotherapie. Diesen Konzepten ist das Bestreben gemeinsam, den Dualismus zwischen Therapieraum und Realraum zu überwinden. Das multipersonale Beziehungsfeld in der Gruppensituation im Krankenhaus wird als ein Netzwerk von therapeutischen Beziehungen gesehen, in denen „dispergierende Übertragungsprozesse“ im therapeutischen Setting erkannt werden können (siehe Abb. 2) (Arfsten et al. 1978, Möhlen et al. 1980, Bilitzka 1994, Janssen 1985, 1987, 1993). Diese dispergierenden Übertragungsprozesse werden entweder nach einem dualen Verständnis von Psychoanalyse als Nebenübertragung bzw. als „Extra-transference“ (Gill 1982) oder nach einem gruppenanalytischen Modell als multilaterale Übertragung (Foulkes 1964) verstanden. Die Beziehungsmuster, die im Rahmen des multipersonalen Beziehungsangebotes entstehen, sollen nach den integrativen Vorstellungen so weit wie möglich erfasst werden. Ferner sollen neben den in den Beziehungsmustern enthaltenen Arbeits- und Realbeziehungen auch die infantilen Objektbeziehungsanteile bzw. Übertragungsanteile sichtbar gemacht werden. Die Objektbeziehungsanteile werden in den Objektwahlen in der stationären Bezugsgruppe reaktiviert; bei strukturell Ich-gestörten Patienten bekommen sie einen primitiven Charakter (Ruff et al. 1987, Ehl et al. 1988, Streeck 1998).

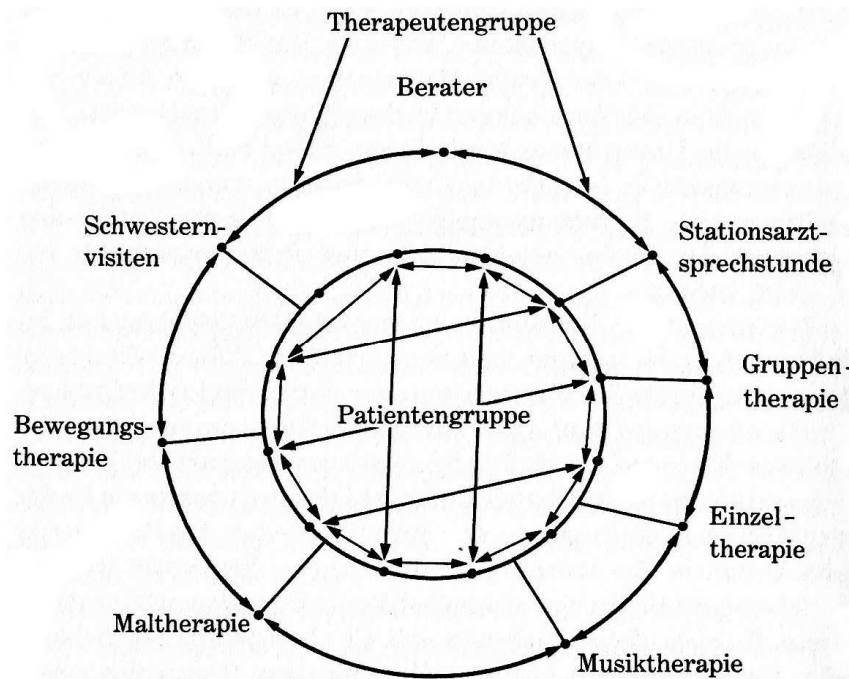


Abbildung 2: *Integratives Modell stationärer Psychotherapie (Janssen 1987)*

Bei den integrativen Modellen wird die stationäre psychoanalytische Psychotherapie zur gemeinsamen Aufgabe von Therapeuten, Ärzten und Pflegekräften. Dieses Behandlungsteam nimmt also die therapeutische Aufgabe insgesamt wahr (vgl. Janssen 1989); alle werden als Teil des stationären Settings gesehen. Jedes Beziehungsfeld stellt einen eigenständigen Bereich dar, der in der analytisch-therapeutischen Gesamtkonzeption eine bestimmte Rolle spielt und offen ist für die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen (Janssen 1985).

Als einer der wesentlichen Wirkfaktoren, generell bei stationärer Psychotherapie, wird beschrieben, dass vom Team ein therapeutischer Raum aufrechterhalten und zur Verfügung gestellt wird. Dies stellt für den Patienten eine „bewahrende Umwelt“ (Modell 1981), einen fördernden und verlässlichen, haltenden Raum dar (Winnicott 1974), der sich positiv auf die Ich-Entwicklung auswirkt. Wichtig dafür ist eine regelmäßige Gruppenarbeit im Team (vgl. Janssen 1987, 1989, Bardé et al., Kriebel 1993).

Es ist bei allen Konzepten wichtig, dass es der therapeutische Raum ermöglicht, an den Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen zu arbeiten, dass interaktionelle Re-Inszenierun-

gen erfasst und geklärt werden können, die Symbolisierungsfähigkeit verbessert und Strukturänderungen erreicht werden können (vgl. Schneider et al. 1995, Seidl und Ermann 2003).

Zum Abschluss dieses Kapitels soll auf eine Besonderheit der stationären psychoanalytischen Psychotherapie *innerhalb einer Psychiatrischen Klinik* eingegangen werden. Die Vorteile für die Psychotherapeuten bei der Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kollegen sind eine Präzisierung und offensive Vertretung der eigenen Konzepte und Diagnosen. Weiterhin können die Therapeuten durch eine vorbehaltlose Aufmerksamkeit gegenüber den diagnostischen Erwägungen der Psychiater ihr Verständnis von den Störungen der Patienten erweitern. Die Psychotherapeuten können außerdem davon profitieren, dass eine hohe psychiatrische Kompetenz für eine psychopharmakologische, sowie für eine somatische Begleittherapie vorhanden ist.

Für die Psychiater ist das Vorhandensein einer Psychotherapiestation u.a. deshalb von Vorteil, weil sie bei der Behandlung mancher Patienten feststellen müssen, dass auch eine medikamentöse Therapie ihre Grenzen hat und es ihnen ermöglicht wird, ihre prinzipiell psychotherapiefähigen Patienten auf die Psychotherapiestation zu verlegen. Dies gilt vor allem für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und darunter besonders für Borderline-Patienten. Die Psychiater sind häufig überrascht, welche Therapieerfolge auch ohne Medikamente erreicht werden können und fangen aufgrund dessen selbst an, die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung, sowie zum Teil auch ihre Diagnosen zu hinterfragen.

Darüberhinaus können auch die Patienten, die in psychotherapeutischer Behandlung sind, vom Umgang mit den psychiatrischen Mitpatienten profitieren. Sie werden häufig toleranter gegenüber Abweichungen von Normvorstellungen und können ihre eigene Not leichter als eine seelische und nicht nur als eine körperliche begreifen (Seidl und Ermann 2001, Bürgy et al. 2002). Weitere Vorteile, die sich für die stationäre psychoanalytische Therapie in einer Psychiatrischen Klinik ergeben können, sind laut Bürgy et al. (2002) u.a. dass sich die Hemmschwelle der Patienten für eine stationäre Psychotherapie möglicherweise senken lässt, da eine Patientenübernahme von einer geschlossenen Station nach hausinternem Vorgespräch rasch und komplikationslos erfolgen kann. Von Vorteil für die Patienten kann es auch sein, dass die Psychiatrie über ein Netz gut etablierter, sozialpsychiatrischer Einrichtungen wie z.B. Tageskliniken oder betreute Wohngemeinschaften verfügt, die sowohl zur Gegensteuerung bei stark regressivem Verhalten während der Therapie, als auch im Anschluss an die stationäre Psychotherapie genutzt werden können. Es besteht auch die Möglichkeit, Patienten

zum Krisenmanagement und zur Sicherung des Rahmens auf eine geschlossene Station verlegen zu können, was dem einzelnen Patienten, der Patientengruppe, sowie dem Behandlungsteam gleichermaßen Sicherheit und Schutz gibt.

Als Nachteile nennt Bürgy et al. (2002) u.a., dass für Patienten, die von außerhalb der Klinik kommen, möglicherweise eine höhere Hemmschwelle besteht, in der Psychiatrie eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Weiter gibt es zu Bedenken, dass eine Dominanz von medizinisch-hierarchischem Denken und Handeln in der psychiatrischen Klinik eine regressionsfördernde Atmosphäre begünstigen könnte.

2.3 Ergebnisse stationärer Psychotherapie

Neben Untersuchungen zur stationären psychosomatischen Rehabilitation finden sich ab ca. 1990 in der deutschen Literatur auch zahlreiche Wirksamkeitsstudien zur stationären Psychotherapie in Kliniken. Dabei ist zu bedenken, dass nur ein Teil der Studien psychodynamisch orientierte Behandlungsmodelle aus dem Bereich der Akutversorgung untersucht (Rudolf et al. 1988, Bräutigam et al. 1990, Bassler 1994, Junge et al. 1996, Franz et al. 2000, Geyer et al. 2000, Weimer 2001). Von Paar et al. (1998) liegt eine multizentrische Studie vor, die sich auf fünf psychosomatische Fachkliniken bezieht (Paar et al. 1998). Desweiteren wurden verhaltenstherapeutisch orientierte Klinikkonzepte u.a. von Zielke (1993) untersucht. Die Studien, bei denen größere Patientenstichproben vorliegen, gelten überwiegend für den Rehabilitationsbereich (Lamprecht et al. 1987, Sandweg et al. 1991, Schmidt 1991, Nosper 1999). Dabei ist zu beachten, dass sich die Erkenntnisse, aufgrund der unterschiedlichen therapeutischen Konzepte und Rahmenbedingungen im Rehabilitationsbereich, nicht ohne Weiteres auf die stationäre Psychotherapie übertragen lassen. In Rehabilitationskliniken dienen als Erfolgskriterien vorwiegend äußerliche Aspekte wie z. B. die Reduktion von Arztbesuchen und Arbeitsunfähigkeitstagen o.ä., wohingegen bei Studien im Krankenhausbereich häufig auch subjektive Kriterien zur Bewertung des Behandlungserfolges verwendet werden.

Die folgende Tabelle (modifiziert und ergänzt nach Franz et al. 2000) gibt zunächst einen kurzen Überblick über Studien zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie.

Tabelle 1: Übersicht zu vorliegenden Studien zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie

Autor	Art d. Therapie	n	Dauer	Behandlungsergebnis
Bassler (1994)	psychodynamisch	295	Durchschnitt: 96,6 Tage	56% gut o. sehr gut, 12% mäßig gebessert
Junge u. Ahrens (1996)	überwiegend psychodynamisch	164	Durchschnitt: 66,8 Tage	85% gebessert bei Entlassung 75% nach einem Jahr
Franz et al. (2000) Multizentrische Studie an 3 Universitätskliniken	psychodynamisch	495	Durchschnitt: 127 Tage	55% (deutlich) gebessert durchschnittliche Effektstärke: 0,84
Geyer et al. (2000)	psychodynamisch	111	12 bis 17 Wochen	etwa die Hälfte zufrieden- stellend gebessert Katamnese: 60-72%
Weimer (2001)	psychodynamisch	157	Durchschnitt: k. A.	48% erfolgreich (Patientensicht) 47% erfolgreich (Therapeutensicht)
Paar u. Kriebel (1998) Multizentrische Studie an 5 Kliniken	psychodynamisch (Reha-Klinik u. psychosomatische Fachkliniken)	283	40 Tage bis 6 Monate (je nach Stichprobe)	Effektstärken (Somatisierung) zwischen: 0,36 und 0,93
Sandweg et al. (1991)	psychodynamische Rehabilitation	1088	Durchschnitt: 48 Tage	68% subjektiv gebessert 61% nach 3 Jahren
Lamprecht et al.(1987), Schmidt (1991) Zauberberg-Studie	psychodynamische Rehabilitation	364	Durchschnitt: 54,8 Tage	39,4% gut 49% zufriedenstellend
Zielke (1993) BKK-Studie	stationäre Verhaltenstherapie (Rehabilitation)	148	Durchschnitt: 61,2 Tage	23,6% wesentlich gebessert 44,6% deutlich gebessert 22,3% leicht gebessert

Bassler (1994) evaluierte an einer Stichprobe von 295 Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin der Universität Mainz das stationäre psychoanalytische Therapiekonzept und legte eine 6-Wochen- und eine 1-Jahres-Katamnese vor. Das Behandlungskonzept tendiert von einer ausschließlich integrativen Betrachtungsweise zu einer mehr bipolaren Organisationsstruktur. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 96,6 Tage. Zur Evaluierung der durch den therapeutischen Prozess initiierten Veränderungen wurden diverse psychometrische Testinstrumente eingesetzt (z.B. BPQ, FKS, GBB, etc.). Bei der Auswertung hinsichtlich des Therapieerfolges wurde ein kombiniertes Erfolgskriterium verwendet, zu dem z.B. Einschätzungen von Patienten und Therapeuten gehörten.

Für 56 % der Patienten aus der Gesamtstichprobe ergab sich am Ende der stationären Psychotherapie ein guter bis sehr guter Behandlungserfolg, für 12 % eine mäßige Besserung, 24 % blieben unverändert und 8 % verschlechterten sich.

Die positiven Veränderungen blieben sowohl 6 Wochen nach Abschluss der stationären Behandlung als auch bei der 1-Jahres-Katamnese stabil, unabhängig davon, ob nach Beendigung der stationären Therapie eine ambulante Weiterbehandlung erfolgte oder nicht.

Als vorteilhaft für den Behandlungserfolg hat sich eine mittlere stationäre Behandlungsdauer von 3 Monaten bewährt; eine deutlich längere Behandlung ließ keine weiteren positiven Veränderungen erkennen. Prognostisch günstige Voraussetzungen für das Therapieergebnis waren u.a. ein geringes Alter der Patienten, eine geringe Ich-strukturelle Gestörtheit, weniger häufig psychiatrische Behandlungen in der Vorgeschichte, weniger Angst und weniger depressive Gestimmtheit. Es zeigte sich, dass Patienten mit Angststörungen das beste (64 % guter bis sehr guter Erfolg), mit Zwangsstörungen das schlechteste Behandlungsergebnis (nur 26 % mit guter bis sehr guter Besserung) erzielten.

Junge und Ahrens (1996) stellen in ihrer Arbeit, die auf der Psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses Hamburg-Rissen durchgeführt wurde, Behandlungsergebnisse von 164 Patienten dar. Die dort stattfindende Einzel- und Gruppenpsychotherapie war überwiegend tiefenpsychologisch und teilweise verhaltenstherapeutisch orientiert. Der Therapieerfolg wurde von den behandelnden Ärzten bzw. Psychotherapeuten auf einer 5stufigen Skala eingeschätzt; die Patienten erhielten einen Aufnahme-, einen Entlassungs-, sowie einen Katamnesefragebogen. Zusätzlich wurden psychodiagnostische Fragebögen (z.B. FSI, SCL-R-90) verwendet.

Nach dem im Durchschnitt 9,5 Wochen dauernden stationären Aufenthalt gaben fast 85 % der Patienten an, ihre Beschwerden hätten sich gebessert.

Im Anschluss an die stationäre Therapie folgte eine 1-Jahres Katamnese: zu diesem Zeitpunkt stufen immerhin noch 75 % der Patienten ihr psychisches Befinden und 67 % ihr körperliches Befinden gegenüber der Zeit vor der stationären Behandlung als gebessert ein. Psychodiagnostische Befunde (z.B. FSI, SCL-90-R) zeigten eine signifikante Besserung in den meisten Skalen, die über den Katamnesezeitraum hinweg stabil blieben.

Eine Vorhersage des Behandlungserfolgs war auf Basis der anamnestisch erhobenen Daten nicht möglich.

In einer multizentrischen, retrospektiven Studie, die Franz et al. (2000) an drei Universitätskliniken in den Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin durchgeführt haben, wurden insgesamt die Daten von 495 Patienten ausgewertet. Die therapeutischen Konzepte, die in den beteiligten Kliniken der Behandlung zugrunde liegen, sind vorwiegend tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientiert. In Einzelfällen wurden auch verhaltenstherapeutische Techniken integriert. Zur Messung des Behandlungserfolges wurden psychodiagnostische Fragebögen verwendet (SCL-90-R, IIP, in einer Klinik zusätzlich: BSS).

Im Laufe der Untersuchung stellte sich heraus, dass ca. 55 % der Patienten eine Verbesserung ihres Zustandes zeigten, bei 22 % blieb er unverändert und bei 6 % verschlechterte er sich. In klinischen Maßen (GSI der SCL-90-R) ergab sich mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 0,84 eine gute Wirksamkeit stationärer psychotherapeutischer Therapie, wobei die Effektstärke bei Depressivität am höchsten und bei phobischer Angst dagegen am niedrigsten war. Eine katamnestische Nachuntersuchung der Patienten wurde nicht durchgeführt.

Bei der Untersuchung hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis konnte kein eindeutiger Zusammenhang zwischen erreichter Effektstärke und Aufenthaltsdauer gefunden werden. Man stellte jedoch fest, dass sich sowohl bei sehr kurzen, d.h. weniger als 50 Tage behandelten Patienten, als auch bei sehr langen Behandlungszeiten von über 200 Tagen, geringere Effekte erzielen ließen. Statistisch signifikanten Geschlechtseffekte und Zusammenhänge mit dem Lebensalter waren ebenfalls nicht erkennbar, wenngleich auch die Besserung des Zustandes bei Frauen mit 57 % etwas deutlicher ausgeprägt war bei den männlichen Patienten mit 53 %.

An der Leipziger Universitätsklinik, deren Therapiekonzept tiefenpsychologisch orientiert ist führten Geyer et al. (2000) an zwei Stichproben, die die Jahrgänge 1986/ 87 bzw. 1991 umfassten, eine 5- bzw. 6- Jahreskatamnese durch. Der subjektive Eindruck der Patienten wurde mittels eines Katamnese-Fragebogens ermittelt, die Veränderung der Symptomatik mit dem BFB-B. Die Rücklaufquote ergab einen Stichprobenumfang von 111 Patienten.

Es wurde festgestellt, dass am Ende der stationären Behandlung etwa die Hälfte der Patienten zufriedenstellend in ihrer Symptomatik gebessert waren, dass der Behandlungserfolg katamnestisch betrachtet jedoch um einiges höher lag: sechs bzw. fünf Jahre nach der Therapie waren 72 % (1986/ 87) bzw. 60 % (1991) der Patienten im Hinblick auf das Niveau psychischer und körperlicher Beschwerden im Normbereich bzw. hatten ihre Monosymptomatik weitgehend verloren. Zufrieden mit der Behandlung waren zu diesem Zeitpunkt sogar 80 %.

Weimer (2001) wertete die Daten von insgesamt 157 Patienten aus, die auf der integrativen psychoanalytischen Psychotherapiestation der Psychiatrischen Klinik des Klinikums Ingolstadt behandelt wurden. Es wurde mittels Fragebogen an Patienten erhoben wie diese den Therapieerfolg einschätzen und anschließend mit den Angaben der Therapeuten verglichen.

Die Einschätzungen ähnelten sich stark: die Patienten bewerteten die Therapie in 48 % der Fälle als erfolgreich, in 43 % als teilweise erfolgreich und in 9 % sprachen sie von einem nicht gebesserten Zustand; bei den Therapeuten waren es 47 %, 46 % und 7 %.

Die Symptome, die zum stationären Aufenthalt geführt haben wurden in einer 1-Jahreskatamnese von 16 % der Patienten als vollständig gebessert und von 54 % als gut bis etwas gebessert bewertet.

Mit der multizentrischen Studie an 5 Kliniken von Paar und Kriebel (1998) soll exemplarisch die studienübergreifende Wirksamkeit der stationären Psychotherapie an Merkmalen verdeutlicht werden, die identisch in verschiedenen Untersuchungen erhoben worden sind. Es ist aber zu beachten, dass sich die beteiligten Kliniken teilweise in der Zusammensetzung der Patientenstichprobe, der Behandlungsdauer und dem Setting unterscheiden.

Die Zusammensetzung der Gesamtstichprobe sah folgendermaßen aus:

- Kieler Stichprobe: 15 Pat., Behandlungsdauer: ca. 6 Mon. (Strauß et al. 1994)
- Hannoveraner Stichprobe: n = 110, Dauer: ca. 3 Mon. (Liedtke et al. 1993)
- Berlin-Hirschgarten: n = 24, Dauer: ca. 3 Mon. (Hess 1993)
- Mannheimer-Stichprobe: n = 39, Dauer: 5-7 Wo. (Muhs 1993)
- Gelderland-Stichprobe: n = 95, Dauer: m = 40 Tg. (Kriebel et al. 1993)

Die ersten vier Stichproben stammen aus dem Akutbereich, letztere aus dem Rehabilitationsbereich. Als Erfolgsmaß wurde bei allen u.a. der SCL-90-R verwendet.

Die Effektstärken bezogen auf die Skala „Somatisierung“ lagen im Bereich zwischen 0,36 und 0,93.

Die Patienten der Kieler Stichprobe wurden etwa ein Jahr nach Therapieende katamnestic untersucht, wobei sich eine deutliche Reduktion der interpersonalen Problematik ergab.

Beim Vergleich der Studien zeigte sich, dass ein hoher Anteil von Patienten, die an Essstörungen leiden, prognostisch offensichtlich ungünstig für die Wirksamkeit der Behandlung ist.

Sandweg et al. (1991) führten an einer psychodynamisch orientierten Rehabilitationsklinik eine Studie durch, an der 1088 Patienten beteiligt waren, deren Behandlung im Durchschnitt einen Zeitraum von 48 Tagen umfasste. Neben den psychoanalytischen Verfahren wurden

gelegentlich auch verhaltenstherapeutische und interaktionelle Methoden angewandt. Um den Erfolg der stationären Psychotherapie zu kontrollieren wurden von den Patienten diverse Fragebögen ausgefüllt (PSKB, drei Skalen des FAPK, Gießen-Test) und parallel dazu von den Therapeuten u.a. der PSKB.

Zum Zeitpunkt der Entlassung gaben 68 % der Patienten an, ihr Zustand habe sich im Laufe der Behandlung gebessert. In 12 % der Fälle wurde von einer Verschlechterung gesprochen, in 20 % blieb die Symptomatik unverändert.

Zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Klinikaufenthalt berichteten 58,6 % der Patienten von einem gebesserten Zustand, nach drei Jahren war dies bei etwa 61 % der Fall. Der Anteil derer, die sich deutlich verbesserten stieg sogar von 18 % auf 27 %.

Bei einer Untersuchung hinsichtlich der Voraussagbarkeit des Therapieergebnisses wurde festgestellt, dass u.a. bei den Faktoren „alarmierende psychische Symptome“, „Körpersymptome“ und „Suizidalität“ der Behandlungserfolg umgekehrt proportional zu deren Ausprägung war. Eine Chronifizierung (oftmals iatrogen) der jeweiligen Erkrankung, die häufig festzustellen war, erwies sich als prognostisch ungünstiger Faktor bezüglich der Behandlungsfähigkeit.

In der Zauberberg-Studie (Lamprecht et al. 1987, Schmidt 1991) wurden die Therapieverläufe einer Ausgangsstichprobe von 364 stationär behandelten Patienten evaluiert. Die Patienten, die zur Behandlung in einer psychodynamisch orientierten Rehabilitationseinrichtung untergebracht waren, wurden am Ende der stationären Behandlung, sowie 12 und 36 Monate nach ihrem Klinikaufenthalt befragt. Die durchgeführte Befragung beruhte zum einen auf etablierten psychometrischen Untersuchungsverfahren (z.B. Freiburger-Persönlichkeitsinventar, Gießen-Test), zum anderen auf speziell entwickelten Katamnesefragebögen bzw. einem Beurteilungsbogen am Ende der Therapie.

Bei letzterem bewerteten die Patienten das Ergebnis der Heilbehandlung mit 39,4 % als gut, mit 49 % als zufriedenstellend und mit 11,6 % als nicht zufriedenstellend.

Das Ergebnis der 1-Jahres-Katamnese zeigte u. a., dass 23,7 % der Patienten ihre Beschwerden als deutlich gebessert einstufen, 43,9 % als etwas gebessert, 26,9 % als unverändert und 4,9 % als verschlechtert. Hinsichtlich der Medikamenteneinnahme zeigte sich eine Abnahme des Konsums bei ca. 64 % der Befragten und bei der Zahl der Krankenhaustage ein Rückgang um 59,7 %. Dies sind nur einige Beispiele dieser umfangreichen Studie, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll.

Als Anhaltspunkte dafür, welche Patienten möglicherweise eher mehr oder eher weniger von der stationären Psychotherapie profitiert hatten, erwiesen sich u.a. das Lebensalter der Patienten, die Dauer, die sie sich in stationärer Behandlung befanden, und die festgestellte Hauptdiagnose.

Um einen Vergleich zwischen der Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen und der Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie anzustellen soll an dieser Stelle zunächst auf die BKK-Studie über die Wirksamkeit stationärer verhaltenstherapeutischer Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation eingegangen werden, die von Zielke (1993) an 148 Patienten an verschiedenen Kliniken durchgeführt worden ist, die durchschnittlich 61,2 Tage behandelt wurden. Die Analysen stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Patienten, Therapeuten, Kassendaten); es kamen diverse Fragebögen zur Anwendung (z.B. FPI-R, Gießener Beschwerdebogen, Psychosomatische Symptomcheckliste)

Am Ende der Therapie fand sich eine signifikante Besserung der Symptomatik und anderer Faktoren, wie beispielsweise der Lebenszufriedenheit und des Selbstwerterlebens. Insgesamt stuften die Therapeuten den Zustand bei 90,5 % der Patienten nach der Behandlung als gebessert ein, wobei 23,6 % von einer wesentlichen, 44,6 % von einer deutlichen und 22,3 % von einer leichten Verbesserung sprachen. Als unverändert schätzten ihren Zustand 8,1 % der Patienten ein. Eine Verschlechterung war aus Therapeutensicht bei keinem Patienten feststellbar.

Bei einer Nachuntersuchung, die zwei Jahre nach Beendigung der stationären Therapie durchgeführt worden ist, stellte man u.a. fest, dass der Anteil der Patienten, die unter starken Beschwerden leiden von 50,4 % zu Beginn der stationären Behandlung auf 29,7 % zurückgegangen ist, und dass die Patienten ihren Zustand als signifikant gebessert empfanden.

Nach dieser Studie scheint es also so zu sein, dass ein gewisser Vorteil zugunsten der verhaltenstherapeutischen Maßnahmen besteht.

In einem Vergleich von Studien aus verschiedenen Reha-Kliniken stellten Paar et al. (1998) jedoch fest, indem sie zwischen verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Ausrichtung unterschieden haben, dass sich die Ergebnisqualität beim Verlassen der Klinik hinsichtlich der beiden Konzepte nicht unterscheidet, dass sich aber katamnestic scheinbar Unterschiede zu Ungunsten einer verhaltensmedizinisch behandelten Stichprobe ergeben. Diese differenten Ergebnisse können jedoch möglicherweise auf Stichprobenunterschiede zurückgeführt werden: es gab signifikante Unterschiede bei den soziodemographischen Daten der

Patienten, bei den Diagnosen und bei der Krankheitsdauer. Schlussfolgernd wurde eine positive Wirkung von psychosomatischer Rehabilitation festgehalten, unabhängig von den beiden Behandlungskonzepten. Dass es keine deutlichen Hinweise für die Bevorzugung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungskonzepte im Rahmen des ambulanten oder stationären Behandlungsangebots gibt, wird auch von anderen Autoren formuliert (Brabender et al. 1992; Bergin et al. 1996).

Das bedeutet, dass (evtl. in Unkenntnis mancher Studie) abschließend nicht eindeutig festgestellt werden kann, welches der beiden Konzepte dem anderen überlegen ist. Um eine fundiertere Aussage machen zu können, wäre es nötig genaue Vergleichsstudien hinsichtlich der beiden Modelle vorliegen zu haben, denen ein jeweils ähnlich charakterisiertes Patientengut und eine hohe Stichprobenzahl zugrunde liegt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den beschriebenen Studien ein positives Ergebnis von stationärer Psychotherapie festgehalten werden kann. In den erwähnten Untersuchungen lässt sich im Durchschnitt bei zwei Drittel bis drei Viertel der stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten eine klinische Verbesserung des Zustandes nachweisen. Positive Ergebnisse ließen sich sowohl für den psychodynamisch orientierten Akut- und Rehabilitationsbereich, als auch für verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Kliniken festhalten. Ein eindeutiger Beweis, der eines der beiden Konzepte als besser geeignet belegt, konnte nicht gefunden werden; es haben wohl beide ihre Vor- und Nachteile.

2.4 Bewertung der Literatur

Betrachtet man die vorliegenden Studien, stellt man fest, dass es häufig schwierig ist, sie miteinander zu vergleichen. Die Schwierigkeiten beginnen damit, dass teilweise ungenaue und kaum vergleichbare Angaben zum therapeutischen Konzept und zu den untersuchten Patienten gemacht werden. Weitere Schwachstellen sind teilweise uneinheitliche und unklar definierte Erfolgskriterien sowie für Aussenstehende nicht nachprüfbar statistische Angaben zu Veränderungseffekten, die für Metaanalysen herangezogen werden könnten (Bassler und Hoffmann 1994). Zusätzlich erschwert wird ein Vergleich der Studien dadurch, dass sich die Stichproben überwiegend durch eine nicht allzu große und noch dazu heterogene Patientengruppe auszeichnen, was dazu führt, dass es schwierig ist, differenzierende Aussagen über den Einfluss verschiedener Settingfaktoren zu machen.

3 Station B1b der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Klinik für Psychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München

3.1 Geschichte und organisatorische Struktur

Die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik besteht seit 1972 an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, war jedoch in ihrer Arbeit über viele Jahre hinweg überwiegend auf ambulante Patienten und den Konsiliardienst beschränkt.

Vor einigen Jahren wurde ein sog. „Stationsprojekt“ in Angriff genommen: Patienten einer Station wurden neben der psychiatrischen Behandlung von den Therapeuten der Abteilung, die jedoch am regulären Stationsablauf nicht beteiligt waren, zusätzlich, i.d.R. mit zwei Sitzungen pro Woche, psychotherapeutisch behandelt. In einer einmal wöchentlich stattgefundenen Projektkonferenz aller Therapeuten zeigte sich, dass die verschiedenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Konzepte nur schwer zu integrieren waren, und dass die Patienten aufgrund der therapeutischen Aufteilungen teilweise widersprüchliche Botschaften bekamen. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wurde das „Stationsprojekt“ schließlich zu einer im Gesamtkonzept psychoanalytisch ausgerichtete Teilstation mit 12 Betten weiterentwickelt, die Anfang November 2000 eröffnet wurde.

Die Psychotherapiestation bietet Platz für 12 Patienten (Frauen und Männer), die von zwei psychotherapeutisch tätigen Ärzten behandelt werden. Diese Basistherapie wird durch spezielle psychotherapeutische Behandlungsformen ergänzt, welche in den Händen von Psychologen und Fachtherapeuten liegen. Sie umfassen Einzel- und Gruppentherapie, Gestaltungs- und Musiktherapie, Entspannungstherapie, sowie eine sozial- und verhaltenstherapeutische Betreuung. Das für die Psychotherapiepatienten zuständige Pflorgeteam, das zuvor auf der rein psychiatrischen Station tätig war, brachte unterschiedliche Erfahrungen bezüglich Psychotherapie mit sich. Supervisionen der Station werden von verschiedenen psychoanalytisch ausgebildeten Ärzten der Abteilung durchgeführt.

Das Behandlungsteam ist in den Ablauf der Psychiatrischen Klinik integriert und beteiligt sich an den allgemeinen Morgenkonferenzen.

Das Verhältnis von Arzt zu Patient liegt bei 1:6, was dem anderer psychotherapeutischer Kliniken entspricht; das von Einzelpsychotherapeut zu Patient liegt bei 1:2,5 (vgl. Seidl und Ermann 2001).

3.2 Das psychoanalytische Konzept der Behandlung

Das Gesamtkonzept der untersuchten Station geht von einem integrierten Modell aus, wie es bereits weiter oben dargestellt worden ist, daher seien im Anschluss nur noch einmal einige wesentliche Aspekte dieses Konzeptes der stationären psychoanalytischen Psychotherapie genannt: Im Prinzip wird alles Geschehen auf Station zum psychotherapeutisch relevanten Material und alle Prozesse, die im Behandlungsteam ablaufen, werden als Spiegelung der Innenwelt des Patienten verstanden. Das Team wird zum Sammelbecken, in welchem die Synthese und Integration der verschiedenen Ich-Anteile des Patienten erfolgt. Das Erleben des Patienten während seines stationären Aufenthalts stellt das wesentliche psychotherapeutische Material dar, das in verschiedenen Therapieverfahren (siehe 3.3) bearbeitet wird, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Techniken und Ausrichtungen die verschiedenen Ausdrucks- und Erlebnisbereiche einer Person ansprechen und unterschiedliche Förderschwerpunkte darstellen. Dabei wird gezielt die Verbalisierung von Erlebnissen im stationären Alltag gefördert, die einen Zusammenhang mit der spezifischen Konfliktdynamik des jeweiligen Patienten vermuten lassen. Die sonst geltende psychoanalytische Grundregel der freien Assoziation des Patienten und in Entsprechung dazu die gleichschwebende Aufmerksamkeit des Therapeuten verlieren ihre beherrschende Gültigkeit. Biographisches Material dient lediglich dem Verständnis der aktuellen Prozesse. Es geht also um die fokale Bearbeitung interaktioneller und innerseelischer Prozesse im Hier und Jetzt, zu dem alles von außerhalb Kommende, wie beispielsweise Erinnerungen, frühere Ereignisse und Traumata in funktionalem Bezug gesetzt wird (Seidl und Ermann 2003). Die therapeutischen Beziehungen und Übertragungen sind vielfältig und werden unter dem Aspekt der institutionellen Übertragung, d.h. als Übertragung auf das Team und die Klinik, verstanden. Die ambulant übliche therapeutische Dyade tritt durch diese Betonung zurück. Hält jedoch ein Patient an der Dyade unter Ausschluss der anderen Therapeuten, an der Zentrierung auf die Bearbeitung der Vergangenheit und von Material außerhalb der Station fest, so wird dies zu verstehen versucht, sei es psychodynamisch als Widerstand oder als strukturell bedingtes Unvermögen.

Pro Woche finden zwei Teamkonferenzen statt, wobei eine mit, die andere ohne Anwesenheit der Patienten durchgeführt wird. In diesen Konferenzen werden psychodynamische Verständnisse erarbeitet, die therapeutischen Foki, die Behandlungsziele, die Behandlungszeiten und die Rahmenbedingungen formuliert und vor allem auch die verschiedenen Übertragungskonstellationen der unterschiedlichen therapeutischen Ebenen integriert und verstanden.

Eine Besonderheit ist das Konzept des „*behandelnden Arztes*“, dem die anderen Therapieformen gleichrangig zugeordnet sind. Diese Position ist einmalig und findet sich in dieser Form nicht in den Einrichtungen anderer Kliniken. In seiner Person sollen alle Aktivitäten integriert werden. Er vermittelt und verteilt, steht zwischen der äußeren Realität der Station und Außenbeziehungen und der inneren Welt des Patienten, zwischen körperlichen Bedürfnissen und Störungen und inneren Konflikten, Belastungen und Fähigkeiten. Der „*behandelnde Arzt*“ vertritt dem Patienten gegenüber die Entscheidungen des therapeutischen Teams, ohne die Reaktion darauf in der Tiefendimension zu bearbeiten. Metaphorisch gesprochen eröffnet er den psychoanalytischen Raum, vertritt die Rahmenbedingung, Grenzen und Möglichkeiten und fungiert so als der „Dritte“ in den verschiedenen therapeutischen Beziehungen der inneren Integration unterschiedlicher Erlebnisebenen.

3.3 Behandlungsverfahren

Auf der Station B1b der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik in der Psychiatrischen Klinik der LMU München kommen als Behandlungsverfahren regelmäßig verschiedene Therapieformen in Kombination miteinander zur Anwendung. Hierzu zählen u.a. Einzel- und Gruppentherapien, sowie musisch-expressive und Entspannungsverfahren.

Durch die Kombination von verschiedenen Verfahren entsteht der Vorteil, dass es in einem zeitlichen Rahmen von mehreren Wochen oder einigen Monaten sogar bei chronischen Störungen zu einer Auflockerung rigider Abwehrstrukturen kommen kann und dass ein Zugang zu Hintergrundkonflikten der seelisch bedingten Störungen eröffnet werden kann, sowie zugleich eine Hilfestellung bei der Konfliktverarbeitung und –bewältigung möglich ist. Die Gefahr der Überstimulation eines Patienten, auf die dieser evtl. mit einer Verstärkung der Abwehr und mit Widerständen reagiert oder die zu Komplikationen wie Suizidgefahr, körperlicher Dekompensation oder psychotischen Episoden führen kann (Ermann 2004), wird durch strikte Begrenzung der Therapieform eingegrenzt.

Auf die unterschiedlichen Behandlungsverfahren, die auf Station durchgeführt werden, soll an dieser Stelle kurz eingegangen werden:

- *Einzeltherapie:* Die Behandlung von Patienten mit unterschiedlich hohem Strukturniveau, mit einer Konfliktpathologie oder mit strukturellen Defiziten machen immer wieder eine Veränderung der Technik im Hinblick auf den Anteil supportiver strukturierender Elemente und deutend einsichtsfördernder Elemente notwendig. Ebenso muss bei Abwehrprozessen überlegt werden, ob sie entweder bearbeitet, in ihrem Schutzcharakter erhalten oder gar verstärkt werden sollen. Der Einzeltherapeut sollte unter idealen Bedingungen nicht als das zentrale Übertragungsobjekt fungieren, sondern als ein Objekt unter vielen anderen. In diesem Zusammenhang sind Übertragungsdeutungen vor allem dann von Bedeutung, wenn eine negative oder eine idealisierende und erotisierende Übertragung den stationären therapeutischen Prozess blockiert.

In der analytischen Einzeltherapie ist damit der Bezugsrahmen für die Interventionen und die Deutungen nicht so sehr die Dualbeziehung zwischen Patient und Therapeut und die in ihr deutlich werdenden Übertragungen, sondern die Übertragungsszene, die sich in der Beziehung des Patienten zu Mitpatienten und zu Mitgliedern des Teams manifestiert. Es wird also das ganze Aktionsfeld des Patienten in der Klinik betrachtet, die Beziehung zum Einzeltherapeuten stellt somit nur eine der Facetten in der Übertragungsszene dar. Der Einzeltherapeut arbeitet mit der Absicht, dem Patienten deutlich zu machen, aus welchen inneren Motiven er das stationäre Behandlungsarrangement mit allen seinen Beziehungen in einer bestimmten Weise für sich nutzt.

- *Gruppentherapie:* Es stehen hierfür entweder das Modell der *analytischen Gruppe* oder ein *interaktionelles Modell* zur Disposition. Ersteres geht vom Konzept der Gruppe als Ganzes aus, strebt eine tiefe Regression an und bearbeitet die gemeinsame Übertragung der Gruppe auf den Therapeuten, wobei die Individualität des Einzelnen in den Hintergrund tritt. Inhaltlich stehen die unbewussten infantilen Konflikte, Übertragungen und Widerstände im Vordergrund. Dieses Modell ist für höherstrukturierte Patienten mit steuerbarer Regressionsfähigkeit und relativ intakten Ich-Funktionen gut geeignet. Demgegenüber ist das *interaktionelle* Konzept an den bewussten Interaktionen bzw. den normativen Verhaltensregulierungen orientiert. Indem der Therapeut stützend und strukturierend eingreift, soll Regression bewusst verhindert werden. Bei diesem Ansatz werden keine Deutungen unbewusster Zusammenhänge gegeben, sondern es geht viel-

mehr um manifeste Interaktionsmuster und antwortende Interventionen auf anstehende Fragen. Die einzelnen Gruppenmitglieder stehen mehr im Vordergrund und die Verschiedenheit wird stärker als die Gemeinsamkeit betont.

Das Problem der Gruppentherapie auf der untersuchten Station ist die große Unterschiedlichkeit der Krankheiten und Strukturniveaus der Patienten, so dass je nach Zusammensetzung der Gruppe eine aktuelle Anpassung der Methode notwendig wird.

Bei der Gruppentherapie wie sie auf Station durchgeführt wird, wird deshalb überwiegend eine Mischung aus dem analytischen und dem interaktionellen Modell im Sinne einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie-Gruppe angewendet. Dabei steht die Behandlung des Einzelnen in der Gruppe im Vordergrund, während die Gruppe als Ganze weniger Gegenstand und Ziel der Interventionen des Psychotherapeuten ist. Auf den Einzelnen bezogen werden die unbewussten Motive der Schwierigkeiten des Patienten mit seiner Umwelt und die dahinter stehenden verdrängten Affekte, Trieb-Konflikte und Kränkungen deutbar gemacht. Gruppenbezogen wird beobachtet, welche Reaktion das Problem eines Patienten bei den übrigen auslöst.

Das häufigste Material für die Gruppensitzungen sind die inneren und äußeren Erlebnisse im Stationsalltag und im Alltag außerhalb der Klinik vor stationärer Aufnahme oder bei Beurlaubungen. Durch diese Form der Gruppentherapie soll die Fähigkeit der Patienten gefördert werden, sich in andere hineinzusetzen, die Auswirkungen des eigenen Handelns auf andere einschätzen zu lernen und eine Relativierung starrer Normen zu erreichen. Die Gruppe dient als Modell für das Leben außerhalb der Klinik. Die Leitung der Gruppensitzung wird vom Oberarzt übernommen, dem ein Co-Therapeut aus dem Pflorgeteam zur Seite steht, was die Chance erhöht, dass Material aus dem aktuellen Erleben angesprochen wird und dass ein guter Transfer von psychodynamisch relevantem Material ins Pflorgeteam gelingt. Daneben soll Spaltungstendenzen der Patienten entgegengewirkt werden und eine Aufgabenverteilung der Gruppenleiter ermöglicht werden (z.B. deutend oder konfrontierend vs. stützend intervenierend).

- *Kreativ-expressive Verfahren:* Das gemeinsame Prinzip der zweimal wöchentlich stattfindenden Musik- und Gestalttherapie ist der direkte, vorsprachliche Ausdruck der aktuellen inneren Prozesse. Das ausgedrückte „Material“ wird zusammen mit den Therapeuten einzeln oder in der Patientengruppe besprochen. Auf diese Art ist es vor allem möglich, Patienten mit Symbolisierungsdefiziten und emotional gehemmte Patienten gut zu erreichen und im Hinblick auf die anderen Therapien zu fördern. Die Er-

fahrungen mit den Patienten werden von der Musik- und Gestaltungstherapeutin in die Teambesprechung eingebracht und im Zusammenhang mit den Berichten der anderen Therapeuten diskutiert. Die Zuordnung der Patienten zu einer dieser Therapieformen erfolgt, bestimmter Indikationen folgend, durch das Team. Viele Patienten nehmen an beiden Verfahren teil.

- Aufgabenbezogen werden bestimmte Patienten zu sog. *sozialtherapeutischen Gruppen* zusammengefasst und neben der allgemeinen Beratung gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Daneben finden Einzelberatungen statt.
- Wenn die Paar- oder Familiendynamik einen wichtigen Anteil an der Entstehung und am Verlauf der Störung hat, werden *paar- und familientherapeutische Interventionen* durchgeführt. Daneben werden auch allgemeine *Angehörigengespräche* durchgeführt.
- *Milieu*therapie und sog. *Kontaktgespräche* werden von den Pflegekräften der Station durchgeführt bzw. angeboten. Deren ständige Präsenz garantiert die fortlaufende Integration und Verarbeitung aller aktueller Probleme und Konflikte im alltäglichen Erleben und die eventuelle Weiterleitung an die verschiedenen therapeutischen Verfahren.
- Eine besondere Rolle spielen die *medikamentösen* und die *verhaltenstherapeutischen Therapien*. Der Einsatz von Psychopharmaka hat das Ziel Patienten soweit zu stabilisieren, dass eine Psychotherapie mit ihnen möglich ist. Dies trifft v.a. zu für krisenhafte Zuspitzungen, für Erregungszustände und für nicht mehr kontrollierbare Affekte. Verhaltenstherapie wird beispielsweise angeboten, wenn Symptome wie Ängste oder Zwänge ein Hindernis für die Therapie darstellen, wenn eine rasche Symptomreduktion notwendig ist oder wenn sich ein Verhalten automatisiert hat. Diese Therapien werden innerhalb der Möglichkeiten des Teams durchgeführt und nicht durch zusätzliche verhaltenstherapeutisch spezialisierte Therapeuten. Dabei geht es neben den symptombezogenen Interventionen vor allem um Strukturierung im Tagesablauf und individuelle Behandlungsverträge.
- *Sonstige Behandlungsverfahren*: Als weitere Behandlungsverfahren werden allen Patienten körperliche Entspannungsverfahren und sportliche Aktivitäten angeboten. Es erfolgt jedoch keine Rückmeldung durch die entsprechenden Therapeuten, so dass sie in den Verstehensprozess des Behandlungsteams nicht integriert werden.

4 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Auswertung und Analyse der Behandlung auf der Station für psychoanalytische Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Station besteht seit dem 1. November 2000 und bietet Platz für jeweils zwölf Patienten. Insgesamt wurden die Daten von 121 Patienten ausgewertet, die bis zum 30. Juni 2002 auf der Station behandelt worden waren.

Im Literaturteil wurde auf verschiedene Konzepte und Ergebnisse der stationären psychoanalytischen Psychotherapie eingegangen, wobei die Besonderheiten einer stationären psychoanalytischen Psychotherapie im Rahmen einer Psychiatrischen Klinik besonders beachtet wurden.

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit liefert die deskriptive Auswertung der auf Station erhobenen Daten. So sollen das Geschlechterverhältnis, das Alter der Patienten, die Diagnosen (und Störungsbilder), die Strukturniveaus, die Zugangs- und Entlassungswege, der Ausländeranteil, die durchschnittliche Behandlungsdauer, die medikamentöse Mitbehandlung und die Behandlungsergebnisse statistisch erfasst werden. Dem Abschnitt, der sich mit den Diagnosen beschäftigt ist noch ein kurzer Anhang angefügt, in dem auf mögliche Besonderheiten eingegangen werden soll, die sich bei ausgewählten diagnostischen Gruppen im Zusammenhang mit dem Alter der Patienten, deren Geschlecht und Aufenthaltsdauer auf Station, ergeben.

Im zweiten Teil werden potentielle Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis untersucht. Dabei handelt es sich um Alter, Geschlecht, Ausländer/ Deutsche, Behandlungsdauer, Hauptdiagnosen, Strukturniveau, Zugangs- und Entlassungsmodus und psychopharmakologische Mitbehandlung.

Die ermittelten Ergebnisse der Untersuchung werden abschließend kritisch diskutiert. Sie sollen -soweit möglich und sinnvoll- mit den Daten von anderen psychotherapeutischen Fachkliniken oder aus relevanten Studien in diesem Bereich verglichen werden.

Zusammenfassend bezieht sich dieses Vorhaben im Wesentlichen auf folgende *Fragen*:

- Wie ist das Krankengut einer analytischen psychotherapeutischen Station innerhalb einer Psychiatrischen Klinik zusammengesetzt und zu welchen Ergebnissen führt die Behandlung?
- Welche Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis lassen sich feststellen?
- Gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den Daten stationärer Psychotherapie in anderen Einrichtungen?

5 Stichprobe und Methode

5.1 Stichprobe

Es wurden die Daten von 121 Patienten im Alter von 18 bis 66 Jahren erhoben, die sich in einem Zeitraum von 20 Monaten, d.h. vom 1. November 2000 bis zum 30. Juni 2002 zur Behandlung auf der Station für Psychotherapie und Psychosomatik in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München befanden. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 36,12 Jahren. 57 % waren weiblich, 43 % männlich. Von diesen Patienten wurden 14 ausgeschlossen, die eine Mindestaufenthaltsdauer von ≥ 10 Tagen nicht erreicht hatten. Es wurde davon ausgegangen, dass innerhalb einer so kurzen stationären Behandlungsdauer keine nennenswerten therapeutischen Effekte erreicht werden, so dass die Forschungsfragen an dieser Stichprobe nicht zu beantworten sind. Es ergibt sich daher eine effektive Stichprobe bestehend aus 107 Patienten, deren Altersdurchschnitt bei 36,45 Jahren lag, wobei das Altersminimum 18 Jahre war und das Maximum 66 Jahre betrug. Der Anteil der Frauen ($n = 60$) war mit 56,1 % größer als der Anteil der Männer ($n = 47$) mit 43,9 %.

5.2 Methoden

5.2.1 Datenerhebung

Methodisch wurden zunächst anhand von Erhebungsbögen relevante Daten der Patienten ($n = 121$) aus den Krankenakten in einem Zeitraum von mehr als eineinhalb Jahren (01.11.00 bis 30.06.02) erfasst. Erfasst wurden demographische (z.B. Alter, Geschlecht), krankheitsbezogene (z.B. Haupt- und Nebendiagnosen) und behandlungsbezogene (z.B. Dauer der stationären Behandlung, psychopharmakologische Mitbehandlung) Daten. Die Daten aus den Erhebungsbögen wurden in Auswertungsbögen überführt, die insgesamt zwischen rund 70 Variablen und Subvariablen unterschieden. Die durch die Auswertungsbögen aufbereiteten und codierten Daten bildeten die Grundlage für eine anschließende computergestützte statistische Auswertung.

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um einen rein retrospektiven Ansatz mit Bezug auf die Daten in den Krankenakten.

5.2.2 Definitionen der Variablen

Als *Hauptdiagnose* wurde die Diagnose angegeben, welche sich auf die Beschwerden bezieht, welche die stationäre Aufnahme erforderlich machten. Diese Diagnose wurde im Entlassungsbericht als erste genannt. Die Diagnosen wurden außerdem gestellt nach der Ätiologie der Beschwerden, wobei auch deskriptiv-phänomenologische Elemente mit eingingen. Die Definition dieser Diagnosen richtet sich nach Ermann (2004). Danach werden unterschieden: Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Störungen, reaktive (v.a. somatopsychische) Störungen und Psychosomatosen, sowie somatoforme Störungen und Verhaltensstörungen. Da Psychosomatosen äußerst selten diagnostiziert wurden, werden sie in der vorliegenden Arbeit gemeinsam mit anderen seltenen Störungsbildern zu „sonstige Diagnosen“ zusammengefasst.

Alle anderen Diagnosen waren *Nebendiagnosen*. Daneben wurden *Symptome* erfasst, die während der stationären Therapie eine Rolle spielten, unabhängig davon, welcher Diagnose sie unterzuordnen waren.

Das *Strukturniveau* wurde nach den von Ermann (2004) angegebenen Kriterien festgelegt.

Die Beurteilung des *Behandlungsergebnisses* orientierte sich am subjektiven Befinden des Patienten in der letzten Woche vor Entlassung. Die Bewertung erfolgte durch den behandelnden Arzt auf Station, den Einzeltherapeuten, den Oberarzt und die Krankenschwester, welche den meisten Bezug zum Patienten hatte. Die klinische Bewertung erfolgte nach ausführlicher Diskussion im Konsensverfahren (Küchenhoff 1991).

Das Behandlungsergebnis wurde nach einer 4stufigen Skala beurteilt:

- *deutliche Besserung bzw. Remission*: Die Besserung war so ausgeprägt, dass es zu wesentlichen Veränderungen im Befinden gekommen ist und eine positive Veränderung im Berufs- und Alltagsleben erwartet werden konnte. Eine ambulante Nachbehandlung wurde v.a. zur weiteren Stabilisierung des Therapieerfolges empfohlen.
- *mäßiggradige Besserung*: Es zeigte sich bei der Entlassung eine eindeutige Tendenz zur Besserung des Befindens. Die noch vorhandene Symptomatologie sollte den Patienten nicht sehr an dessen Alltagsverrichtungen hindern, machte allerdings eine ambulante Nachbehandlung notwendig.
- *keine oder nur geringgradige Besserung*: Die Symptomatik hatte sich im Vergleich zum Befund bei Aufnahme nicht verändert oder zeigte allenfalls Phasen mit einer vorübergehenden Besserung, ohne eine eindeutige Tendenz erkennen zu lassen.

- *Verschlechterung*: Das Befinden war bei Entlassung schlechter als bei der Aufnahme. Die Verschlechterung erwies sich in der Tendenz als stabil und stand nicht im Zusammenhang mit der Entlassung. Es war notwendig, alternative Therapien in anderen Einrichtungen zu erwägen.

5.2.3 Statistische Auswertung der Daten

Die statistische Auswertung wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS durchgeführt. Zur Datenanalyse kam SPSS für Windows in der Version 11.5.1 zur Anwendung. Für die Ermittlung der deskriptiven Ergebnisse wurden u.a. folgende statistische Verfahren verwendet: Häufigkeitsauszählungen und -verteilungen, Kreuztabellierungen, Berechnung von Mittelwerten, Median, Minimal- und Maximalwerten, Spannweite und Standardabweichung. Beim Vergleich hinsichtlich bestimmter Variablen und bei Gruppenvergleichen fand je nach Skalenniveau der Chi²-Test oder der T-Test für unabhängige Stichproben Verwendung. Der Chi²-Test wurde angewandt bei nominal skalierten Merkmalen, der T-Test für unabhängige Stichproben bei Variablen, die mindestens ordinal skaliert waren. Es werden bei der Überprüfung von Signifikanzen nur Befunde dargestellt, die mindestens auf dem 5 %-Niveau signifikant sind.

Um die Anschaulichkeit der Arbeit zu erhöhen, wurde eine Vielzahl an Abbildungen (meist Säulendiagramme) und Tabellen zur Darstellung der Ergebnisse eingefügt. Die Erstellung der Graphiken erfolgte mit dem Programm Microsoft Excel 2002, die tabellarische Darstellung mit dem Textverarbeitungsprogramm Microsoft Word 2002.

6 Ergebnisse

6.1 Deskriptive Statistik

6.1.1 Alter, Geschlecht und Ausländeranteil

Im Rahmen der Studie wurden die Daten von 121 Patienten ausgewertet. Davon wurden 14 ausgeschlossen, weil sie eine Mindestaufenthaltsdauer von ≥ 10 Tagen nicht erreicht hatten. Dies führte zu einer effektiven Stichprobengröße von 107 Patienten. Der Altersdurchschnitt der Stichprobe lag bei 36,45 Jahren, wobei das Altersminimum 18 Jahre und das Maximum 66 Jahre betrug, d.h. es bestand eine Spannweite von 48 Jahren zwischen dem jüngsten und dem ältesten Patienten. Für den Median ergaben sich 34,0 Jahre, die Standardabweichung (s) betrug 12,7.

Der Anteil der Frauen war mit 56,1 % größer als der Anteil der Männer mit 43,9 %, in Häufigkeiten ausgedrückt entsprach dies einem Verhältnis von 60 Frauen zu 47 Männern, wobei die Frauen im Durchschnitt (32,5 Jahre, $s = 10,4$) signifikant jünger waren als die Männer (41,5 Jahre, $s = 13,6$), was durch den T-Test für unabhängige Stichproben gezeigt werden konnte.

Die folgende Abbildung soll die Altersverteilung der Patienten verdeutlichen und sichtbar machen, welche Altersgruppen überwiegend auf Station behandelt wurden.

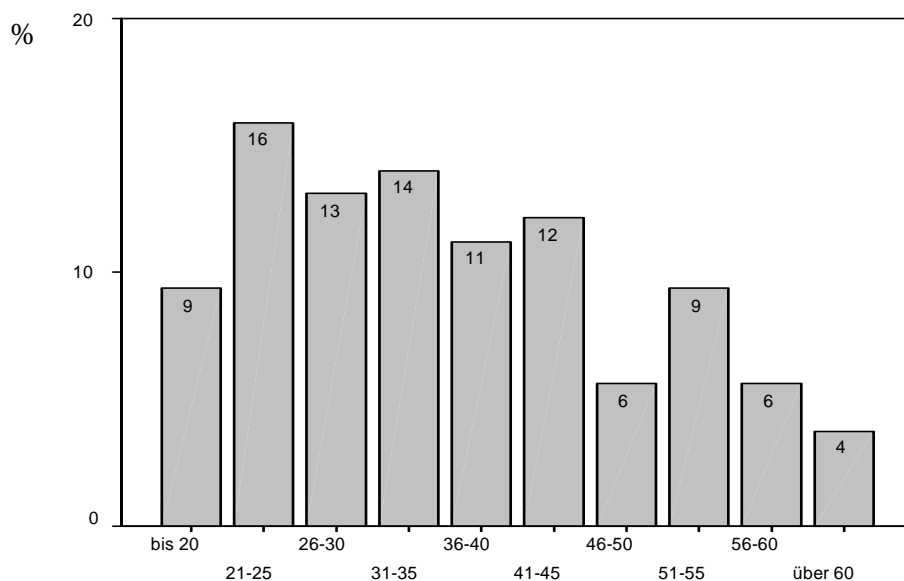


Abbildung 3: Altersverteilung der Patienten ($n = 107$)

Aus der Graphik ist ersichtlich, dass sich ein Gros der Patienten im Altersbereich bis 45 Jahre befand, mit einem Gipfel von 15,9 % ($n = 17$) bei den 21- bis 25-Jährigen. Nach dem 45. Lebensjahr kam es zu einem Abfall der Patientenzahl, mit einem Anteil von lediglich 3,7 % ($n = 4$) der Gruppe der über 60-Jährigen.

Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen im Hinblick auf die Geschlechter, bietet sich ein etwas anderes Verteilungsmuster:

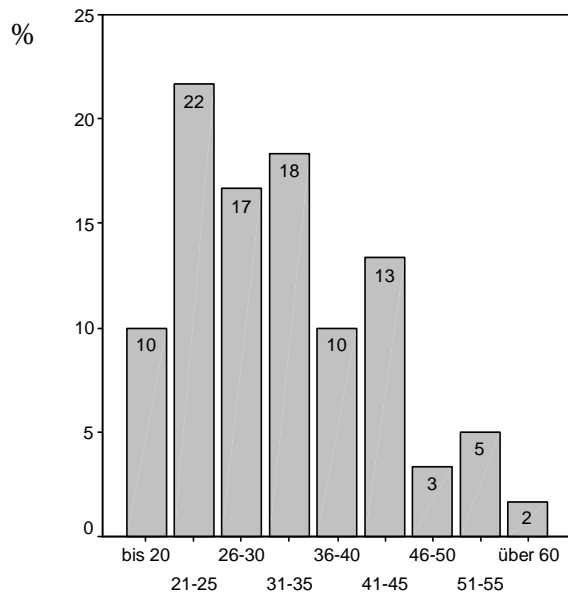


Abbildung 4: Altersverteilung der Frauen
($n = 60$)

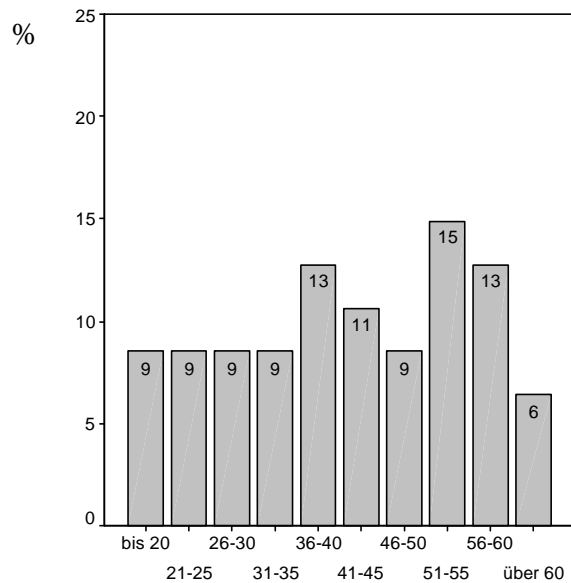


Abbildung 5: Altersverteilung der Männer
($n = 47$)

Hier zeigt sich, dass die oben angesprochene Altersgruppe von denjenigen, die jünger als 46 Jahre waren, bei den Frauen prozentual ausgeprägter war als bei der Verteilung über beide Geschlechter. Insbesondere hat der Altersgipfel vom 21. bis 25. Lebensjahr mit 21,7 % ($n = 13$) aller weiblichen Patienten zu Buche geschlagen. Bei den Männern lag ein eher homogenes Verteilungsmuster über alle Altersgruppen hinweg vor, das oft im Bereich um die 9 % angesiedelt war. Im Gegensatz zu den Frauen war eine Häufung im höheren Lebensalter zu erkennen: die Männer, die aus der Gruppe der 51- bis 55-Jährigen stammten, machten mit 14,9 % ($n = 7$) die anteilmäßig größte Altersgruppe der männlichen Patienten aus. Jenseits des 60. Lebensjahres kam es allerdings auch hier zu einem Rückgang der Patientenzahl: der Anteil lag bei 6,4 % bzw. bei 3 Patienten.

Der Ausländeranteil an den 107 Patienten betrug 16,8 %, was einem absoluten Wert von 18 Patienten entspricht. Das Alter der Ausländer lag im Durchschnitt bei 37,9 Jahren ($s = 14,3$), das der Deutschen bei 36,1 Jahren ($s = 12,4$).

6.1.2 Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der 107 Patienten lag bei 54,8 Tagen ($s = 26,6$) bzw. 7,8 Wochen, wobei eine große Schwankungsbreite des stationären Aufenthalts bestand, die sich von 10 Tagen (unterster Wert, der das Kriterium zur Aufnahme in die Stichprobe erfüllt) bis zu 120 Tagen erstreckte. Der Median lag bei 54,0 Tagen. Ermittelt man die Aufenthaltsdauer über alle erfassten, d.h. über alle 121 Patienten, wird der Durchschnitt des Aufenthalts aufgrund der Frühabbrecher auf 48,8 Tage bzw. auf 7 Wochen nach unten verschoben.

Das folgende Diagramm lässt erkennen, dass die Patienten, die sich zwischen 6 und 8 Wochen zur stationären Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik der LMU befanden, in unserer Stichprobe den größten Anteil ausmachten. Dieser lag bei 23,4 % bzw. bei 25 Patienten. 5,6 % ($n = 6$) der Patienten waren lediglich bis zu zwei Wochen in Behandlung; 2 bis 4 Wochen und 4 bis 6 Wochen jeweils 14,0 % ($n = 15$). Nach einem Gipfel bei 6 bis 8 Wochen fiel der Anteil der Patienten, die sich länger auf Station befanden kontinuierlich ab: in Zeiträumen von jeweils 2 Wochen sanken die Prozente von 18,7 % ($n = 20$) über 9,3 % ($n = 10$) und 8,4 % ($n = 9$) auf 2,8 % ($n = 3$). Diejenigen, die länger als 16 Wochen in Behandlung waren machten einen Anteil von 3,7 % ($n = 4$) aus.

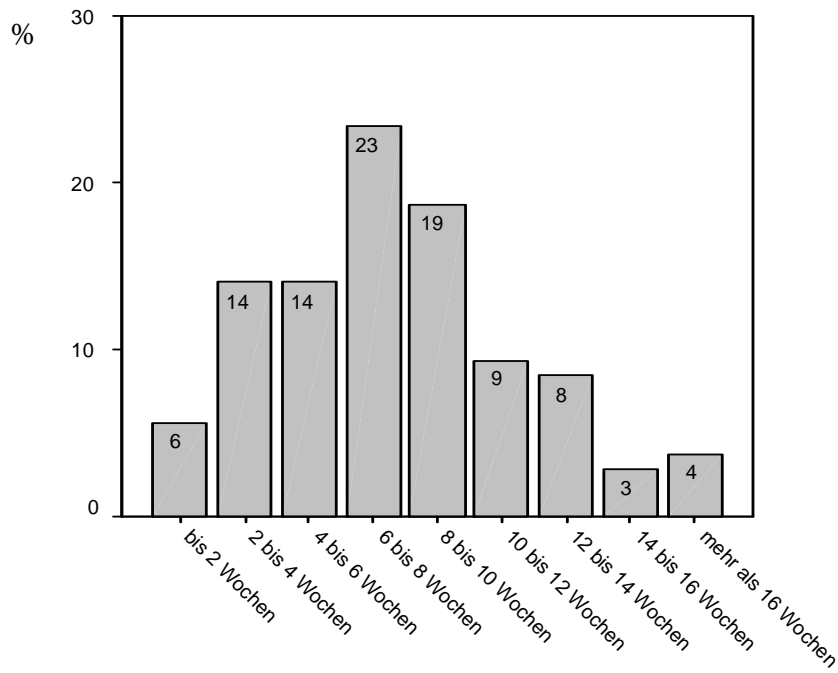


Abbildung 6: Verteilung der Aufenthaltsdauer (bei $n = 107$)

Frauen waren mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 57,67 Tagen ($s = 21,1$) im Schnitt etwas länger in stationärer Behandlung als die männlichen Mitpatienten mit 51,23 Tagen ($s = 22,8$). Für das Verteilungsmuster ergibt sich folgendes Bild:

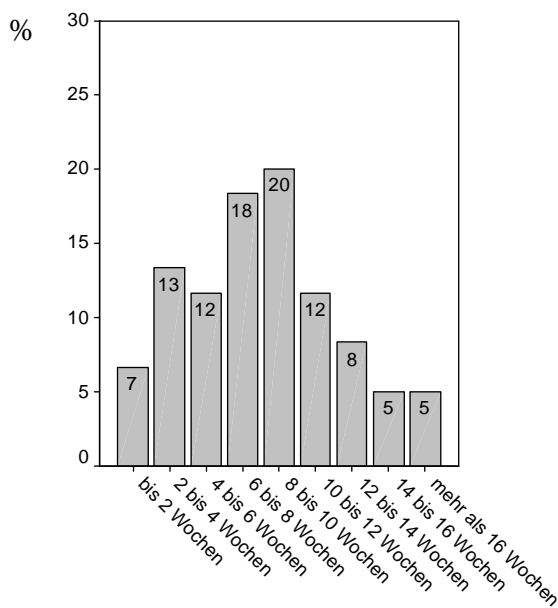


Abbildung 7: Aufenthaltsdauer der Frauen ($n = 60$)

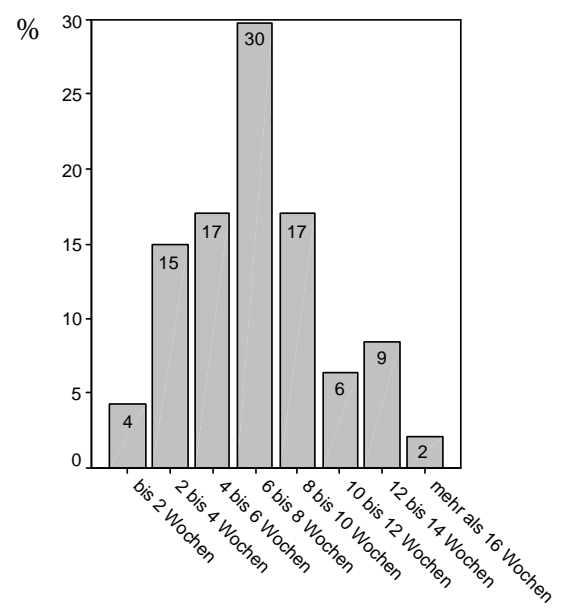


Abbildung 8: Aufenthaltsdauer der Männer ($n = 47$)

Die behandelten Männer wiesen mit 29,8 % (n = 14) einen recht deutlichen Peak bei einer Aufenthaltsdauer von 6 bis 8 Wochen auf, wohingegen dieser Zeitraum bei den weiblichen Patienten anteilmäßig nur mit 18,3 % (n = 11) vertreten war und eine Aufenthaltsdauer von 8 bis 10 Wochen (20,0 % bzw. n = 12) geringfügig überwog.

6.1.3 Diagnosen

6.1.3.1 Hauptdiagnosen

Aus den Arztbriefen bzw. den Krankenakten wurden für alle 107 Patienten der Stichprobe die Hauptdiagnosen, ggf. vorhandenen Nebendiagnosen und Symptomdiagnosen entnommen. Zunächst soll nachfolgende Abbildung einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnosen verschaffen.

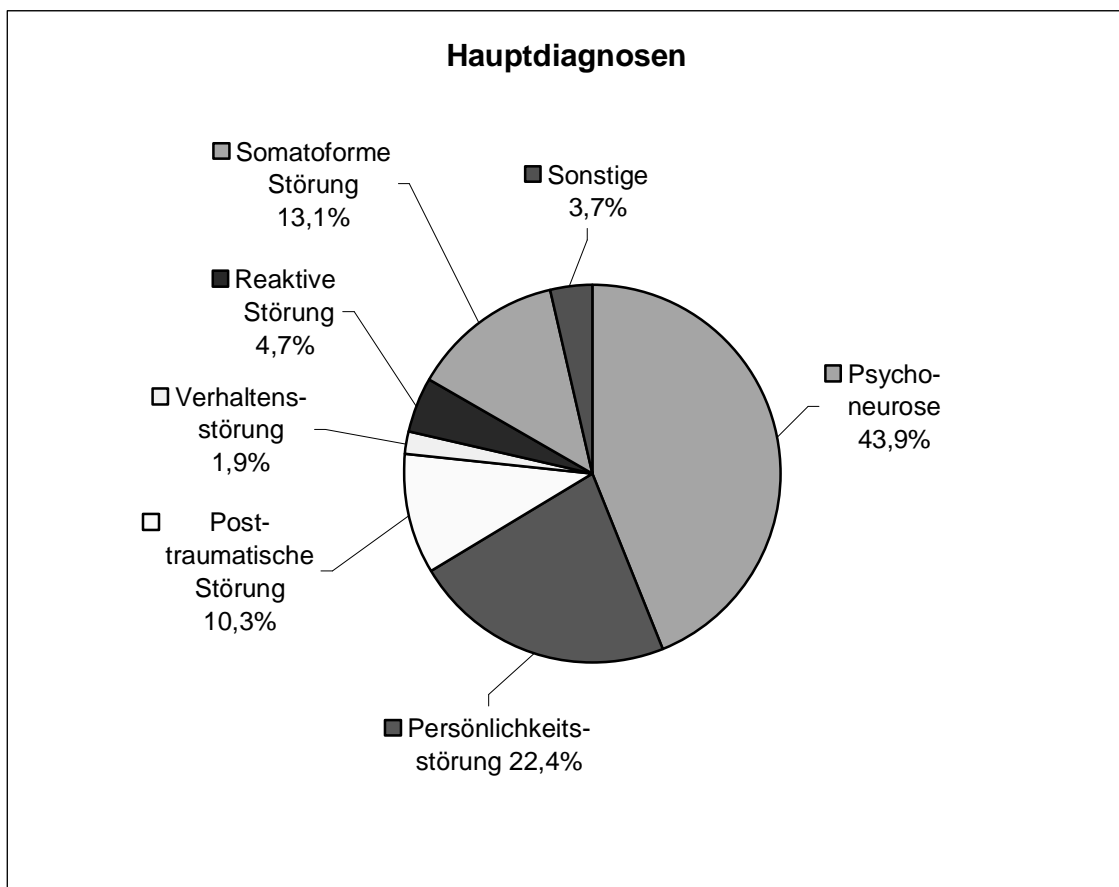


Abbildung 9: Verteilung der Hauptdiagnosen (n = 107)

Der größte Teil der Patienten, d.h. 43,9 % (n = 47 Patienten), war wegen einer Psychose in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Am zweithäufigsten wurden die Patienten wegen einer Persönlichkeitsstörung behandelt (22,4 %; n = 24). Den Persönlichkeitsstörungen folgten mit abnehmender Häufigkeit somatoforme (13,1 %; n = 14), posttraumatische (PTSD) (10,3 %; n = 11) und reaktive (4,7 %; n = 5) Störungen. Zu letzteren zählen v.a. somatopsychische Störungen bei einer chronisch körperlichen Krankheit (z.B. Prostatakarzinom und Mukoviszidose). Verhaltensstörungen wurden bei 1,9 % (n = 2) der Patienten diagnostiziert.

Somatische Diagnosen wurden bei 34,6 % (n = 37) der Patienten gestellt.

6.1.3.2 Zusammenhänge mit der Hauptdiagnose

Im Anschluss an die Darstellung der Häufigkeitsverteilung, die sich für die Hauptdiagnosen der 107 Patienten umfassenden Stichprobe ergeben hat, soll nun untersucht werden, ob es in den verschiedenen Untergruppen der Hauptdiagnose auffällige Unterschiede hinsichtlich der Geschlechtesverteilung, der stationären Aufenthaltsdauer oder des durchschnittlichen Alters der therapierten Patienten gibt.

6.1.3.2.1 Hauptdiagnosen und Geschlechtesverteilung

Verteilt nach Geschlechtern und im Vergleich zur Gesamtstichprobe ergibt sich folgendes Bild:

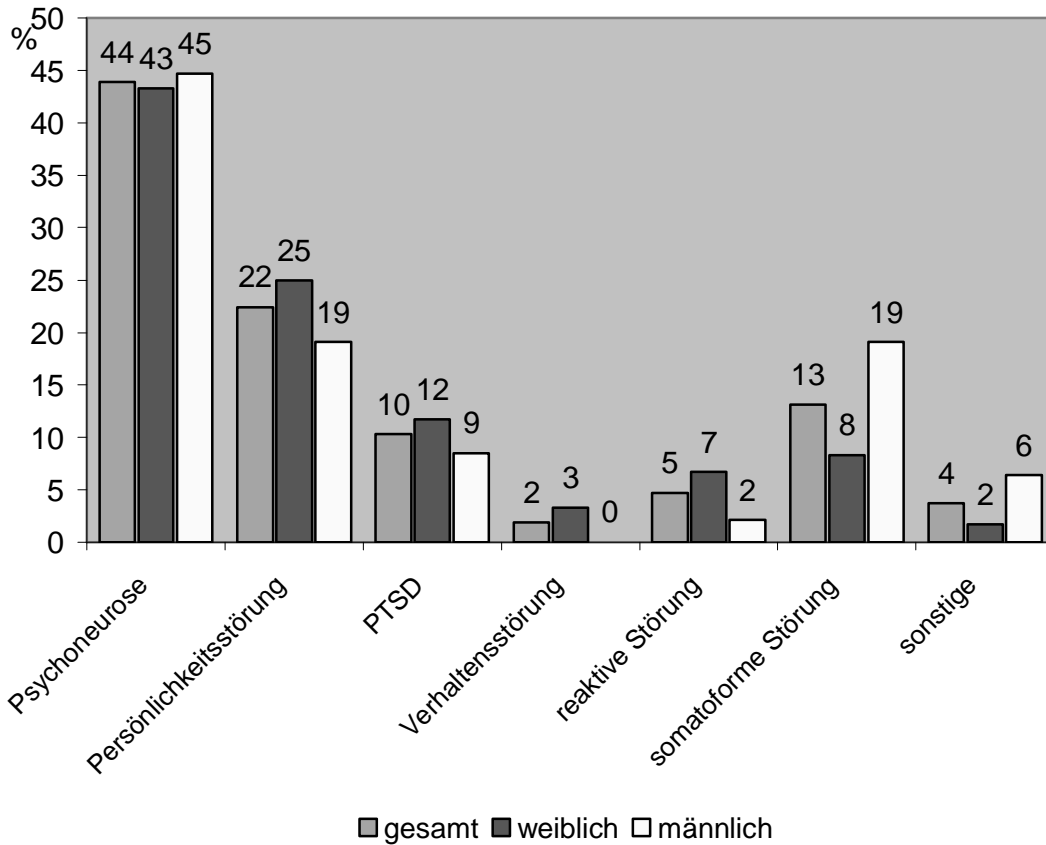


Abbildung 10: Hauptdiagnosen und Geschlechtsverteilung

Man sieht, dass sich hinsichtlich der Häufigkeit bei manchen Diagnosen ein recht ähnliches Bild für die weiblichen und die männlichen Patienten ergibt, bei anderen allerdings größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennbar sind.

Bei den Psychoneurosen, der insgesamt größten diagnostischen Gruppe, lagen die prozentualen Anteile der Frauen (43,3 %; n = 26) und Männer (44,7 %; n = 21) beispielsweise relativ nahe zusammen. Anders sieht die Lage bei den Persönlichkeitsstörungen aus, an denen 25,0 % (n = 15) der auf Station behandelten Frauen litten, jedoch nur 19,1 % (n = 9) der männlichen Mitpatienten. Ebenfalls häufiger betroffen waren Frauen von posttraumatischen (11,7 % vs. 8,5 %), reaktiven (6,7 % vs. 2,1 %) und Verhaltensstörungen (3,3 % vs. 0,0%). Die untersuchten Männer hingegen waren öfter an somatoformen (19,1 % vs. 8,3 %) und sonstigen Störungen (6,4 % vs. 1,7 %) erkrankt.

6.1.3.2.2 Hauptdiagnosen und Alter

Betrachtet man das Alter der Patienten, so ergeben sich für die verschiedenen Hauptdiagnosen folgende Werte:

Tabelle 2: Hauptdiagnosen und Alter

Hauptdiagnose	n	Alter (Jahren)		
		Mittelwert	Median	s
Psychoneurose	47	38,2	37,0	11,9
Persönlichkeitsstörung	24	31,4	30,5	12,1
somatoforme Störung	14	31,3	25,0	13,5
PTSD	11	26,5	26,5	6,4
reaktive Störung	5	37,8	33,0	15,3
Verhaltensstörung	2	44,0	42,0	12,2
sonstige	4	37,3	35,5	11,7
gesamt	107	36,4	34,0	12,7

Die verschiedenen Altersmittelwerte, die sich für die Diagnosen ergeben haben, lagen überwiegend in einem Bereich von rund 31 Jahren (Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen) bis etwa 38 Jahren (Psychoneurosen, reaktive Störungen, sonstige). Es errechneten sich zwei „Ausreisser“ des durchschnittlichen Patientenalters: zum einen für die posttraumatischen Störungen nach unten (26,5 Jahre) und zum andern für die Verhaltensstörungen nach oben (44,0 Jahre). Der Median lag -mit Ausnahme der reaktiven Störungen (Median: 33,0 Jahre; Mittelwert: 37,8 Jahre)- jeweils relativ nahe am Mittelwert. Die Standardabweichung lag durchgängig in einem niedrigen Bereich.

6.1.3.2.3 Hauptdiagnosen und Aufenthaltsdauer

Man sieht aus der folgenden Tabelle, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei den Hauptdiagnosen, die zahlenmäßig am häufigsten vorkamen, nicht stark von der mittleren Verweildauer aller Patienten, die bei 54,8 Tagen lag, abwich.

Tabelle 3: Hauptdiagnosen und Aufenthaltsdauer

Hauptdiagnose	n	Aufenthaltsdauer (Tage)		
		Mittelwert	Median	s
Psychoneurose	47	56,4	55,0	24,2
Persönlichkeitsstörung	24	54,3	53,0	26,0
somatoforme Störung	14	57,4	55,5	17,1
PTSD	11	54,7	42,0	38,7
reaktive Störung	5	68,0	70,0	41,6
Verhaltensstörung	2	28,0	28,0	21,2
sonstige	4	29,0	25,0	21,0
gesamt	107	54,8	54,0	26,6

Eine größere Diskrepanz ist bei den Diagnosen festzustellen, von denen weniger Patienten betroffen waren: die 5 Patienten mit reaktiven (v.a. somatopsychischen) Störungen blieben im Durchschnitt länger als die Gesamtstichprobe, nämlich 68,0 Tage; kürzer blieben die 2 Patienten mit Verhaltensstörungen (28,0 Tage) und diejenigen mit sonstigen Störungsbildern (29,0 Tage). Bei der Beurteilung des Median springen die posttraumatischen Störungen ins Auge: der Median lag hier bei nur 42,0 Tagen, der Mittelwert hingegen bei 54,7 Tagen. Eine sehr hohe Standardabweichung von 41,6 war bei den reaktiven Störungen festzustellen, die durch die hohe Abweichung der Aufenthaltsdauer in beide Richtungen (Schwankungsbreite: 25 bis 118 Tage) und die geringen Fallzahlen dieser Erkrankung innerhalb der Stichprobe, verursacht wurde.

6.1.3.3 Nebendiagnosen

Zusätzliche psychische Diagnosen konnten bei 57,0 % der Patienten erhoben werden, was einer Anzahl von 61 Patienten entspricht. 43,0 % (n = 46) der Patienten hatten hingegen nur eine psychische Diagnose, d.h. eine der oben aufgeführten Hauptdiagnosen. Bei denjenigen, bei denen zusätzliche Diagnosen vorlagen, konnte man weiter unterscheiden nach der Anzahl der Nebendiagnosen: eine Nebendiagnose wurde bei 40,2 % (n = 43) der Behandelten diagnostiziert, zwei Nebendiagnosen bei 12,1 % (n = 13) und drei Nebendiagnosen bei weiteren 4,7 % (n = 5).

Für die Nebendiagnosen ergab sich im Überblick folgende Verteilung:

Tabelle 4: Nebendiagnosen

Nebendiagnose	n	%
Psychoneurose	24	22,4
somatoforme Störung	14	13,1
Persönlichkeitsstörung	11	10,3
Verhaltensstörung	11	10,3
posttraumatische Störung	1	0,9
keine	46	43,0
gesamt	107	100

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, stellte auch bei den Nebendiagnosen –wie schon bei den Hauptdiagnosen- die Psychoneurose (22,4 %) die Störung dar, die häufiger vorkam als die anderen Krankheitsbilder. An zweiter Stelle der zusätzlich gestellten Diagnosen folgte nicht wie bei den Hauptdiagnosen die Persönlichkeitsstörung (11,2 %), sondern die somatoforme Störung (13,1 %).

6.1.3.4 Symptomdiagnosen

Unabhängig von der Position der Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose wurden die auf bestimmte Symptome bezogenen Diagnosen, die Symptomdiagnosen, unterschieden. Erfasst wurde das Vorkommen einer Depression, psychosomatischer Störungen, Ängste, Suizidalität, Dissoziation, Essstörungen, sowie Süchte und Zwänge. Diese genannten Symptomdiagnosen kamen in folgender Häufigkeit vor:

Tabelle 5: Symptomdiagnosen

Symptomdiagnose	n	%
Depression	73	68,2
psychosomatische Störung	37	34,6
Angst	32	29,9
Suizidalität	21	19,6
Essstörung	12	11,2
Sucht	11	10,3
Zwang	10	9,3

Bei mehr als zwei Dritteln (68,2 %) der Patienten lagen Symptome einer Depression vor. Ein weiteres gutes Drittel (34,6 %) litt an einer psychosomatischen Störung und bei 29,9 % der 107 Patienten unserer Stichprobe, konnten Angststörungen diagnostiziert werden. Dem folgten in abnehmender Häufigkeit Suizidalität (19,6 %), Essstörungen (11,2 %), Süchte (10,3 %) und Zwänge (9,3 %).

Betrachtet man die Symptomdiagnosen hinsichtlich ihres prozentualen Vorkommens bei weiblichen und männlichen Patienten, so kamen Depressionen bei beiden Geschlechtern fast gleich häufig vor, wohingegen psychosomatische Störungen (42,6 % vgl. mit 28,3 %), Suchtverhalten (14,9 % vgl. mit 6,7 %) und Zwänge (12,8 % vgl. mit 6,7 %) bei Männern und Angststörungen (36,7 % vgl. mit 21,3 %) sowie Suizidalität (28,3 % vgl. mit 8,5 %) bei Frauen öfter waren. Ausschließlich bei den weiblichen Patienten wurden Essstörungen diagnostiziert (20 %).

6.1.4 Strukturniveau

Das Strukturniveau der Patienten unserer Stichprobe war überwiegend im mittleren (71,0 %) bis hohen Bereich (21,5 %) anzusiedeln.

Tabelle 6: Strukturniveau

Strukturniveau	n	%
nieder	7	6,5
mittel	76	71,0
hoch	23	21,5
nicht beurteilbar	1	0,9
gesamt	107	100

6.1.5 Zugangsmodus

Folgende Zugangswege für die Patienten, um auf die Station für Psychotherapie und Psychosomatik der LMU München zu gelangen, ließen sich unterscheiden: die Aufnahme von außerhalb/ ambulant, der Zugang von der Psychiatrischen Ambulanz oder von einer Psychiatrischen Station des Hauses (was durch die Unterbringung der untersuchten Psychotherapie-station innerhalb der Psychiatrischen Klinik der LMU -im Gegensatz zu beispielsweise rein

Psychosomatischen Kliniken- eine Besonderheit darstellt), sowie der Zugang von einer anderen Klinik.

Hinsichtlich der 107 Patienten ergab sich folgende Verteilung:

Tabelle 7: Zugangsmodus

Zugangsmodus	n	%
von außerhalb/ ambulant	56	52,3
aus psychiatrischer Ambulanz	8	7,5
aus psychiatrischer Station	33	30,8
aus anderer Klinik	10	9,3
gesamt	107	100

Der Zugangsmodus wurde zum Großteil durch zwei Alternativen bestimmt: mehr als die Hälfte der Patienten (52,3 %) kam durch ambulante Aufnahme auf Station und etwas weniger als ein Drittel (30,8 %) kam von einer psychiatrischen Station. Die restlichen Patienten kamen entweder von einer anderen Klinik (9,3 %) oder aus der psychiatrischen Ambulanz (7,5 %).

6.1.6 Entlassungsmodus

Die Patienten wurden entweder regulär nach Hause entlassen, entließen sich selbst, wurden in die Psychiatrie oder in eine andere Klinik verlegt oder in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen.

Tabelle 8: Entlassungsmodus

Entlassungsmodus	n	%
regulär nach Hause	91	85,0
Selbstentlassung	7	6,5
therapeutische WG	4	3,7
Verlegung in Psychiatrie	3	2,8
Verlegung in andere Klinik	2	1,9
gesamt	107	100

Der Großteil, nämlich 85,0 % der Patienten wurde nach Beendigung der stationären Psychotherapie nach Hause entlassen. 3,7 % gingen in eine therapeutische Wohngemeinschaft; 2,8 %

bzw. 1,9 % der Patienten wurden entweder in die Psychiatrie oder in eine andere Klinik verlegt. Ein Anteil von 6,5 % entließ sich selbst.

6.1.7 Psychopharmaka

Neben den psychotherapeutischen Behandlungen: Einzeltherapie, Gruppentherapie, Musik- und Gestalttherapie, körperliche Entspannungsverfahren etc., die alle Patienten erhielten, wurde ein Teil der Patienten zusätzlich mit Psychopharmaka behandelt. Zunächst soll darauf eingegangen werden, ob Psychopharmaka, die vor Beginn der stationären psychodynamischen Psychotherapie verordnet worden sind, weiter genommen wurden, abgesetzt worden sind oder ob neue Medikamente verschrieben worden sind.

Tabelle 9: Psychopharmaka zu Beginn der stationären Psychotherapie

Psychopharmaka	n	%
Fortführung wie vorher	35	32,7
Neuverordnung	23	21,5
Absetzung	6	5,6
keine	43	40,2
gesamt	107	100

Wie sich zeigt wurde bei 32,7 % der Patienten eine zuvor begonnene Behandlung mit Psychopharmaka am Anfang der stationären Psychotherapie fortgeführt, 21,5 % bekamen neue Medikamente verordnet und bei 5,6 % wurden diese abgesetzt. Bei stationärer Aufnahme waren 40,2 % der Behandelten ohne Psychopharmaka.

Im Laufe der Behandlung kam es bei manchen Patienten zu einer weiteren Modifikation der psychopharmakologischen Behandlung, so dass die Situation bei Entlassung folgendermaßen war: etwa die Hälfte der Patienten - genauer gesagt 50,5 % - nahmen Psychopharmaka als sie entlassen wurden; dies entspricht einem Verhältnis von 54 Patienten, die derartige Medikamente konsumierten, zu 53 Patienten, die keine nahmen. Damit ergibt sich, dass am Ende der stationären Psychotherapie ein höherer Prozentsatz der Patienten ohne Psychopharmaka war als zu Beginn.

6.1.8 Therapieempfehlung bei Entlassung

Für die Zeit nach der stationären Behandlung auf der Psychotherapiestation in der Psychiatrischen Klinik der LMU, wurde den 107 Patienten der Stichprobe für die weitere Behandlung folgende Therapieempfehlung gegeben:

Tabelle 10: Therapieempfehlung bei Entlassung

Therapieempfehlung	n	%
keine/ Verlegung	10	9,3
analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	71	66,4
Verhaltenstherapie/ supportiv	26	24,3
gesamt	107	100

Die meisten Patienten (66,4 %) wurden mit der Empfehlung zu einer psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie entlassen. Einem weiteren Teil (24,3 %) wurde eine Verhaltenstherapie nahe gelegt. 9,3 % verließen die Station ohne konkrete Empfehlung.

6.1.9 Ergebnisse der Behandlung

Bei der Beurteilung des Behandlungserfolges wurde unterschieden zwischen einer deutlichen Verbesserung/ einer Remission, einer mäßigen Besserung, einem nur gering bzw. gleich gebliebenen Zustand und einer Verschlechterung. Ferner war es möglich, dass das Ergebnis aufgrund einer vorzeitigen Selbstentlassung nicht eindeutig beurteilbar war.

Ein erster Überblick wird durch die Graphik vermittelt.

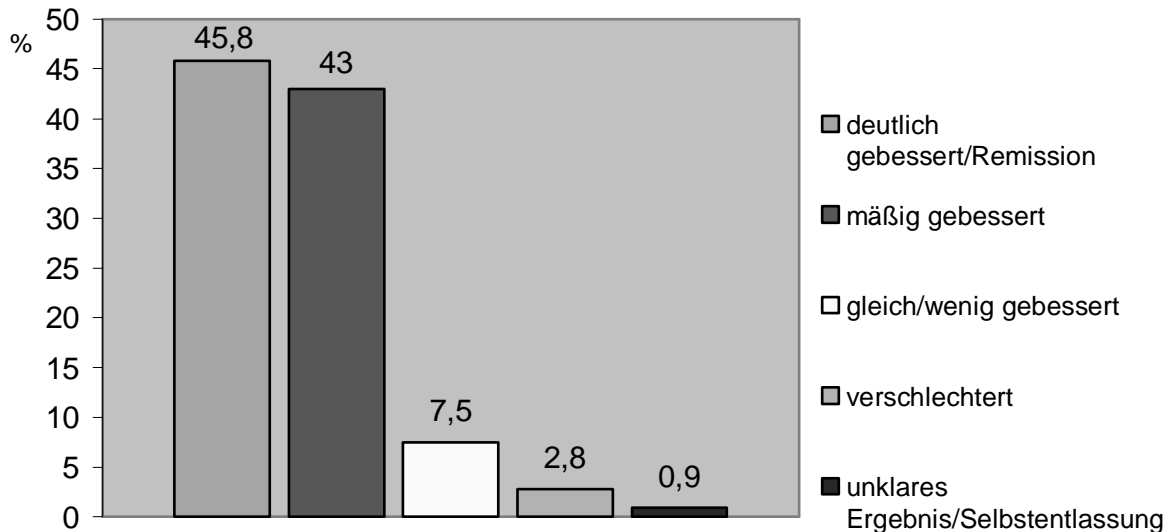


Abbildung 11: Behandlungsergebnisse (n = 107)

Bei 45,8 % (n = 49) der Patienten kam es zu einer deutlichen Verbesserung bzw. zur Remission, bei 43,0 % (n = 46) besserte sich der Zustand im Laufe der Behandlung mäßig. Wenig gebessert bzw. gleich geblieben ist das Beschwerdebild bei 7,5 % (n = 8) der Patienten. Es verschlechterten sich 2,8 % (n = 3) der Behandelten während der Therapie. Bei einem Patienten der Stichprobe (n = 107) konnte wegen frühzeitiger Selbstentlassung kein eindeutiges Ergebnis angegeben werden.

6.1.10 Zusammenfassung

Im Zeitraum vom 1.11.2000 bis zum 30.6.2002 wurden auf der Station für Psychotherapie und Psychosomatik in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München insgesamt 121 Patienten behandelt, von denen 107 Patienten in die Stichprobe aufgenommen wurden. Innerhalb der Stichprobe betrug der Frauenanteil 56,1 %, der Anteil an Ausländern 16,8 %. Der Altersdurchschnitt der Patienten lag bei 36,4 Jahren, wobei die weiblichen Patienten signifikant jünger waren. Die stationäre Behandlung nahm durchschnittlich einen Zeitraum von 7,8 Wochen in Anspruch. Bei überwiegend mittlerem (71,0 %) bis hohem (21,5 %) Strukturniveau wurden als Hauptdiagnosen Psychoneurosen (43,9 %), Persönlichkeitsstörungen (22,4 %), somatoforme Störungen (13,1 %), PTSD (10,3 %), reaktive (4,7 %) und Verhaltensstörungen (1,9 %) diagnostiziert. An Psychoneurosen war ein annähernd gleicher Anteil der weiblichen und männlichen Patienten erkrankt. Prozentual mehr Frauen

zeigten Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische, reaktive und Verhaltensstörungen; hingegen waren mehr Männer an somatoformen Störungen erkrankt. Die Patienten mit PTSD waren durchschnittlich am jüngsten (26,5 Jahre), die mit Verhaltensstörungen am ältesten (44,0 Jahre). Letztere befanden sich am kürzesten in stationärer Behandlung (28,0 Tage), Patienten mit reaktiven Störungen am längsten (68,0 Tage). 34,6 % der Patienten litten zusätzlich an einer somatischen Erkrankung; 57,0 % neben der Hauptdiagnose an weiteren psychischen Störungen. Unter den Nebendiagnosen waren die Psychoneurosen (22,4 %) am häufigsten; es folgten somatoforme Störungen (13,1 %) und Verhaltens- sowie Persönlichkeitsstörungen mit jeweils 10,3 %. Bei den Symptomdiagnosen überwogen Depressionen (68,2 %), psychosomatische Störungen (34,6 %) und Ängste (29,9 %).

Die meisten Patienten kamen von außerhalb bzw. wurden ambulant (52,3 %) aufgenommen oder von anderen Stationen der Psychiatrischen Klinik zuverlegt (30,8 %). In 32,7 % der Fälle wurde eine zuvor bestehende Psychopharmakotherapie zu Beginn der stationären Therapie zunächst unverändert weitergeführt; bei 21,5 % kam es zu Neuverordnungen und bei 5,6 % zum Absetzen der Medikamente. Der Großteil der Patienten wurde im Anschluss an die stationäre psychoanalytische Psychotherapie regulär nach Hause entlassen (85,0 %) und es wurde ihnen meist eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (66,4 %) oder eine Verhaltenstherapie (24,3 %) zur weiteren Behandlung empfohlen. Als Behandlungsergebnis konnte bei 45,8 % der Patienten eine deutliche Besserung oder Remission erzielt werden, bei 43,0 % der Patienten eine mäßige Besserung. Bei 7,5 % der Patienten besserte sich der Zustand nur wenig bzw. blieb gleich und bei 2,8 % kam es zu einer Verschlechterung.

6.2 Mögliche Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis

Im folgenden Kapitel werden verschiedene mögliche Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis untersucht. Dabei wird ein Patient (entspricht 0,9 % aller Patienten der Stichprobe), bei dem kein eindeutiges Behandlungsergebnis festgestellt werden konnte, im Folgenden graphisch nicht dargestellt, tabellarisch aber mit aufgeführt, ohne in den Ausführungen dann näher darauf einzugehen. Außerdem fällt bei manchen, im Hinblick auf das Behandlungsergebnis untersuchten Faktoren, eine zahlenmäßig recht unterschiedliche Verteilung auf einzelne Unterpunkte auf, was bei der Beurteilung der Daten und bei möglichen Schlussfolgerungen mitberücksichtigt werden muss.

6.2.1 Alter, Geschlecht, Ausländer/ Deutsche

Zunächst soll auf die Faktoren Alter, Geschlecht und Ausländer bzw. Deutsche im Zusammenhang mit dem Ergebnis der stationären Psychotherapie eingegangen werden.

Tabelle 11: Behandlungsergebnis und Patientenalter

Behandlungsergebnis	n	Alter (Jahren)		
		Mittelwert	Median	s
deutlich gebessert/ Remission	49	34,9	33,0	11,1
mäßig gebessert	46	37,9	38,0	14,1
gleich/ wenig gebessert	8	42,4	43,5	13,3
verschlechtert	3	25,7	22,0	8,1
unklares Ergebnis	1	30,0	30,0	
gesamt	107	36,4	34,0	12,7

Die Tabelle zeigt, dass die Patienten, die im Laufe der stationären Therapie eine mäßige oder deutliche Besserung ihres Gesundheitszustandes erreichten, im Altersdurchschnitt relativ nahe beim Mittelwert aller Patienten (36,4 Jahre) lagen: diejenigen mit einem sehr guten Behandlungsergebnis waren bei einem Median von 33,0 Jahren im Durchschnitt 34,9 Jahre alt (s = 11,1); diejenigen mit mäßiger Besserung 37,9 Jahre (s = 14,1), wobei der Median 38,0 Jahre betrug. Größere Abweichungen vom durchschnittlichen Alter aller Patienten gab es bei den zahlenmäßig weniger Patienten, deren Zustand sich nur geringfügig besserte bzw. gleich blieb

oder sich verschlechterte: ersteres war bei etwas älteren Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 42,4 Jahren ($s = 13,3$) der Fall, letzteres bei Jüngeren mit einem Altersmittelwert von 25,7 Jahren ($s = 8,1$).

Ein etwas anderes Bild vom Zusammenhang des Behandlungsergebnisses mit dem Alter der Patienten ergibt sich, wenn man sich den Behandlungserfolg in verschiedenen Altersgruppen vor Augen führt. Unterteilt man das Patientenalter in Dekaden, so stellt man fest, dass in der Gruppe der 21- bis 30-jährigen ein sehr gutes Behandlungsergebnis in 58,1 % der Fälle erreicht werden konnte, bei den 31- bis 40-jährigen sogar bei 59,3 %. Bei den Patienten, die über 40 Jahre alt waren, ging dieser Anteil auf Werte um die 30 % zurück und die Quote derer, die sich nicht verbessern konnten stieg auf 10 bis 15 %. Die Gruppe der sehr jungen Patienten (bis 20 Jahre) schnitt hinsichtlich eines sehr guten Behandlungsergebnisses (30 %) ebenfalls um einiges schlechter ab als die 21- bis 40-jährigen.

Die Behandlungsergebnisse bei den 60 Frauen und den 47 Männern fielen, wie in der folgenden Abbildung zu sehen ist ähnlich aus.

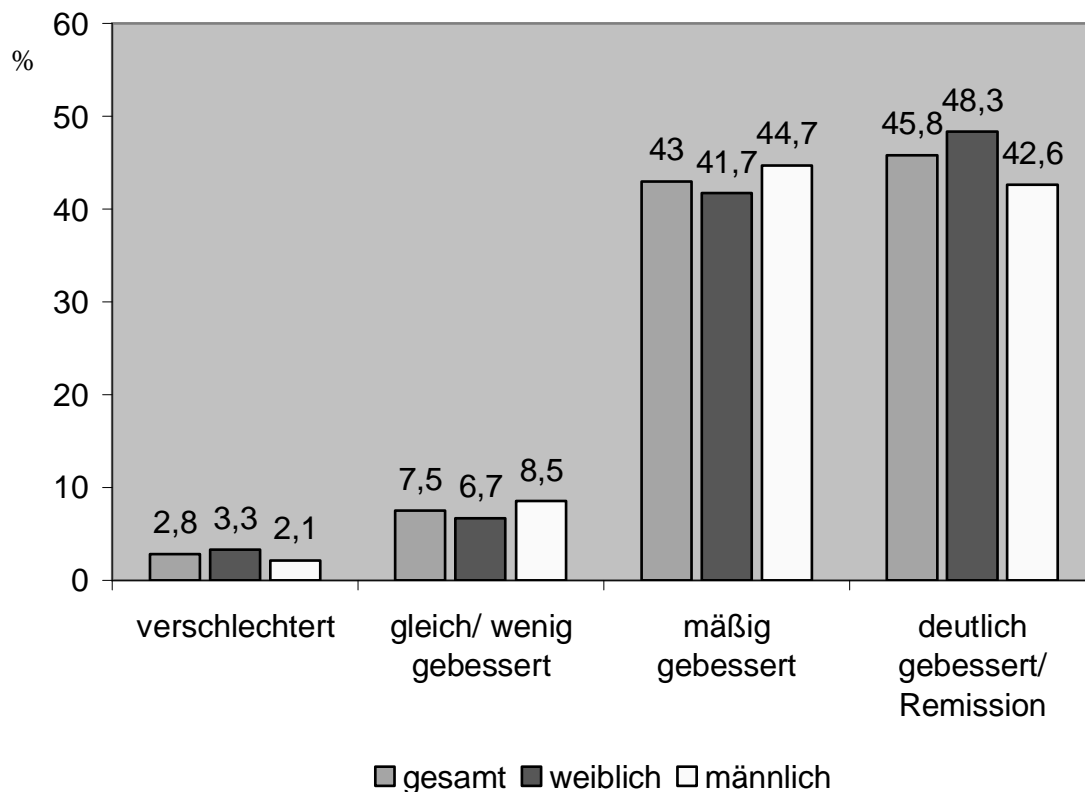


Abbildung 12: Behandlungsergebnis bei Frauen und Männern

Der größte Unterschied lag vor beim Item „deutlich verbessert/ Remission“ hier haben die weiblichen Patienten mit 48,3 % (n = 29) einen größeren Therapieerfolg erzielt als die männlichen Patienten mit 42,6 % (n = 20). Mäßig gebessert haben sich 41,7 % (n = 25) der Frauen und 44,7 % (n = 21) der Männer, von denen sich der Zustand von weiteren 8,5 % (n = 4) nicht oder nur wenig gebessert hat; bei den weiblichen Patienten lag dieser Anteil etwas niedriger: bei 6,7 % (n = 4). Als verschlechtert musste der Zustand am Ende der stationären Therapie bei 3,3 % (n = 2) der Frauen und bei 2,1 % (n = 1) der Männer beurteilt werden.

Als nächster Einflussfaktor sind die Behandlungsergebnisse der Ausländer (n = 18) im Vergleich zu den deutschen Patienten (n = 89) Gegenstand der Auswertung.

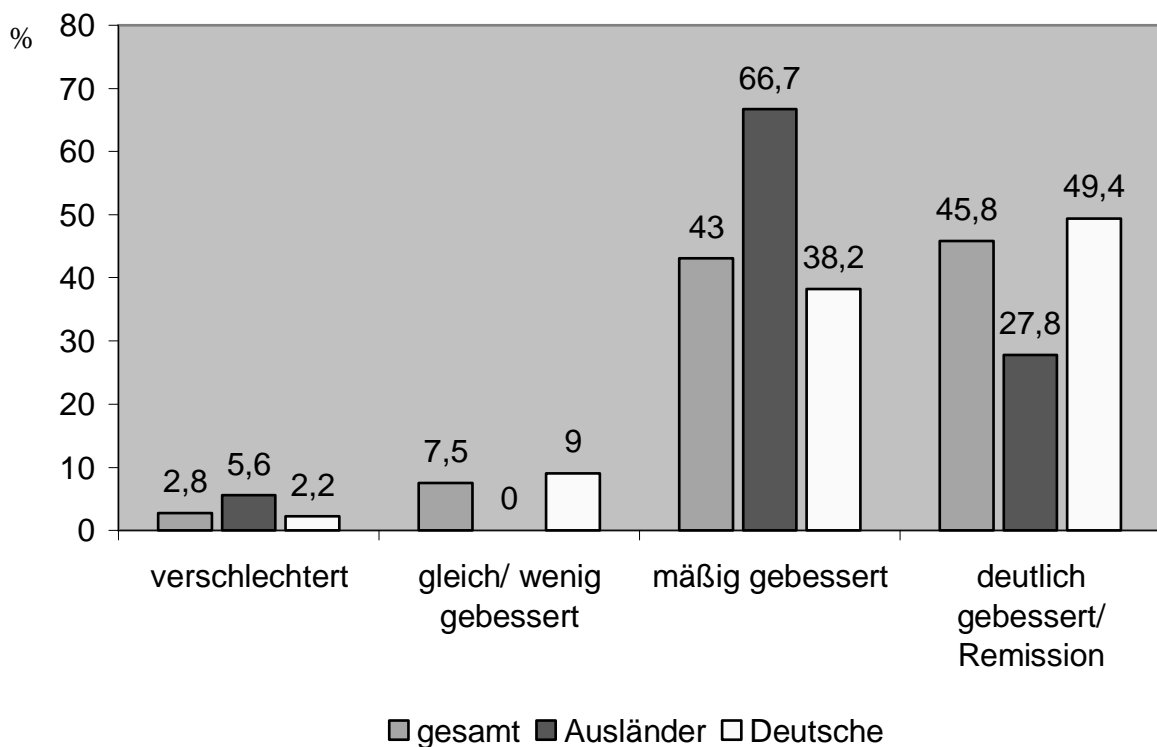


Abbildung 13: Behandlungsergebnis bei Ausländern und Deutschen

Aus dem Diagramm werden die erheblichen Unterschiede des Behandlungserfolgs von Ausländern und Deutschen ersichtlich. Bei den Ausländern war eine deutliche Besserung des Zustandes bzw. eine Remission lediglich bei 27,8 % (n = 5) der Behandelten festzustellen, wohingegen dies bei 49,4 % (n = 44) der Deutschen der Fall war. Im Gegensatz dazu war der Anteil der Ausländer, die als mäßig gebessert eingestuft werden konnten, mit 66,7 % (n = 12)

aller ausländischen Patienten, größer als der innerhalb der Gruppe der deutschen Patienten, wo er bei 38,2 % (n = 34) lag. Gleich geblieben bzw. wenig gebessert war der Zustand nach der Behandlung bei 9,0 % (n = 8) der deutschen und keinem der ausländischen Patienten. Verschlechtert hat sich das Krankheitsbild bei prozentual mehr Ausländern (5,6 %; n = 1) als Deutschen (2,2 %; n = 2).

Da das Behandlungsergebnis bei den ausländischen und deutschen Patienten recht unterschiedlich erscheint (siehe Abb.13), soll dies statistisch (Chi²-Test) überprüft werden. Insgesamt unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant. Ein signifikanter Unterschied ergibt sich nur, wenn man die Items „mäßig gebessert“ und „deutlich gebessert/ Remission“ gesondert miteinander vergleicht: hierbei haben sich die deutschen Patienten im Lauf der stationären Psychotherapie signifikant stärker verbessert ($p < 0,05$) als deren ausländische Mitpatienten.

Exkurs 1: Vergleich von ausländischen und deutschen Patienten

Da nicht nur beim Behandlungsergebnis Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Patienten bestanden, soll an dieser Stelle noch auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die Verteilung dieser beiden Gruppen bei den Hauptdiagnosen eingegangen werden.

Bei einer Differenzierung der durchschnittlichen *Aufenthaltsdauer* hinsichtlich Ausländer und Deutschen ergibt sich, dass die ausländischen Patienten mit einem Mittelwert von 45,1 Tagen ($s = 18,0$) im Schnitt weniger lange in stationärer Behandlung waren als deren deutsche Mitpatienten, die durchschnittlich 56,8 Tage ($s = 27,7$) auf Station geblieben sind. Der Median betrug 43,0 Tage für die Ausländer und 55,0 Tage für die Deutschen. Weiterhin ist es so, dass auch die Spannweite des stationären Aufenthaltes bei den ausländischen Patienten geringer ausfiel als bei den Deutschen: sie erstreckte sich von 13 bis 82 Tagen im Gegensatz zu 10 bis 120 Tage.

Führt man zum Vergleich der Mittelwerte der Aufenthaltsdauer eine Überprüfung mit dem T-Test für unabhängige Stichproben, durch ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen den ausländischen und den deutschen Patienten. Es ist also festzuhalten, dass ausländische Patienten signifikant kürzer behandelt wurden und ein im Schnitt schlechteres Behandlungsergebnis erreichten als die deutschen Patienten.

Hinsichtlich der *Hauptdiagnosen* fanden sich größere Unterschiede bei den Persönlichkeitsstörungen, an denen die deutschen Patienten mit 24,7 % (n = 22) häufiger erkrankt waren als

die ausländischen Patienten mit 11,1 % (n = 2). Im Gegensatz dazu wurden bei einem höheren Anteil der Ausländer posttraumatische Störungen (Ausländer: 16,7 %; n = 3 vs. Deutsche: 9,0 %; n = 3) und Verhaltensstörungen (Ausländer: 5,6 %; n = 1 vs. Deutsche: 1,1 %; n = 1) diagnostiziert. Bei den Psychoneurosen zeigten beide Gruppen ähnliche Werte: 44,4 % (n = 8) der Ausländer und 43,8 % (n = 39) der Deutschen waren daran erkrankt. Auch die reaktiven (Ausländer: 5,6 %; n = 1 vs. Deutsche: 4,5 %; n = 4) und die somatoformen Störungen (Ausländer: 11,1 %; n = 2 vs. Deutsche: 13,5 %; n = 12) ließen keine allzu großen prozentualen Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Patienten erkennen.

6.2.2 Aufenthaltsdauer

Der Zusammenhang zwischen durchschnittlicher Aufenthaltsdauer und den verschiedenen Behandlungsergebnissen ist in folgendem tabellarischen Überblick dargestellt:

Tabelle 12: Behandlungsergebnis und Aufenthaltsdauer

Behandlungsergebnis	n	Aufenthaltsdauer (Tage)		
		Mittelwert	Median	s
deutlich gebessert/ Remission	49	63,2	65,0	23,9
mäßig gebessert	46	50,3	49,5	25,6
gleich/ wenig gebessert	8	48,5	34,5	33,7
verschlechtert	3	21,0	15,0	12,2
unklares Ergebnis	1	10,0	10,0	
gesamt	107	54,8	54,0	26,6

Die Tabelle lässt einen Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und dem Behandlungsergebnis erkennen. Am deutlichsten wird dies im Extremgruppenvergleich zwischen den besten und den schlechtesten Behandlungsergebnissen: die Patienten, mit den im Durchschnitt längsten Behandlungszeiten verbesserten sich deutlich im Laufe der stationären Behandlung bzw. es kam zur Remission. Die mittlere Behandlungsdauer betrug bei ihnen mit 63,2 Tagen (s = 23,9) über 8 Tage mehr als beim Durchschnitt aller Patienten; beim Median betrug der Unterschied sogar 11 Tage. Im Gegensatz dazu waren die Patienten mit durchschnittlich sehr kurzen stationären Behandlungszeiten hinsichtlich ihres Behandlungserfolges schlechter einzustufen. Die Patienten, die im Durchschnitt lediglich 21,0 Tage (s = 12,2) auf Station und

damit im Schnitt über 33 Tage kürzer als die gesamte Stichprobe blieben, verschlechterten sich in ihrem Gesundheitszustand. Durchschnittliche Aufenthaltszeiten waren bei den Patienten zu finden, deren Krankheitsbild sich mäßig verbesserte: ihr Mittelwert lag bei 50,3 Tagen ($s = 25,6$), der Median bei 49,5 Tagen. Die Patienten mit keiner oder nur geringer Besserung kamen bei einer höheren Standardabweichung ($s = 33,7$) im Schnitt auf 48,5 Tage; der Median betrug hier 34,5 Tage.

Die folgende Graphik stellt die Aufenthaltsdauer von deutlich gebesserten Patienten derjenigen von allen Patienten gegenüber, um das gute Behandlungsergebnis bei längerer Aufenthaltsdauer zum Ausdruck zu bringen.

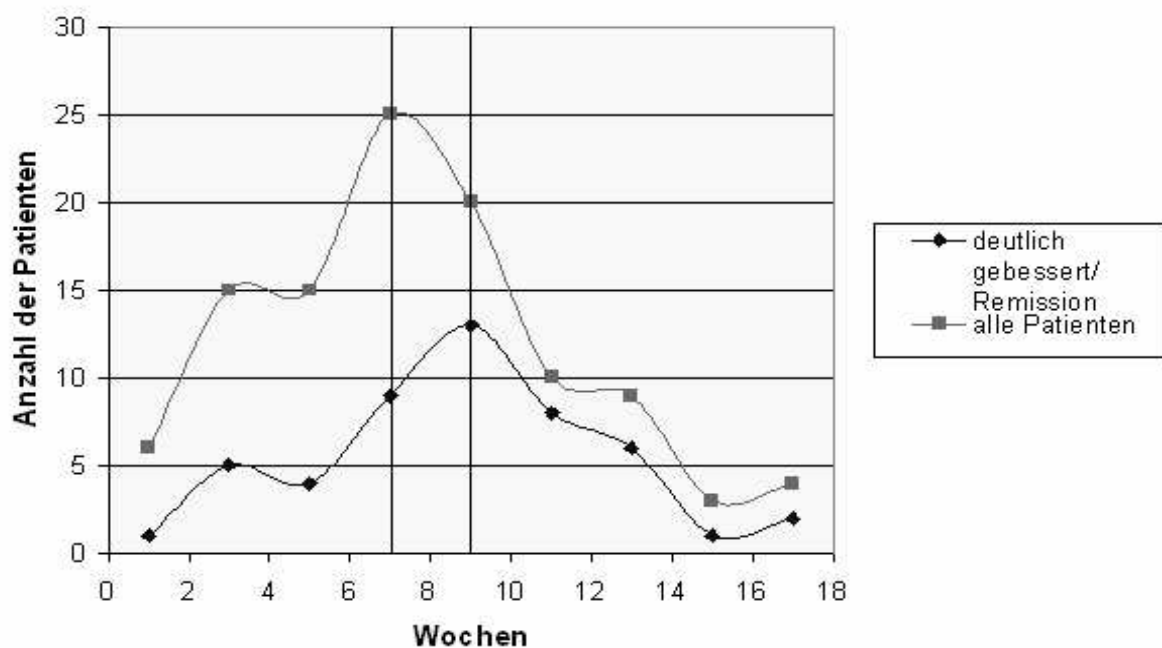


Abbildung 14: Vergleich der Aufenthaltsdauer von deutlich gebesserten und allen Patienten

Es ist ersichtlich, dass der Gipfel bei Patienten mit deutlich gebessertem Zustand zwischen 8 und 10 Wochen liegt und somit ein Zwei-Wochen-Intervall später als bei allen Patienten. Die Fläche zwischen den beiden Graphen drückt die Anzahl der Patienten aus, bei denen keine deutliche Besserung bzw. keine Remission erreicht werden konnte, d.h. alle übrigen Patienten mit schlechteren Behandlungsergebnissen. Diese Fläche ist bei einer Aufenthaltsdauer von weniger als 8 bis 10 Wochen relativ groß, d.h. viele Patienten, die kein sehr gutes Behandlungsergebnis erreichen konnten, fallen in diesen Bereich. Bei längeren Behandlungszeiten ist die von den beiden Graphen begrenzte Fläche ziemlich klein, d.h. ein Großteil der Patienten,

die länger als 10 Wochen behandelt wurden, konnten mit einem sehr guten Therapieergebnis entlassen werden.

Vergleicht man die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten mit einer deutlichen Besserung bzw. einer Remission ihres Zustandes mit der Zeit, die die übrigen Patienten durchschnittlich auf Station verbrachten, ergibt sich mit dem T-Test für unabhängige Stichproben, dass die Patienten signifikant länger stationär behandelt worden sind ($p < 0,05$), die mit einer deutlicheren Verbesserung ihres Zustandes rechnen konnten als die übrigen Patienten. Letztere befanden sich durchschnittlich 47,9 Tage ($s = 27,2$) bzw. 6,8 Wochen in stationärer Behandlung, die deutlich gebesserten Patienten hingegen 63,2 Tage ($s = 23,9$) bzw. 9,0 Wochen.

Betrachtet man die Behandlungsergebnisse der Patienten in Intervallen von jeweils zwei Wochen, lassen sich weitere Berechnungen durchführen.

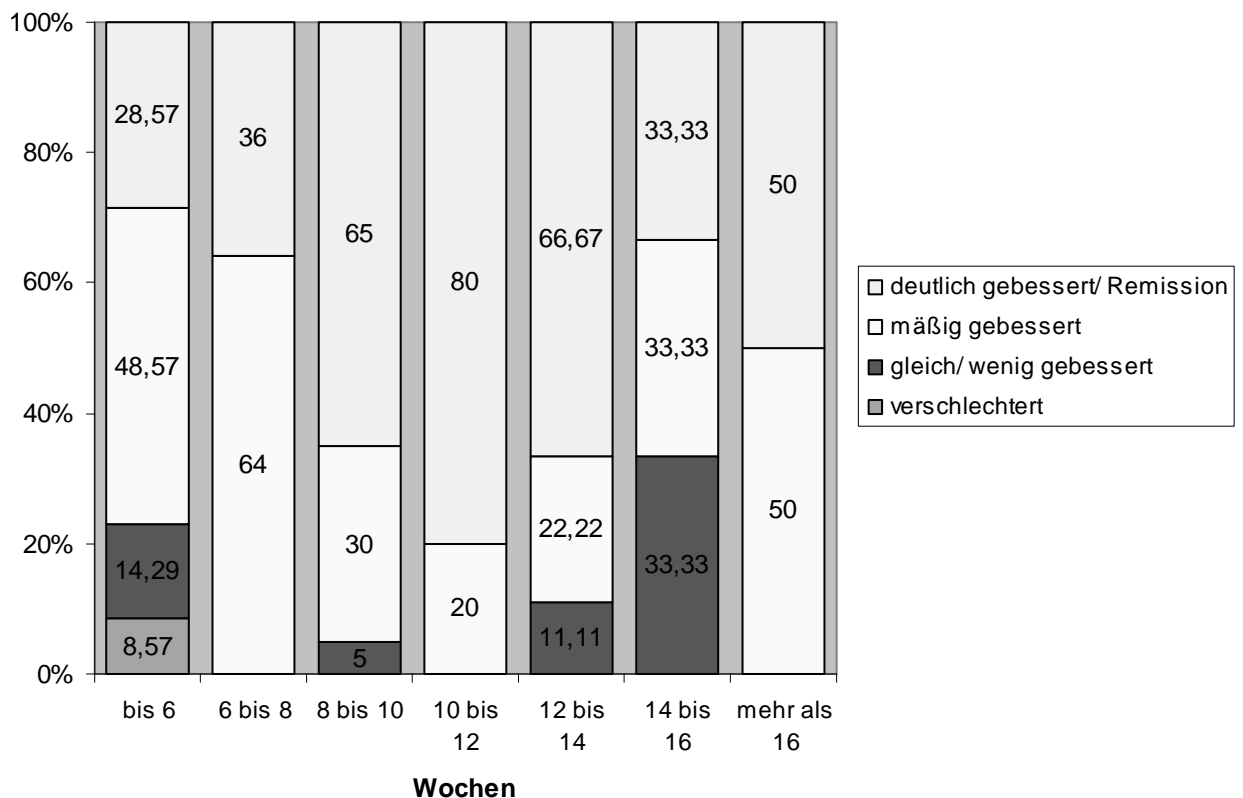


Abbildung 15: Behandlungsergebnis in verschiedenen Zeitintervallen der Behandlung

Die Patienten ($n = 10$), die 10 bis 12 Wochen stationär behandelt worden sind zeigten das beste Ergebnis: 80 % deutliche Besserung bzw. Remission; keine Verschlechterung. Die Patienten ($n = 25$) mit 6 bis 8 Wochen Aufenthaltsdauer besserten sich nur noch in einem

Anteil von 36 % deutlich. Mit kürzerer Behandlungsdauer nahm dieser Prozentsatz weiter ab. Bei den Patienten (n = 4), die mehr als 16 Wochen stationär behandelt wurden, geht der Anteil derer, die ein sehr gutes Behandlungsergebnis zeigten auf 50 % zurück; die anderen 50 % verbesserten sich mäßig. Es kam also zu keiner Verschlechterung. Der Zeitraum von 8 bis 14 Wochen zeigte sich als therapeutisch am günstigsten.

Exkurs 2: Vergleich von Patienten mit kurzer und langer Behandlungsdauer

Um mögliche Unterschiede der Patienten in Bezug auf die Behandlungsdauer hervorzuheben sollen Patienten mit kurzer und mit langer Behandlungsdauer noch gesondert betrachtet werden. Damit keine zu geringen Patientenzahlen für die jeweilige Gruppe entstehen, wurde die kurze Behandlungsdauer bei 10 bis 20 Tagen und die lange bei ≥ 90 Tagen festgelegt. Bei der kurzen Aufenthaltszeit auf Station sei daran erinnert, dass die Patienten, die weniger als 10 Tage in Behandlung waren, von der Stichprobe ausgeschlossen worden sind. Es ergeben sich zwei Gruppen mit 11 bzw. 13 Patienten.

Wie oben (siehe 6.2.2) gezeigt, haben die Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer der Patienten stark variiert. An dieser Stelle soll daher zunächst darauf eingegangen werden, wie sich das *Behandlungsergebnis* bei sehr kurzer und sehr langer Behandlungsdauer dargestellt hat.

Tabelle 13: Behandlungsergebnis bei Patienten mit kurzer und langer Behandlungsdauer

Behandlungsergebnis	kurze Behandlung		lange Behandlung		alle Patienten	
	n	%	n	%	n	%
deutlich gebessert/ Remission	1	9,1	8	61,5	49	45,8
mäßig gebessert	5	45,5	4	30,8	46	43,0
gleich/ wenig gebessert	2	18,2	1	7,7	8	7,5
verschlechtert	2	18,2	0	0,0	3	2,8
unklares Ergebnis	1	9,1	0	0,0	1	0,9
gesamt	11	100	13	100	107	100

Die Tabelle lässt erkennen, dass die Patienten, die eine sehr lange Behandlungszeit in Anspruch genommen haben, bessere Behandlungsergebnisse zeigten, als diejenigen, die sich nur für kurze Zeit in stationärer Psychotherapie befunden haben. Die Patienten mit einer Aufenthaltsdauer von 10 bis 20 Tagen konnten eine deutliche Besserung ihrer Beschwerden bzw. eine Remission nur in 9,1 % der Fälle erreichen. Eine mäßige Verbesserung konnte bei 45,5 %

festgestellt werden, ein gleich gebliebener oder nur wenig verbesserter Zustand bei 18,2 % und eine Verschlechterung bei ebenfalls 18,2 %. Waren die Patienten hingegen mindestens 90 Tage in Behandlung wurde eine deutliche Besserung der Krankheitsbilder bei 61,5 % dieser Patienten beschrieben. Weitere 30,8 % besserten sich mäßig und bei 7,7 % blieb die Störung konstant bzw. verbesserte sich geringfügig. Bei den Patienten mit langer Behandlungsdauer kam es bei keinem zu einer Verschlechterung des Zustandes.

Das durchschnittliche *Alter* der 11 Patienten, die nur kurz behandelt worden sind, lag bei 34,9 Jahren ($s = 15,4$), und lag damit im Mittel etwas höher als die länger behandelte Vergleichsgruppe, deren Altersmittelwert 31,3 Jahre ($s = 10,6$) betrug. Der Median hingegen lag bei Letzteren mit 28,0 Jahren im Vergleich zu 29,0 Jahren etwas tiefer. Die Spannweite des Alters der nur kurz Behandelten umfasste 36 Jahre (20 bis 56 Jahre), die der lange behandelten Patienten 38 Jahre (18 bis 56 Jahre). Der *Anteil der Frauen* lag in der Gruppe der Patienten, die nur kurz auf Station behandelt wurden bei 63,6 % ($n = 7$), bei den lange therapierten Mitpatienten noch höher, nämlich bei 69,2 % ($n = 9$). Der *Männeranteil* betrug 36,4 % ($n = 4$) bzw. 30,8 % ($n = 4$). Vergleicht man diese Werte mit dem Geschlechtsverhältnis in der gesamten regulären Stichprobe ($n = 107$), so ist zu sehen, dass der Frauenanteil dort (56,1 %) um einiges geringer war als in beiden untersuchten Gruppen.

Die Verteilung der *Hauptdiagnosen* zwischen den zwei Patientengruppen stellt sich folgendermaßen dar: Die prozentualen Anteile innerhalb der beiden Patientengruppen waren bei den Psychoneurosen (36,4 %; $n = 4$ vgl. mit 38,5 %; $n = 5$) und bei den posttraumatischen Störungen (27,3 %; $n = 3$ vgl. mit 23,1 %; $n = 3$) einigermaßen ähnlich. Die Differenzen bei den anderen Störungsbildern waren ausgeprägter: Persönlichkeitsstörungen waren bei den lange behandelten Patienten mit 23,1 % ($n = 3$) recht häufig, kamen hingegen innerhalb der Vergleichsgruppe nur bei 9,1 % ($n = 1$) vor. Reaktive Störungen wurden im Vergleich der beiden Gruppen nur bei denjenigen diagnostiziert, die sich mindestens 90 Tage in stationärer Behandlung befunden haben (15,4 %; $n = 2$), Verhaltensstörungen und sonstige Störungen nur bei den Patienten mit kurzer Behandlungsdauer (9,1; $n = 1$ bzw. 18,2 %; $n = 2$).

Als eine weitere Frage soll untersucht werden, ob zwischen den beiden Gruppen Unterschiede hinsichtlich des *Entlassungsmodus* bestanden haben, was bei Patienten mit stark divergierenden Aufenthaltszeiten nicht überraschen würde. Und in der Tat war es so, dass die Patienten, die nur kurz auf Station therapiert worden sind, lediglich in 63,3 % ($n = 7$) der Fälle regulär nach Hause entlassen wurden, was um einiges weniger war als bei den Patienten mit langer Behandlungszeit (84,6 %; $n = 11$) und der regulären Stichprobe (85,0 %; $n = 91$). Stattdessen fand sich bei ihnen ein Anteil von 27,3 % ($n = 3$), der sich selbst entlassen hat (im Sinne eines verzögerten Behandlungsabbruchs), was bei den Langzeitpatienten nicht vorgekommen ist. Die

restlichen Patienten wurden in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen. Eine Verlegung in die Psychiatrie oder in eine andere Klinik erfolgte bei keiner der beiden Extremgruppen.

Exkurs 3: Vergleich von Frühabbrechern und regulärer Stichprobe

Ergänzend zu oben soll nun noch ein Blick auf diejenigen Patienten geworfen werden, die von der regulären Stichprobe (n = 107) ausgeschlossen worden sind, da sie das Kriterium einer mindestens zehntägigen Behandlung nicht erfüllt haben. Diese 14 Patienten, die im Folgenden als „Frühabbrecher“ bezeichnet werden, sollen auf mögliche Unterschiede oder Ähnlichkeiten hin untersucht werden, die sich im Vergleich zur Stichprobe ergeben, die eigentlicher Gegenstand dieser Arbeit ist. Die Untersuchung soll sich u. a. mit dem durchschnittlichen Alter, dem Geschlecht, den verschiedenen Hauptdiagnosen und dem Strukturniveau befassen. Der Behandlungserfolg wurde, wie schon erwähnt, bei diesen Patienten nicht beurteilt.

Für die Frühabbrecher ergab sich ein *Altersmittelwert*, der bei 33,6 Jahren lag (s = 11,2), womit sie im Durchschnitt etwas jünger waren als die Patienten der regulären Stichprobe, die im Mittel 36,4 Jahre alt waren (s = 12,7). Der Median lag bei 28,0 bzw. bei 34,0 Jahren und ließ damit eine noch größere Differenz an Jahren erkennen als der Mittelwert. Die Spannweite des Alters lag bei den Frühabbrechern zwischen 19 und 54 Jahren, bei den Patienten, die mindestens zehn Tage lang behandelt wurden, umfasste sie einen größeren Bereich, nämlich von 18 bis 66 Jahre.

Von denen, die die Therapie in weniger als zehn Tagen beendeten, betrug der *Frauenanteil* 64,3 %, der *Männeranteil* 35,7 %. Es haben im betrachteten Zeitraum 5 Männer und 9 Frauen die stationäre Therapie verlassen. In dieser Gruppe war der Frauenanteil also etwas höher als in der regulären Stichprobe, wo er bei 56,1 % (n = 60) lag.

Unter den Patienten, die von der untersuchten Stichprobe ausgeschlossen wurden, lag der *Ausländeranteil* bei 14,3 % (n = 2) und damit nahe bei den 16,8 % (n = 18) der Stichprobe.

Ein Vergleich der *Hauptdiagnosen* bei Frühabbrechern und regulärer Stichprobe ergibt Folgendes: unter denen, die in weniger als zehn Tagen die untersuchte Station verlassen haben waren anteilmäßig weniger Patienten, die an Psychoneurosen erkrankt waren (28,6 %; n = 4) als in der regulären Stichprobe (43,9 %; n = 47). Ähnlich war der Anteil bei den Persönlichkeitsstörungen (21,4 %; n = 3 vgl. mit 22,4 %; n = 24), höher bei den somatoformen (21,4 %; n = 3 vgl. mit 13,1 %; n = 14) und sonstigen Störungen (7,1 %; n = 1 vgl. mit 3,7 %; n = 4). Der Anteil an Verhaltensstörungen lag mit 21,4 % (n = 3) bei den Frühabbrechern deutlich über

den 1,9 % (n = 2) der regulären Stichprobe. Bei den Frühabbrechern wurden keine posttraumatischen und reaktiven Störungen diagnostiziert.

Eine Borderlinepersönlichkeit wurde bei 28,6 % (n = 4) derjenigen festgestellt, die die Station frühzeitig verlassen haben. Dieser Anteil war höher als in der Stichprobe mit 13,1 % (n = 14).

Hinsichtlich des *Strukturniveaus* war der prozentuale Anteil der Patienten mit niedrigem Strukturniveau in der Gruppe der Frühabbrecher stärker ausgeprägt. Er betrug 28,6 % im Vergleich zu 6,5 % der regulär behandelten Patienten. Für das mittlere Strukturniveau ergibt sich in beiden Gruppen ein fast identischer Wert: 71,4 % bzw. 71,0 %. Weiter ist festzuhalten, dass unter den Frühabbrechern kein einziger Patient war, dessen Strukturniveau als hoch beurteilt werden konnte. In der dargestellten Stichprobe war dies immerhin bei 21,5 % der Fall.

6.2.3 Hauptdiagnosen

Die Behandlungsergebnisse sollen nun im Hinblick auf die Hauptdiagnose untersucht werden.

Tabelle 14: Behandlungsergebnis und Hauptdiagnose

Hauptdiagnose		Behandlungsergebnis					gesamt
		verschlechtert	gleich/wenig gebessert	mäßig gebessert	deutlich gebessert/Remission	unklares Ergebnis	
Psychoneurose	n	1	4	19	23	0	47
	%	2,1	8,5	40,4	48,9	0,0	100,0
Persönlichkeitsstörung	n	1	1	12	10	0	24
	%	4,2	4,2	50,0	41,7	0,0	100,0
somatoforme Störung	n	0	2	4	8	0	14
	%	0,0	14,3	28,6	57,1	0,0	100,0
PTSD	n	0	1	7	3	0	11
	%	0,0	9,1	63,6	27,3	0,0	100,0
reaktive Störung	n	0	0	1	4	0	5
	%	0,0	0,0	20,0	80,0	0,0	100,0
Verhaltensstörung	n	1	0	1	0	0	2
	%	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	100,0
sonstige	n	0	0	2	1	1	4
	%	0,0	0,0	50,0	25,0	25,0	100,0
gesamt	n	3	8	46	49	1	107
	%	2,8	7,5	43,0	45,8	0,9	100,00

Es ist zu sehen, dass die Behandlungsergebnisse, die bei Patienten mit Psychoneurose (n = 47) erzielt werden konnten, ähnlich denen waren, die durchschnittlich für alle Patienten erreicht worden sind. Geringfügig anders sah es bei den Patienten aus, die als Hauptdiagnose eine Persönlichkeitsstörung (n = 24) aufwiesen, wobei der Unterschied v.a. bei denen bestand, deren Zustand sich nicht bzw. nur wenig (4,2 %) oder mäßig gebessert hat (50,0 %). Deutlichere Unterschiede lagen bei den somatoformen (n = 14) und den posttraumatischen Störungen (n = 11) vor: bei ersteren wurde bei 57,1 % der Patienten eine deutliche Besserung des Befindens bzw. eine Remission festgestellt, mäßig gebessert hatten sich 28,6 %, gleich geblieben waren bzw. nur wenig gebessert hatten sich 14,3 % der Patienten mit somatoformen Störungen. Bei den PTSD-Patienten war hingegen das dominierende Behandlungsergebnis mit 63,6 % eine mäßige Besserung. Ein größerer Behandlungserfolg konnte nur bei 27,3 % dieser Patientengruppe erreicht werden. Die bei lediglich zwei Patienten diagnostizierte Verhaltensstörung besserte sich entweder nur mäßig oder verschlechterte sich; so dass dieses Krankheitsbild den schlechtesten Verlauf zeigte. Im Gegensatz dazu kam es bei denjenigen, die an einer reaktiven Störung litten (n = 5) bei vier Patienten zu einer deutlichen Besserung bzw. zur Remission und bei einem Patienten besserte sich der Zustand mäßig. Die Patienten mit reaktiven (v.a. somatopsychischen) Störungen stellten somit die Gruppe dar, die sich im Verlauf der stationären Therapie am besten entwickelte. Ebenfalls überdurchschnittlich verbessert zeigten sich Patienten mit somatoformen Störungen und mit Psychoneurosen.

Exkurs 4: Vergleich von Patienten mit und ohne posttraumatische Störung

Hinsichtlich der Diagnosen wird in knapper Form die posttraumatische Störung (n = 11) den anderen Diagnosen (n = 96) als Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Dabei muss allerdings erwähnt werden, dass hier zwei Gruppen mit stark unterschiedlichen Patientenzahlen miteinander verglichen werden.

Die Patienten, die auf Station wegen einer posttraumatischen Störung behandelt wurden, wiesen im Durchschnitt ein niedrigeres *Alter* auf als die übrigen Patienten (31,3 Jahre vgl. mit 37,0 Jahren). Der *Frauenanteil* lag bei ihnen mit 63,6 % höher als bei den Patienten ohne PTSD, bei denen er 55,2 % betrug. Die Mittelwerte der *Aufenthaltsdauer* zeigten eine nur sehr geringe Differenz zwischen beiden Gruppen. Beim *Behandlungsergebnis* war festzustellen, dass die Patienten ohne eine posttraumatische Störung im Laufe der stationären Behandlung häufiger eine deutliche Verbesserung ihrer Beschwerden bzw. eine Remission erreichen konnten (47,9 %) als dies bei den Traumatisierten der Fall war (27,3 %). Als *Therapieempfehlung*

für die Zeit nach der stationären Behandlung wurde den Patienten beider Gruppen überwiegend eine psychoanalytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen. Eine Empfehlung zu einer Verhaltenstherapie wurde den nicht-traumatisierten Patienten häufiger gegeben (25,0 % vgl. mit 18,2 %), keine Therapieempfehlung bzw. eine Verlegung kam bei den Patienten mit PTSD öfter vor (18,2 % vgl. mit 8,3 %). Zum *Entlassungsmodus* ist noch zu sagen, dass sich die traumatisierten Patienten in einem höheren Prozentsatz selbst entließen (18,2 %) als Patienten ohne posttraumatischer Störung (5,2 %); sie wurden seltener (63,6 %) regulär nach Hause entlassen als die nicht-traumatisierte Vergleichsgruppe (87,5 %).

6.2.4 Strukturniveau

Im Folgenden wird das Strukturniveau der Patienten im Hinblick auf das Ergebnis der stationären psychoanalytischen Psychotherapie untersucht.

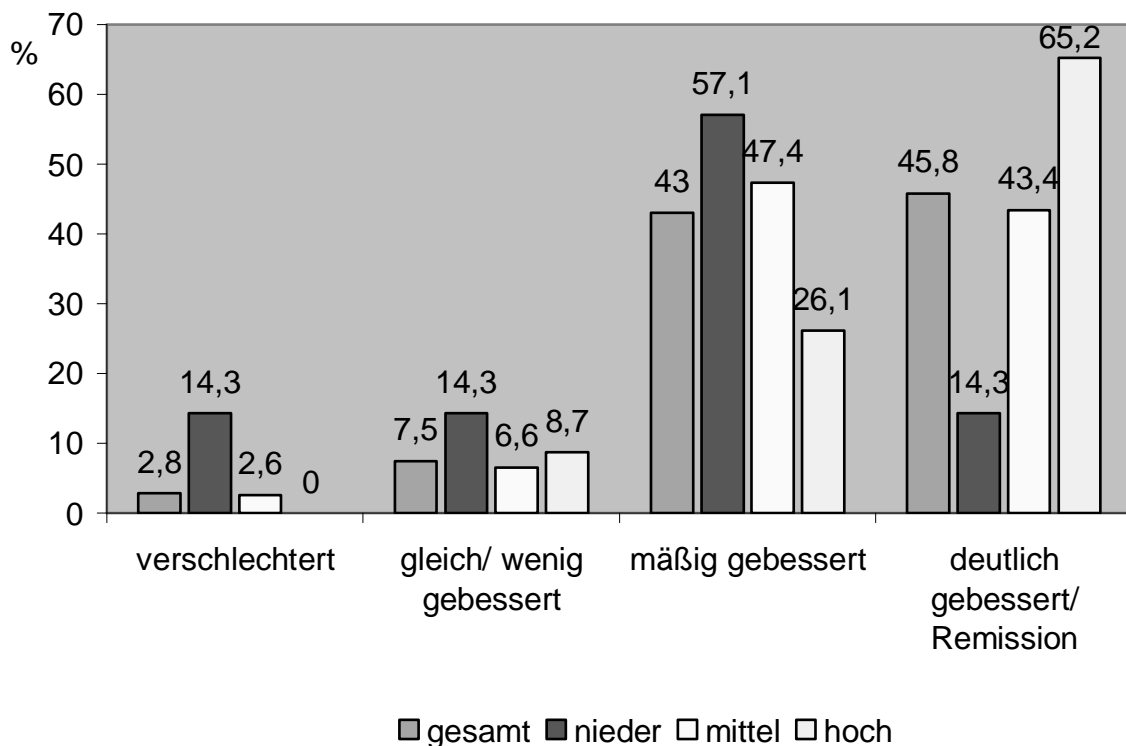


Abbildung 16: Behandlungsergebnis und Strukturniveau

Die Abbildung zeigt, dass das Behandlungsergebnis bei Patienten mit mittlerem Strukturniveau (n = 76) dem Ergebnis aller Patienten ähnlich war oder nur geringe Unterschiede zeigte:

es kam bei 43,4 % (n = 33) der Behandelten zu einer deutlichen Verbesserung bzw. zur Remission (gesamt: 45,8 %; n = 49), bei 47,4 % (n = 36) zu einer mäßigen (gesamt: 43,0 %; n = 46) und bei 6,6 % (n = 5) zu keiner bzw. einer geringen Besserung der Beschwerden (gesamt: 7,5 %; n = 8). Verschlechtert haben sich 2,6 % (n = 2) der Patienten mit mittlerem Strukturniveau (gesamt: 2,8 %; n = 3).

Größere Unterschiede im Vergleich mit allen Patienten ergaben sich hingegen bei denjenigen, die ein niederes (n = 7) oder ein hohes (n = 23) Strukturniveau aufgewiesen haben. Bei den Patienten mit niedrigem Strukturniveau fand sich bei einem Anteil von nur 14,3 % (n = 1) eine deutliche Besserung bzw. eine Remission, wohingegen dies bei fast zwei Dritteln (65,2 %; n = 15) der Patienten mit hohem Strukturniveau der Fall war. Bei mäßiger Besserung des Gesundheitszustandes war es umgekehrt: dies konnte bei 57,1 % (n = 4) der Patienten mit niedrigerem und bei 26,1 % (n = 6) der Patienten mit hohem Strukturniveau festgestellt werden. Desweiteren hat sich bei Letzteren ein Anteil von 8,7 % (n = 2) nicht oder nur wenig gebessert, bei den Patienten mit niedriger Struktur waren es 14,3 % (n = 1), was in dieser Gruppe ebenso viele waren, wie die, deren Zustand sich verschlechtert hat. Im Gegensatz dazu hat sich bei den Patienten mit hohem Strukturniveau kein Patient verschlechtert.

Exkurs 5: Vergleich von Patienten mit niedrigem und hohem Strukturniveau

Da festgestellt werden konnte, dass es im Hinblick auf das Behandlungsergebnis größere Unterschiede zwischen Patienten mit niedrigem (n = 7) und hohem Strukturniveau (n = 23) gab, sollen im folgenden Abschnitt weitere Parameter untersucht werden.

Bei den Patientengruppen „niedriges und hohes Strukturniveau“ konnte bei den Mittelwerten der *Aufenthaltsdauer* mit dem T-Test für unabhängige Stichproben ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p < 0,05$). Die Patienten mit niedrigem Strukturniveau blieben im Durchschnitt 32,3 Tage und damit erheblich kürzer in stationärer Behandlung als die hoch strukturierten Patienten (60,7 Tage). Hinsichtlich der *Diagnose* kann festgehalten werden, dass sämtliche Patienten mit niedrigem Strukturniveau wegen einer Persönlichkeitsstörung in Therapie waren, und dass sie eine Borderlinepersönlichkeit aufwiesen, wohingegen dieses Störungsbild bei den hoch strukturierten Patienten nicht diagnostiziert wurde. Die *Behandlungsergebnisse* der Patienten mit niedrigem und hohem Strukturniveau waren deutlich verschieden. Beispielsweise konnten letztere mit anteilmäßig 65,2 % eine deutliche Besserung ihres Zustandes bzw. eine Remission erreichen, erstere nur mit 14,3 %. Die *Entlassung* erfolgte bei den höher strukturierten Patienten zu einem höheren Anteil regulär nach Hause (87,0 %) als dies bei den nieder strukturierten Patienten der Fall war. Als *Therapieempfehlung* für die

Folgezeit der stationären Behandlung wurde in beiden Gruppen am häufigsten eine psychoanalytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen, wenngleich auch die Anteile unterschiedlich ausfielen: bei den Patienten mit niedrigem Strukturniveau 57,1 %, bei denjenigen mit hohem Niveau 78,3 %.

6.2.5 Zugangs- und Entlassungsmodus

Untersucht man den Zusammenhang zwischen den Zugangswegen der Patienten und dem Ergebnis der stationären Behandlung, ergibt sich das folgende Bild.

Tabelle 15: Behandlungsergebnis und Zugangsmodus

Zugangsmodus		Behandlungsergebnis					gesamt
		verschlechtert	gleich/wenig gebessert	mäßig gebessert	deutlich gebessert/Remission	unklares Ergebnis	
von außerhalb/ambulant	n	2	2	21	30	1	56
	%	3,6	3,6	37,5	53,6	1,8	100,0
aus psychiatr. Ambulanz	n	1	1	2	4	0	8
	%	12,5	12,5	25,0	50,0	0,0	100,0
aus psychiatr. Station	n	0	4	18	11	0	33
	%	0,0	12,1	54,5	33,3	0,0	100,0
aus anderer Klinik	n	0	1	5	4	0	10
	%	0,0	10,0	50,0	40,0	0,0	100,0
gesamt	n	3	8	46	49	1	107
	%	2,8	7,5	43,0	45,8	0,9	100,0

Es ist zu erkennen, dass sowohl beim ambulanten Zugang als auch beim Zugangsweg von der psychiatrischen Ambulanz jeweils die meisten Patienten eine deutliche Besserung der Beschwerden bzw. eine Remission erreichen konnten (53,6 % bzw. 50 %). Dem folgte eine mäßige Besserung mit 37,5 % bzw. 25,0 % . Im Gegensatz dazu war es hinsichtlich der Verteilung beim Zugangsweg von einer psychiatrischen Station oder von einer anderen Klinik genau andersrum. Bei diesen beiden Möglichkeiten des Zugangs zur Station ließ sich für die überwiegende Zahl der Patienten lediglich eine mäßige Besserung als Behandlungsergebnis festhalten (54,5 % bzw. 50,0 %); eine deutliche Besserung war beim Zugang von einer psy-

chiatrischen Station bei 33 % und bei denjenigen, die von einer anderen Klinik kamen bei 40 % festzustellen.

Will man die verschiedenen Entlassungswege im Hinblick auf das Behandlungsergebnis untersuchen, ist zu allererst festzuhalten, dass der überwiegende Teil der Patienten (91 von 107) regulär nach Hause entlassen worden ist, was dazu geführt hat, dass sich auf die anderen vier möglichen Entlassungswege nur eine geringe Zahl an Patienten verteilt hat, weswegen eine nur bedingte Aussagekraft gegeben ist. Es soll daher –nach einem tabellarischen Überblick– nur kurz darauf eingegangen werden.

Tabelle 16: Behandlungsergebnis und Entlassungsmodus

Entlassungsmodus		Behandlungsergebnis					gesamt
		verschlechtert	gleich/wenig gebessert	mäßig gebessert	deutlich gebessert/Remission	unklares Ergebnis Verlauf	
regulär nach Hause	n	1	4	38	48	0	91
	%	1,1	4,4	41,8	52,7	0,0	100,0
Selbstentlassung	n	1	2	3	0	1	7
	%	14,3	28,6	42,9	0,0	14,3	100,0
Verlegung in Psychiatrie	n	1	2	0	0	0	3
	%	33,3	66,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Verlegung in andere Klinik	n	0	0	2	0	0	2
	%	0,0	0,0	100	0,0	0,0	100,0
therapeutische WG	n	0	0	3	1	0	4
	%	0,0	0,0	75,0	25,0	0,0	100,0
gesamt	n	3	8	46	49	1	107
	%	2,8	7,5	43,0	45,8	0,9	100,0

Von den Patienten, die regulär nach Hause entlassen worden sind, wurde bei einem höheren prozentualen Anteil eine deutliche Besserung bzw. eine Remission erreicht (52,7 %) als bei allen Patienten (45,8 %). Was ebenfalls nicht überrascht, ist, dass sich bei allen drei Patienten, die in die Psychiatrie verlegt worden sind der Zustand nach der stationären Psychotherapie entweder verschlechtert hat (33 %) oder gleich geblieben ist bzw. sich nur wenig gebessert hat (66 %). Das Befinden der Patienten, die in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen wurden, hat sich im Laufe der Therapie mäßig (75 %) oder deutlich gebessert bzw. es kam zur Remission (25 %).

6.2.6 Psychopharmakologische Zusatzbehandlung

Bei der Betrachtung der psychopharmakologischen Behandlung der Patienten im Hinblick auf das Behandlungsergebnis, soll zwischen zwei Zeitpunkten unterschieden werden: bei Beginn und am Ende der stationären Behandlung.

Tabelle 17: Behandlungsergebnis und psychopharmakologische Mitbehandlung zu Beginn der stationären Psychotherapie

Psycho- pharmaka zu Beginn		Behandlungsergebnis					gesamt
		ver- schlech- tert	gleich/ wenig gebessert	mäßig gebessert	deutlich gebessert/ Remission	unklares Ergebnis	
keine	n	0	4	17	21	1	43
	%	0,0	9,3	39,5	48,8	2,3	100,0
Fortführung wie bisher	n	1	1	19	14	0	35
	%	2,9	2,9	54,3	40,0	0,0	100,0
Neu- verordnung	n	2	2	8	11	0	23
	%	8,7	8,7	34,8	47,8	0,0	100,0
Absetzung	n	0	1	2	3	0	6
	%	0,0	16,7	33,3	50,0	0,0	100,0
gesamt	n	3	8	46	49	1	107
	%	2,8	7,5	43,0	45,8	0,9	100,0

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass sich von den Patienten, die von Anfang an keine Psychopharmaka einnahmen, der Gesundheitszustand geringfügig stärker gebessert hat als bei allen Behandelten. Es kam bei 48,8 % zu einer deutlichen Besserung bzw. zur Remission. Die Patienten, die anfangs neue Psychopharmaka verordnet bekamen, lagen mit 47,8 % bei diesem guten Behandlungsergebnis ebenfalls etwas über dem Gesamtwert der Stichprobe, wiesen jedoch mit 8,7 % im Vergleich zu 2,8 % einen deutlich höheren Anteil an Patienten auf, die sich im Laufe der stationären Therapie verschlechtert hatten. Bei den Patienten, bei denen eine schon zuvor durchgeführte Therapie mit Psychopharmaka zunächst unverändert weitergeführt worden ist, war der Anteil am größten, der auf die Behandelten mit einem mäßigen Therapieergebnis entfiel (54,3 %). Von den 6 Patienten, deren Medikamente abgesetzt worden sind, hat sich die Hälfte deutlich verbessert bzw. es kam zur Remission.

Untersucht man nun das Behandlungsergebnis im Zusammenhang damit, ob die Patienten mit oder ohne Psychopharmaka entlassen worden sind, so ergibt sich das folgende Bild.

Tabelle 18: Behandlungsergebnis und Psychopharmaka bei Entlassung

Psychophar- maka bei Entlassung		Behandlungsergebnis					gesamt
		ver- schlech- tert	gleich/ wenig gebessert	mäßig gebessert	deutlich gebessert/ Remission	unklares Ergebnis	
nein	n	1	4	20	27	1	53
	%	1,9	7,5	37,7	50,9	1,9	100,0
ja	n	2	4	26	22	0	54
	%	3,7	7,4	48,1	40,7	0,0	100,0
gesamt	n	3	8	46	49	1	107
	%	2,8	7,5	43,0	45,8	0,9	100,0

Man sieht, dass sich zwischen den beiden Tabellen Unterschiede im Outcome v.a. in den Punkten „deutlich gebessert/ Remission“ und „mäßig gebessert“ ergeben haben. Die Patienten, die am Ende der stationären Behandlung ohne Psychopharmaka entlassen wurden, zeigten mit 50,9 % ein besseres Behandlungsergebnis als die Patienten, die zu diesem Zeitpunkt Psychopharmaka verordnet bekamen (40,7 %). Die mäßige Besserung überwog bei Letzteren mit 48,1 % im Vergleich zu 37,7 %. Das Ergebnis erscheint plausibel, weil bei Patienten mit gebessertem Entlassungsbefund eine Psychopharmakatherapie nicht so oft notwendig war.

6.2.7 Zusammenfassung

Bei der Untersuchung verschiedener Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis konnte festgestellt werden, dass Patienten, deren Gesundheitszustand sich während der stationären psychoanalytischen Psychotherapie deutlich verbessert hatte, im Durchschnitt ein *Alter* von 34,9 Jahren aufwiesen. Die günstigsten Behandlungsergebnisse konnten bei den 21- bis 40-jährigen erzielt werden. Die sehr Jungen sowie die Älteren entwickelten sich dagegen deutlich schlechter.

Hinsichtlich der *Geschlechter* gab es keine großen Auffälligkeiten. Es war lediglich festzustellen, dass die weiblichen Patienten insgesamt ein etwas besseres Behandlungsergebnis zeigten als die männlichen.

Auffälliger waren hingegen die Differenzen zwischen *ausländischen und deutschen Patienten*. Ein sehr gutes Behandlungsergebnis hatten deutlich mehr deutsche Patienten, wobei sie aber auch länger behandelt worden waren und häufiger an Persönlichkeitsstörungen erkrankt waren als die ausländischen Mitpatienten. Die nach deutlich kürzerer Behandlungszeit mit überwiegend nur mäßig gebessertem Zustand entlassenen Ausländer, litten häufiger an posttraumatischen Störungen. Der Unterschied im Behandlungsergebnis von ausländischen und deutschen Patienten konnte zwischen denjenigen, die sich deutlich verbesserten und denen, die sich nur mäßig verbesserten, mit dem Chi²-Test als signifikant ausgewiesen werden.

Weiter wurde festgestellt, dass bessere Behandlungsergebnisse eher bei Patienten mit einer durchschnittlich längeren *Aufenthaltsdauer* zu finden waren als bei denjenigen mit einer kürzeren. Als therapeutisch am günstigsten erwies sich ein Behandlungszeitraum von 8 bis 14 Wochen. Die Patienten mit sehr gutem Behandlungsergebnis waren signifikant länger in Behandlung als die übrigen Patienten. Auch Patienten mit vergleichsweise sehr langer Behandlungsdauer konnten von der stationären Behandlung profitieren.

Besonders günstige Behandlungsergebnisse waren bezüglich der *Hauptdiagnosen* bei den reaktiven (v.a. somatopsychischen) Störungen zu finden. Ebenfalls überdurchschnittlich hinsichtlich einer deutlichen Verbesserung zeigten sich Patienten mit somatoformen Störungen und mit Psychoneurosen. Ungünstiger -im Sinne eines unterdurchschnittlichen Anteils an deutlich gebesserten Patienten- waren die Ergebnisse bei Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen und sonstigen Störungen. Am ungünstigsten entwickelten sich Patienten mit Verhaltensstörungen

Im Hinblick auf das *Strukturniveau* zeigte sich, dass das Outcome bei den hochstrukturierten Patienten deutlich besser war als bei Niederstrukturierten. Patienten mit mittlerem Strukturniveau zeigten eine durchschnittliche Ergebnisverteilung.

Überwiegend sehr gute Behandlungsergebnisse konnten bei Patienten erzielt werden, bei denen die *Aufnahme* über Praxen niedergelassener Ärzte bzw. über die psychiatrische Ambulanz erfolgte. Ungünstiger waren die Ergebnisse bei den Patienten, die von einer psychiatrischen Station oder von einer anderen Klinik zuverlegt wurden.

Von den Patienten, die im Anschluss an die stationäre Therapie regulär nach Hause *entlassen* worden waren, hatte sich der Großteil deutlich verbessert bzw. eine Remission erreicht. Dies war nicht der Fall bei Patienten, die in die Psychiatrie verlegt worden waren: sie zeigten im Vergleich das schlechteste Behandlungsergebnis.

Das Behandlungsergebnis hing nicht wesentlich davon ab, ob die Patienten zu Beginn der stationären Therapie mit *Psychopharmaka* behandelt worden waren oder nicht. Am auffälligsten

war lediglich, dass es bei einem höheren Anteil der Patienten zu einer Verschlechterung gekommen war, bei denen Medikamente neu verordnet worden waren. Nach Ablauf der stationären Behandlung lag ein besseres Behandlungsergebnis (mit einem höheren Anteil an Patienten, die ein sehr gutes Therapieergebnis aufwiesen) bei den Patienten vor, die zu diesem Zeitpunkt keine Psychopharmaka mehr einnehmen mussten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich für das Behandlungsergebnis prognostisch eher positiv ausgewirkt hat, wenn die Patienten aus ambulanten Einrichtungen kamen, zwischen 21 und 40 Jahre alt, weiblich und deutscher Herkunft waren und bei hohem Strukturniveau wegen reaktiven Störungen für 8 bis 14 Wochen mit stationärer psychoanalytischer Psychotherapie behandelt worden waren.

7 Diskussion

Aus Gründen der Vergleichbarkeit soll bei der Diskussion der Ergebnisse vor allem auf diejenige Literatur Bezug genommen werden, die von ähnlichen therapeutischen und institutionellen Bedingungen ausgeht, wie unsere Studie. Es handelt sich dabei um eine psychodynamische stationäre Psychotherapie mit integrativem Ansatz in einem Haus der Akutversorgung bzw. innerhalb einer Psychiatrischen Klinik. Die vielfältige Literatur über rehabilitative Einrichtungen wird von uns hier nur am Rande zitiert.

7.1 Methode

Da die der Arbeit zugrunde liegenden Daten rückwirkend durch Aktenanalyse von routinemäßig erfassten Patientendaten gewonnen wurden und weil es sich damit um eine retrospektive Studie handelt, ergeben sich einige methodische Kritikpunkte. Durch das vorliegende Studiendesign war es u.a. nicht möglich, bestimmte, während der Durchführung der Arbeit auftretende zusätzliche Fragestellungen, die durch das vorhandene Aktenmaterial unbeantwortet bleiben müssen, durch ergänzend angefügte Fragebögen, Untersuchungen etc. zu klären. Beispielsweise wäre parallel zur Therapeuteneinschätzung des Behandlungserfolges auch die Bewertung ihres Zustandes durch die Patienten selbst von Interesse gewesen, um eventuelle Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung aufzuzeigen. Diese zweiseitige Beurteilung fordert Schulte (1993) sogar als Kriterium zur Messung des Therapieerfolges. Weimer (2001) legt aber in seiner Arbeit dar, dass eine hohe Übereinstimmung der Bewertung der Therapieeffektivität zwischen Patienten und Therapeuten besteht; wobei zu erwähnen ist, dass an der Erfolgseinschätzung in der zitierten Studie viele Mitglieder des therapeutischen Teams beteiligt waren.

Aufschlussreich für eine Verlaufsbeschreibung des Behandlungserfolgs und die damit einhergehende Möglichkeit einer prognostischen Aussage wäre eine Katamnese nach beispielsweise einem oder nach drei Jahren gewesen. Schlüsse über die weitere Entwicklung des Patientenstatus nach Beendigung der stationären Psychotherapie bzw. der Nachweis einer Stabilisierung der Behandelten sind daher durch die vorliegende Untersuchung nicht möglich. Andere zu diesem Thema durchgeführte Studien deuten aber eine weitgehende Konstanz der Behandlungsergebnisse hin. Beispielsweise zeigte Sandweg et al. (1991), dass der Therapie-

erfolg in den Katamnesezeiträumen von einem und drei Jahren relativ stabil blieb und Bassler (1994), dass positive Veränderungen die durch die stationäre Psychotherapie erreicht wurden sowohl 6 Wochen nach Abschluss der stationären Behandlung als auch bei der Katamnese nach einem Jahr bestehen geblieben waren.

Weiterhin ist die Anzahl der Patienten, die in die Stichprobe aufgenommen worden sind, kritisch zu betrachten, v.a. da bei der Untersuchung hinsichtlich bestimmter Fragestellungen und mancher Gruppenvergleiche teilweise eine sehr geringe Zellbesetzung von nur wenigen Probanden bestanden hat, so dass die Aussagekraft gelegentlich begrenzt ist.

7.2 Soziodemographische Daten

Das in der vorliegenden Arbeit untersuchte Patienten Klientel entspricht hinsichtlich des durchschnittlichen Alters (36,4 Jahre) weitgehend Angaben in der Literatur. Dies gilt beispielsweise für die ebenfalls in einer psychiatrischen Klinik beheimatete, psychodynamisch arbeitende Psychotherapiestation der Universitätsklinik Heidelberg (33,3 Jahre bei Bürgy et al. 2002) und für andere psychodynamisch orientierte Behandlungsmodelle aus dem Bereich der Akutversorgung (z.B. 34,0 Jahre bei Bassler 1994, 39,7 Jahre bei Junge et al. 1996). Lediglich für stationäre psychoanalytische Psychotherapie im Rehabilitationsbereich ergeben sich höhere durchschnittliche Altersmittelwerte (z.B. 41,2 Jahre bei Sandweg et al. 1991), was sich u.a. aus der Tatsache erklären ließe, dass in einer Rehabilitationsklinik überwiegend Rentenversicherungsträger behandelt werden, bei denen eine zunehmende berufliche Erschöpfung mit einem latenten Rentenwunsch verbunden ist, ohne dass ein echtes Psychotherapiebedürfnis vorliegt (vgl. Sandweg et al. 1991). Die Erschöpfung und der Rentenwunsch steigen mit zunehmendem Alter, so dass sich dies im höheren Alter der Patienten im Rehabilitationsbereich widerspiegelt. In die gleiche Richtung weist eine Studie aus dem gleichen Jahr, die ebenfalls an einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wurde. Es wird davon berichtet, dass die dominierende Altersgruppe mit 31 % die 41- 50 Jährigen waren und weitere 16,2 % ein Alter zwischen 51 und 60 Jahren aufwiesen (Schmidt 1991).

Im Gegensatz dazu sieht die Altersverteilung in den Studien aus dem Bereich der Akutversorgung, falls überhaupt näher darauf eingegangen wird, gelegentlich anders aus: bei Bräutigam et al. (1990) stammten mit Abstand die meisten Patienten aus der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen (62,1 %), bei Strauß et al. (1994) waren 58 % zwischen 20 und 30 Jahre alt. Ältere Patienten waren in beiden Studien eher selten. Der Anteil der über 40-Jährigen lag bei nur 4,4

% bzw. bei 3 %. In der hier untersuchten Stichprobe dominierten zwar auch die jüngeren Patienten mit 29 %, die Altersverteilung erstreckte sich aber auch auf ältere Jahrgänge. Die größte Gruppe bildeten mit 29 % die 21- bis 30-Jährigen. Es waren aber auch die Patienten mit über 50 Jahren mit einem Anteil von rund 19 % vertreten. Ähnlich wie auf der hier untersuchten Station war das Patientengut in einer Studie zur stationären psychoanalytischen Psychotherapie der Klinik für Psychosomatische Medizin der Universität Mainz hinsichtlich der Altersverteilung charakterisiert (Bassler 1994): 37,6 % waren zwischen 20 und 30 Jahre alt, 22 % mindestens 50 Jahre. Es sei aber noch kritisch erwähnt, dass die genaue Altersverteilung in einigen Studien nicht explizit aufgeschlüsselt wurde, so dass nicht genau gesagt werden kann, wie deckungsgleich unsere Studie hinsichtlich dieses Punktes mit dem Gros der Forschung ist. Dies kann lediglich vom Altersmittelwert ausgesagt werden.

In der oben zitierten Studie von Sandweg et al. (1991) tritt noch eine andere, zuvor nicht beschriebene Auffälligkeit zutage: im Gegensatz zum Geschlechterverhältnis in den jüngeren Altersgruppen, bei denen der Anteil der weiblichen Patienten deutlich überwog, nahmen die männlichen Patienten zwischen 50 und 60 Jahren in gleichem Maße Heilbehandlungen in Anspruch wie die Frauen. Eine ebenfalls an einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung durchgeführten Studie aus dem gleichen Jahr berichtet sogar davon, dass ein höherer Prozentsatz der therapierten Männer über 40 Jahre alt war als dies bei den weiblichen Patienten der Fall war (Schmidt 1991). Ähnliches wurde bei der Betrachtung der Altersverteilung des Patientenlientels der vorliegenden Arbeit beobachtet. Auch hier verteilte sich die Mehrzahl der weiblichen Patienten auf die jüngeren Altersgruppen, wohingegen es bei den männlichen Patienten so war, dass diejenigen, die aus der Gruppe der 51- bis 55-Jährigen stammten, mit 14,9 % die anteilmäßig größte Altersgruppe ausmachten und dass in der Gruppe der 56- bis 60-Jährigen immerhin rund 13 % aller männlichen Patienten vertreten waren. Der Anteil der Frauen dieses Alters war ziemlich niedrig.

Zu diesem Ungleichgewicht zwischen Männern und Frauen machen sich Sandweg et al. (1991) u.a. folgende Überlegungen: Zum einen ist es möglicherweise so, dass in einigen der bisherigen Studien nur jüngere Patienten mit einbezogen worden sind, so dass diese Auffälligkeit der höheren Altersgruppen bislang unentdeckt blieb, zum anderen könnte es sein, dass ein der gesellschaftlichen Rolle konformes Abwehrverhalten der Männer gegenüber Psychotherapie etwa um die Altersgrenze von 50 Jahre zusammenbricht und deswegen der Männeranteil in den höheren Altersgruppen ausgeprägter ist als bei den weiblichen Patienten.

Wie eingangs erwähnt, war das durchschnittliche Alter unseres Patientenlientels ähnlich dem anderer Untersuchungen. Anders hat es hingegen beim Geschlechterverhältnis ausgesehen.

Zwar ist es auch in der vorliegenden Untersuchung so, dass der Anteil der Frauen mit 56,1 % größer ausfiel als der Männeranteil, aber damit trotzdem kleiner war als in der Literatur überwiegend angegeben. Die Daten relevanter Studien schwanken hierzu zwischen 60,7 % Frauenanteil bei Bassler (1994) und 68,9 % bei Junge und Ahrens (1996). Lediglich bei Strauß et al. (1994) liegt ebenfalls ein eher niedriger Prozentsatz von 58,0 % vor. Im Schnitt ergibt sich über die Studien hinweg ein Anteil von etwa knapp zwei Drittel an weiblichen Patienten. Die Geschlechterverteilung der vorliegenden Arbeit könnte u.a. von den räumlichen Gegebenheiten der untersuchten Station beeinflusst worden sein: für die Patienten stehen drei Zimmer mit jeweils vier Betten zur Verfügung; so dass es nicht immer leicht zu entscheiden ist, ob zwei der drei Zimmer mit weiblichen oder männlichen Patienten belegt werden sollen. Eine gelegentliche Entscheidung zugunsten der Männer wirkt sich –weil dies jeweils ein plus von vier Patienten pro Zimmer bedeutet- auf längere Sicht prozentual relativ stark auf die Geschlechterverteilung aus.

Die einzige Untersuchung, die sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung deutlich von den anderen unterscheidet, ist die Studie über verhaltenstherapeutische Rehabilitation von Zielke (1993), in die ein größerer Anteil an Männern aufgenommen worden ist (52,7 %). Vielleicht tendieren viele Männer aufgrund des zugrundeliegenden Konzeptes eher zur Verhaltenstherapie. Auch bei uns wurde nach Beendigung der stationären Psychotherapie einem weitaus höheren Anteil an Männern eine Verhaltenstherapie als Anschlussbehandlung empfohlen als den weiblichen Patienten (31,9 % vgl. mit 18,3 %).

Eine weitere Auffälligkeit beim Literaturvergleich ist dort die beinahe gänzlich fehlende Berücksichtigung ausländischer Patienten. Entweder wurde diese Patientengruppe bei der Auswertung nicht gesondert erfasst oder es gab in den bisherigen Studien fast nur rein deutsche Stichproben. Die einzige Ausnahme ist die Studie von Bassler (1994), bei der ein Ausländeranteil von lediglich 3,1 % (und 0,7 % ohne Angaben über die Herkunft) ausgewiesen wird. Der Anteil an ausländischen Patienten in der vorliegenden Studie beträgt immerhin 16,8 % und weist einige Besonderheiten auf, die weiter unten diskutiert werden sollen.

7.3 Krankheitsbezogene Merkmale

Möchte man verschiedene Studien hinsichtlich der Diagnosen miteinander vergleichen, stößt man zunächst auf die Schwierigkeit einer teilweise stark voneinander abweichenden Klassifikation. Daher wurde versucht, die Diagnosen der anderen Studien –so weit wie möglich- auf

eine Weise zusammenzufassen, die zumindest einen partiellen Vergleich mit den Hauptdiagnosen unserer Untersuchung erlaubt. Ein Vergleich und eine klare Aussage sind weiterhin auch dadurch teilweise erschwert, dass in manchen Untersuchungen zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden wurde, in anderen aber sämtliche Diagnosen ohne weitere Abstufung erfasst worden sind.

Beim Vergleich zwischen den verschiedenen Studien stößt man auf einige Gemeinsamkeiten, jedoch auch auf gravierende Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der behandelten Störungen. Die wesentliche Gemeinsamkeit bei der Mehrzahl der Untersuchungen ist, dass die am häufigsten festgestellte Hauptdiagnose eine Psychoneurose darstellte. Dies war sowohl bei psychodynamisch orientierten Krankenhäusern der Akutversorgung, sowie in den psychodynamischen Rehabilitationseinrichtungen der Fall. Die Untersuchungen von Bassler (1994), Junge und Ahrens (1996) und Franz et al. (2000), die zu ersteren zählen, nennen diese Diagnose in rund 50 oder mehr Prozent. In den Studien über Rehabilitationskliniken (Sandweg et al. 1991, Schmidt 1991) werden Psychoneurosen ebenfalls am häufigsten ausgewiesen, wobei dieser hohe Anteil beispielsweise bei Schmidt (1991) überwiegend durch depressive Störungen zustande kam. In unserer Untersuchung ergab sich für die Psychoneurosen ein Anteil von 43,9 %, womit sie auch bei unserem Patientenkontext die am häufigsten diagnostizierte Störung ausmachte. Am stärksten von den mir vorliegenden Studien weicht sonderbarerweise die Untersuchung von Bürgy et al. (2002) ab, obwohl sie hinsichtlich des Behandlungskonzeptes und des stationären Settings unserer Station recht ähnlich ist. Es handelt sich ebenfalls um ein integratives Behandlungsmodell einer Psychotherapiestation innerhalb einer Psychiatrischen Universitätsklinik. Psychoneurosen wurden dort bei weniger als fünf Prozent der Patienten festgestellt, Persönlichkeitsstörungen hingegen bei knapp 80 % im Gegensatz zu 22,4 % in unserer Studie. Dass der Anteil an Persönlichkeitsstörungen bei Bürgy et al. (2002) so hoch war, mag daran liegen, dass von diesen das integrative Modell einer psychodynamisch orientierten Psychotherapiestation in seiner Anwendung vor allem als optimal für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gesehen wird, weil damit den Beziehungsdimensionen viel eher Rechnung getragen werden kann und die intrapsychische wie interpersonelle Ätiologie und Gestaltung therapeutisch integriert werden kann, als dies mit einem am Symptom orientierten störungsspezifischen Behandlungsplan möglich ist. Bürgy et al. sehen gerade durch die Nähe zur Psychiatrie eine Chance in der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörung und haben möglicherweise deswegen einen Schwerpunkt in diese Richtung gesetzt.

Die restlichen Studien, die auf Persönlichkeitsstörungen eingehen, weisen entweder ähnliche Anteile wie in unserer Untersuchung auf (etwa ein Viertel bei Franz et al. 2000 und bei Thumann et al. 2001) oder sehr geringe Anteile (Geyer et al. 2000) oder die Diagnose wird nicht im Rahmen der Hauptdiagnose, sondern gesondert erfasst (z.B. Bassler 1994).

Bei den anderen Diagnosen sind teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungen zu erkennen. Beispielsweise schwanken die Diagnosen der somatoformen Störungen –wenn sie überhaupt erfasst wurden- zwischen 0,65 % (Bürgy et al. 2002) und rund 35 % (Junge et al. 1996). In der vorliegenden Arbeit lag der Anteil bei 13,1 % der Diagnosen. In den Studien mit einem ausgeprägten Anteil an somatoformen Störungen ist es meist so, dass diese zu einem hohen Prozentsatz aus psychogenen Schmerzsyndromen bestehen, auf welche manche Abteilungen einen konkreten Schwerpunkt legen (Junge und Ahrens 1996).

Psychosomatosen waren unter den Hauptdiagnosen lediglich in den 3,7 % der sonstigen Diagnosen enthalten. Ein ähnlich geringer Anteil ist in den Studien neueren Datums festzustellen, so dass festgehalten werden muss, dass die Störungsbilder, die ursprünglich das Fachgebiet Psychosomatische Medizin ausgezeichnet haben, mittlerweile nur noch äußerst selten in Psychosomatischen Fachabteilungen zu finden sind. In älteren Studien ist hingegen häufig ein höherer Anteil an Patienten zu finden, die sich aufgrund von Psychosomatosen in psychotherapeutischer Behandlung befinden (z.B. 12 % bei Senf 1986). Ein Grund für diese Veränderung mag darin bestehen, dass mittlerweile die „klassischen“ Psychosomatosen, wie beispielsweise Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa und Rheumatoide Arthritis, überwiegend internistisch behandelt werden und sich die Patienten daher selten zur Behandlung im psychotherapeutischen Bereich einfinden.

Ein Vergleich der Anzahl der gestellten Diagnosen ist mit der Studie von Schmidt (1991) möglich. In unserer Untersuchung wurde bei 43,0 % der Patienten nur eine Diagnose gestellt, bei Schmidt bei 35,7 %. Der Anteil an zwei Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnose) war bei uns ebenfalls ausgeprägter: 40,2 % verglichen mit 33,2 %. Bei Schmidt war hingegen der Anteil derer, bei denen drei oder mehrere Störungen diagnostiziert wurden beinahe doppelt so hoch wie in unserem Patientenkontext (31 % vgl. mit 16,8 %).

Der Anteil von Patienten, bei denen auch eine somatische Diagnose gestellt wurde, lag auf unserer Station bei 34,6 %. Die einzige uns bekannte Studie, die dies ebenfalls konkret ausweist, ist die Untersuchung über verhaltenstherapeutische Rehabilitation von Zielke

(1993), bei der eine zusätzliche somatische Diagnose bei erheblich mehr Patienten (88,5 %) gefunden wurde.

Betrachtet man bestimmte Faktoren im Zusammenhang mit den gestellten Diagnosen, lichtet sich die Zahl der Studien, die für Vergleichszwecke zu Verfügung stehen, da derartigen Fragestellungen bislang nur selten nachgegangen wurde. Wir haben u.a. festgestellt, dass in unserer Stichprobe ein höherer Anteil der männlichen Patienten an somatoformen Störungen erkrankt war: 19,1 % Männer verglichen mit 8,3 % Frauen. Ähnliche Unterschiede, wenn auch nicht so ausgeprägt, berichten Schmidt (1991) und Junge und Ahrens (1996): der Anteil an funktionellen Störungen betrug bei Männern 11 % bzw. 15,7 %, bei Frauen 8,1 % bzw. 13,3 %. Als Erklärung für diese Differenz kann man annehmen, dass eine Umwandlung von innerseelischen Konflikten in eine körperliche Symptomatik bei Männern eher der gesellschaftlichen Akzeptanz körperlicher Krankheit folgt als bei Frauen, denen leichter eine psychische Erkrankung zugestanden wird. Natürlich muss dies nicht das tatsächlich-reale persönliche Umfeld widerspiegeln, sondern es kann sich um die verinnerlichten, im Laufe des Lebens gesammelten Erwartungen der Umwelt und die dadurch geprägten Erwartungen des Einzelnen an sich selbst handeln.

Andere geschlechtsspezifische Unterschiede ergaben sich bei einigen der von uns formulierten Symptomdiagnosen. Deutlich war dies v.a. bei den Essstörungen, die in unserem Patientenkontext ausschließlich bei weiblichen Patienten beobachtet wurden. Auch Junge und Ahrens (1996) berichten einen deutlich höheren Prozentsatz von Frauen. Diese Datenlage überrascht eigentlich nicht, liegt sie doch ganz in den epidemiologischen Erwartungen einer weiblichen Geschlechtspräferenz bei Essstörungen: der Anteil betroffener Männer beträgt nur 5 bis 10 % (Möller et al. 2001).

Ebenfalls ein höherer Frauenanteil war bei der Borderlinepersönlichkeit festzustellen. Wir konnten diesen Persönlichkeitstypus bei 20,0 % der weiblichen und 4,3 % der männlichen Patienten beobachten. Bürgy et al. (2002) berichten von einer emotional instabilen Persönlichkeit sogar bei 40 % der weiblichen und 13,7 % der männlichen Patienten.

Einige der anderen in der Literatur beschriebenen geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten konnten mit unserer Arbeit nicht bestätigt werden. Beispielsweise beobachteten Junge und Ahrens (1996) einen gravierenden Unterschied zwischen Frauen und Männern hinsichtlich

der Diagnose „Angstneurose“, woran etwa 43 % der männlichen und 15,4 % der weiblichen Patienten litten. Bei uns wurde die Symptomdiagnose „Angst“ hingegen bei mehr Frauen als Männern gefunden (36,7 % vgl. mit 21,3 %). Ein deutliches Überwiegen von depressiven Zuständen der weiblichen Patienten (Junge und Ahrens 1996, Thumann et al. 2001) konnte von uns ebenfalls nicht bestätigt werden.

Vergleicht man die Gruppe der ausländischen Patienten, die bei uns auf Station behandelt wurden mit deutschen Patienten in Bezug auf die Hauptdiagnosen, waren u.a. größere Unterschiede bei den Persönlichkeitsstörungen festzustellen. In der Gruppe der deutschen Patienten waren daran mit 24,7 % mehr erkrankt als dies bei den ausländischen Mitpatienten mit 11,1 % der Fall war. Im Gegensatz dazu wurden bei einem höheren Anteil der ausländischen Patienten posttraumatische Störungen diagnostiziert (16,7 %) als bei den Deutschen (9,0 %), ebenso wie Verhaltensstörungen in dieser Gruppe prozentual häufiger waren (5,6 % vs. 1,1 %). Eine der möglichen Erklärung für den höheren Anteil an PTSD bei den ausländischen Patienten ist ihre Herkunft aus Krisengebieten.

Hinsichtlich dem Strukturniveau unserer Patienten ist erwähnenswert, dass bei den Patienten mit hohem Strukturniveau keine Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden, obwohl die zu den klassischen Neurosen zählende hysterische, zwangsneurotische und depressive Persönlichkeitsstörung für dieses Strukturniveau eigentlich typisch wären (Ermann 2004). Typisch ist die Borderlinepersönlichkeit, die bei allen Patienten mit niedrigem Niveau festgestellt wurde.

7.4 Behandlungsbezogene Merkmale

Bei der Betrachtung der stationären Verweildauer ist zu erkennen, dass unsere Patienten mit durchschnittlich 54,8 Tagen eine kürzere Aufenthaltsdauer hatten als Patienten in vielen anderen Studien.

Janssen et al. (1999) berichteten zusammenfassend bei der Auswertung von 30 Einrichtungen von einer mittleren Verweildauer von 66,2 Tagen ($s = 37,0$), wobei die Daten von Einrichtungen mit unterschiedlicher methodischer Orientierung verwendet wurden.

Versucht man zwischen verschiedenen therapeutischen Ansätzen zu differenzieren stellt man fest, dass die Patienten in psychodynamisch orientierten Akutkrankenhäusern länger stationär

behandelt wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer erstreckte sich von 66,8 Tagen (Junge et al. 1996) über 70 Tage (Bürgy et al. 2002) und 96,6 Tage (Bassler 1994) bis hin zu 126,6 Tagen bei Franz et al. (2000). Letztere stellten aber bei der Beurteilung ihrer Daten klar, dass die lange stationäre Aufenthaltsdauer ihrer Studie aufgrund konzeptueller Veränderungen nicht mehr aktuell ist und nach unten korrigiert werden muss.

Im Gegensatz dazu ähneln die Daten der psychodynamischen Rehabilitationskliniken eher den Aufenthaltszeiten unserer Erhebung. Schmidt (1991) errechnete ebenso wie wir einen Mittelwert der stationären Verweildauer von 54,8 Tagen, Sandweg et al. (1991) sogar von nur 48 Tagen. Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer bei weiblichen und männlichen Patienten weisen die Zahlen von Schmidt ebenfalls in die gleiche Richtung wie bei uns: Frauen waren mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 56,2 Tagen (bei uns: 57,67 Tage) im Schnitt etwas länger in stationärer Behandlung als die männlichen Mitpatienten mit 51,9 Tagen (bei uns: 51,23 Tage)

Die Untersuchung zur verhaltenstherapeutischen Rehabilitation von Zielke (1993) wies mit einem Mittelwert von 61,2 Tagen eine kürzere Verweildauer aus als die psychodynamischen Akutkrankenhäuser. Die Zeitspanne, welche die meisten Patienten (21,6 %) in stationärer Behandlung verbrachten, betrug bei Zielke rund 6 Wochen, was der dominierenden Gruppe bei uns (23 %), mit einer vergleichbaren Aufenthaltsdauer von 6 bis 8 Wochen entspricht.

Da es sich bei den Studien zur stationären psychodynamischen Psychotherapie überwiegend um Universitätskliniken handelte, können die Überlegungen von Franz et al. (2000) als Erklärungsversuch für die längeren Aufenthaltszeiten herangezogen werden: Innerhalb universitärer Einrichtungen der Maximalversorgung werden auch Patienten behandelt, die besonders schwer und chronifiziert erkrankt sind und die häufig eine Vielzahl früherer vergeblicher Therapieversuche hinter sich haben, was sich in einer längeren Therapiezeit niederschlägt. Dass sich dies in unserer Untersuchung nicht derartig auf die Aufenthaltsdauer ausgewirkt hat, mag vielleicht zu einem gewissen Teil daran liegen, dass ein Bestreben besteht, sich den durchschnittlichen Liegezeiten der Psychiatrischen Klinik anzugleichen: sog. „Langlieger“ müssen in der Morgenkonferenz mit entsprechenden Begründungen gesondert aufgeführt werden, weil im Allgemeinen eine relativ kurze Behandlungszeit angestrebt wird. Dadurch entsteht aber auch ein mehr oder weniger offen eingestandener Erfolgsdruck auf die Therapeuten und Patienten, wobei deutlich wird, dass die Psychiater im Bezugsrahmen überschaubarer Zeit und die Analytiker eher in Langzeitperspektiven denken (Ermann 1996).

Vergleiche hinsichtlich der verschiedenen Zugangswege erweisen sich als schwierig, da diese in den Studien nur äußerst selten erfasst bzw. ausgewiesen werden. Lediglich Bürgy et al. (2002) schlüsselten die diversen Zugangswege zu der von ihnen untersuchten Psychotherapiestation der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg auf. Sie verwendeten dafür aber andere Kategorien als wir. So kam der überwiegende Teil (46,2%) bei Bürgy et al. nach Suizidversuch oder in besonderer Krisensituation über die Aufnahmestation auf die Psychotherapiestation. Bei uns stammten 52,3 % der Fälle von außerhalb bzw. aus einer ambulanten Versorgung. Auffällig ist -obwohl sowohl unsere als auch die von Bürgy et al. untersuchte Station in die Psychiatrie eingebettet ist- dass bei Bürgy et al. nur 0,6 % der Patienten von einer Psychiatrischen Station des Hauses zuverlegt wurden, bei uns aber immerhin 30,8 %. Dies wird bei uns als Ausdruck einer guten Kooperation zwischen Psychiatrie und Psychotherapie gewertet und weist auf das zunehmende psychotherapeutische Problembewusstsein der Psychiater hin.

Zu den Themen „Entlassungswege der Patienten“ und „Therapie(empfehlung) für die Zeit nach der stationären Psychotherapie“ findet man mehrere Studien in der Literatur. Als wesentliche Gemeinsamkeit kann man feststellen, dass in den psychodynamisch orientierten Einrichtungen der Mehrzahl der Patienten eine ambulante Psychotherapie empfohlen wurde. Dies ist gleichzeitig ein nicht unwesentliches Therapieziel, weil eine Indikation für die stationäre Psychotherapie für manche Patienten damit gegeben war, dass eine ambulante Psychotherapie –aus welchen Gründen auch immer- noch nicht möglich war. Daher kann als positives Behandlungsergebnis (neben einer symptomatischen Besserung des Krankheitszustandes) festgehalten werden, dass die Patienten durch die stationäre Therapie soweit stabilisiert, aber auch motiviert werden konnten, dass für sie eine ambulante Behandlung sinnvoll und möglich wurde.

Junge und Ahrens (1996) berichteten davon, dass fast 2/3 ihrer Patienten im Anschluss an die stationäre Therapie eine ambulante Psychotherapie begonnen haben, was prozentual etwa dem entspricht, was unseren Patienten als Empfehlung mit auf den Weg gegeben worden ist. Dabei ist anzumerken, dass Empfehlung und realer Therapiebeginn zwei gänzlich verschiedene Dinge sind und bei unserem Patientenkontext leider nicht gesagt werden kann, wie viele den Empfehlungen gefolgt sind.

Im Vergleich zu den 66,4 % bei uns, wurde mit 53,8 % etwas weniger Patienten bei Schmidt (1991) eine nachfolgende psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Bei Weimer (2001) kam es bei 52 % der Patienten zu einer ambulanten Nach- bzw. Weiterbehandlung, wobei

allerdings nicht angegeben wurde welcher Art die ambulante Therapie gewesen ist; ein psychotherapeutisches Verfahren bleibt anzunehmen.

Im Gegensatz zu den eben zitierten psychodynamisch orientierten Einrichtungen wurden bei Zielke (1993) nur mit 33,2 % der vorwiegend verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten während der stationären Therapie eine fachpsychotherapeutische Folgemaßnahme abgemacht. Ohne explizit empfohlene ambulante Anschlusstherapie ging ein Großteil der Patienten nach Hause. Dem steht ein Anteil von nur 9,3 % entgegen, die bei uns ohne weitere Therapieempfehlung entlassen wurden.

Hinsichtlich der Entlassungsart ergeben sich zu Zielke allerdings keine großen Unterschiede: es wurden dort 91,9 % der Patienten regulär nach Hause entlassen, bei uns 85,0 %.

Die Stichproben manch anderer Studien enthalten übrigens nur Daten von Patienten, die ihre Therapie regulär beendet haben (z.B. Junge und Ahrens 1996), was bei der Diskussion des Behandlungsergebnisses berücksichtigt werden muss (siehe unten).

Zur Verzahnung mit der Psychiatrischen Klinik soll noch kurz erwähnt werden, dass von den Patienten unserer Untersuchung 2,8 % auf eine psychiatrische Station verlegt worden sind, nachdem die Psychotherapie beendet war. Dieser Anteil lag bei Bürgy et al. (2002) höher: 11,5 % der Patienten wurden wegen Suizidalität oder massiven Selbstverletzungen auf eine geschlossene Station und weitere 3,2 % auf eine andere Station innerhalb der Klinik verlegt.

Beim Thema Psychopharmaka ergibt sich generell ein Zwiespalt durch ihre additive Anwendung zusätzlich zur Psychotherapie, den Buchheim (1997) so formuliert: Auf der einen Seite schafft oft erst eine differenzielle Pharmakotherapie die Voraussetzung für die Durchführung der Psychotherapie, auf der anderen Seite kann sich die Gefahr ergeben, dass die Medikation zum Surrogat und Agierfeld wird.

Bei uns auf Station war es in der Tat so, dass es bei nicht wenigen Patienten notwendig war, sie mit Psychopharmaka zu behandeln: bei manchen wurde die ambulante Medikation einfach weitergeführt, bei manchen mussten neue Medikamente verordnet werden, bei manchen konnten sie jedoch auch abgesetzt werden. Insgesamt ergab sich, dass der Anteil von Patienten, die keine Psychopharmaka einnahmen von etwa 40 % bei stationärer Aufnahme auf rund 50 % zum Entlassungszeitpunkt gestiegen war. Die Reduktion der Psychopharmaka im Laufe der Therapie war bei anderen Studien noch stärker ausgeprägt als bei uns.

Geyer et al. (2000) berichten, dass in beiden von ihnen untersuchten Jahrgängen, der Psychopharmakakonsum bei den Patienten deutlich gesenkt werden konnte: von 41 % vor auf 13 % nach der stationären Behandlung (1986/87) bzw. von 52 % auf 19 % (1991).

Von einer generellen Reduktion aller Medikamente spricht Schmidt (1991), in dessen Untersuchung die Patienten ohne Medikamentenkonsum von 9,2 % im Jahr vor der Therapie auf etwa 30 % ein Jahr nach der stationären Psychotherapie zunahmen.

Und auch bei Zielke (1993) fand sich zum Katamnesezeitpunkt eine Reduktion der „Medikamente für Psyche und Nervensystem“ von 43,43 % verglichen mit dem Jahr vor der stationären Behandlung. Lediglich bei Bassler (1994) trat mit Ausnahme der Tranquilizer, deren Anwendung deutlich gesenkt werden konnte, keine ausgeprägte Veränderung während der stationären Psychotherapie ein.

Im Großen und Ganzen kann aber festgestellt werden, dass ein positiver Effekt der stationären psychoanalytischen sowie der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie darin liegt, dass die Notwendigkeit einer Medikation mit Psychopharmaka gesenkt werden kann.

7.5 Behandlungsergebnisse

Die Vergleichbarkeit der Therapieergebnisse wird wesentlich dadurch bestimmt, wie diese definiert werden. Leider hat sich bis jetzt noch keine allgemein verbindliche Methode durchgesetzt. Von uns wurde der Therapieerfolg durch Fremdrating unter Einbeziehung der Therapeuten definiert.

Als wesentliches Ergebnis kann festgehalten werden, dass die stationäre psychoanalytische Psychotherapie in ihrer Wirksamkeit bestätigt werden konnte. Es hat sich gezeigt, dass die Behandlungsergebnisse, die auf unserer Station erzielt wurden, im Ergebnisbereich der anderen Studien liegen, die im Literaturteil dieser Arbeit dargestellt worden sind. Rechnet man den Anteil der Patienten, die sich deutlich verbessert bzw. eine Remission erzielt haben und die sich mäßig verbessert haben zusammen, so ergibt sich, dass sich der Zustand von 88,8 % unserer Patienten im Laufe der stationären Psychotherapie gebessert hat. Mit diesem hohen Prozentsatz einer erfolgreichen Behandlung liegen wir im Vergleich mit der Literatur eher im oberen Bereich. Junge und Ahrens (1996) haben eine Verbesserung bei etwa 85 % der Patienten festgestellt. Im Gegensatz zu unserer Arbeit wurden von diesen Autoren allerdings nur die Patienten evaluiert, welche die stationäre Therapie regulär beendet haben, so dass davon auszugehen ist, dass die Erfolgsquote aller Patienten niedriger liegt.

In der Studie über psychodynamische Rehabilitation von Schmidt (1991) beurteilten zum Entlassungszeitpunkt zusammengerechnet 88,4 % der Patienten das Behandlungsergebnis als gut oder zufriedenstellend, bei Zielke (1993) wurde in seiner Arbeit über verhaltenstherapeutische

Rehabilitation der Zustand von insgesamt 90,5 % der Patienten als gebessert bewertet. Die Ergebnisse der anderen Studien lagen unter diesen Werten (siehe 2.3). Zur Ergebnisbeurteilung ist aber zu sagen, dass es schwierig ist, den Behandlungserfolg objektiv zu bewerten, da die Kriterien von Therapeut zu Therapeut variieren. Hinzu kommt noch das bereits weiter oben angesprochene Problem der möglichen Diskrepanz zwischen Patienten- und Therapeuteinschätzung. In manchen Studien wurde daher versucht mittels standardisierten Fragebögen (z.B. SCL-90-R) eine möglichst große Objektivität zu gewährleisten. Dies war bei uns –was kritisch betrachtet werden muss- bedingt durch das retrospektive Vorgehen, leider nicht möglich gewesen.

Im Folgenden soll noch auf verschiedene Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis eingegangen werden. Von den soziodemographischen Faktoren sollen zunächst Geschlechtseffekte betrachtet werden. In unserer Untersuchung ergab sich ein geringfügig besseres Behandlungsergebnis für die weiblichen Patienten. Es kam bei 90 % von ihnen zu einer Verbesserung, bei den Männern nur bei 87,3 %. Bei „deutlich gebessert/ Remission“ war der Unterschied etwas ausgeprägter: 48,3 % der Frauen verglichen mit 42,6 % der Männer. Eine ähnliche Beobachtung machten Franz et al. (2000). Sie stellten bei 57 % der weiblichen Patienten und bei 53 % der männlichen Patienten eine klinische Besserung des Zustandes fest. Hinsichtlich der Effektstärke im GSI zeigte sich bei ihnen aber, dass dieser (bei geringem Vorteil für die weiblichen Patienten) vom Geschlecht der Patienten kaum beeinflusst wurde.

Eine etwas andere Beobachtung machte Schmidt (1991): männliche Patienten beurteilten die stationäre psychodynamische Rehabilitation nach einem Katamnesezeitraum von einem Jahr insgesamt als positiver. Sie äußerten häufiger, dass sie mit der Behandlung „(sehr) zufrieden“ waren (76,9 % der Männer vgl. mit 67,7 % der Frauen) und dass diese für sie von „großem bzw. eher großem Nutzen“ war (78,8 % der Männer vgl. mit 71,8 % der Frauen). Insgesamt wird aber auch hier festgehalten, dass weder bei der Zufriedenheit mit der Behandlung noch bei der Einschätzung des Nutzens bedeutsame geschlechtsspezifische Unterschiede bestanden.

Hinsichtlich des Alters wiesen die Patienten in unserer Stichprobe, die ein sehr gutes oder gutes Behandlungsergebnis erzielen konnten einen Mittelwert auf, der nahe dem Durchschnitt aller Patienten lag (36,4 Jahre). Die wenigen Patienten, die sich verschlechterten waren durchschnittlich jünger, die die sich nur geringfügig verbesserten bzw. deren Zustand konstant blieb, waren älter. Junge und Ahrens (1996) stellten fest, dass die Patienten, deren psy-

chischer Therapieerfolg von den Behandlern als unverändert oder verschlechtert eingeschätzt wurde, durchschnittlich jünger waren.

In unserer Untersuchung war es allerdings so, dass das Behandlungsergebnis bei den 21- bis 30-jährigen sowie bei den bis 40-jährigen insgesamt betrachtet recht gut und um einiges besser war als bei den sehr jungen und den älteren Patienten. Franz et al. (2000) machten eine ähnliche Beobachtung, dass jüngere Patienten (20 bis 29 Jahre) ein besseres Therapieergebnis erzielten als ältere Patienten (über 60 Jahre), dass aber auch Ältere „vergleichsweise gut“ von der stationären Behandlung profitieren. Einen Vorteil für jüngere Patienten sah auch Schmidt (1991): 78 % der unter 30-jährigen sprach zum Katamnesezeitpunkt zumindest von einer „teilweisen Besserung“ der Beschwerden, wohingegen dies nur 64,1 % der über 40-jährigen taten. In einer Berechnung mit einem multiplen Erfolgskriterium erwies sich das Lebensalter (mit einer besseren Prognose der jüngeren Patienten) bei Schmidt als bedeutsames Korrelat des katamnestischen Gesamtbildes. Auch Bassler (1994) bezeichnet junges Alter als prognostischen Vorteil.

Insgesamt sieht es also durchaus nach einer prognostischen Relevanz des Patientenalters aus, insbesondere danach, dass die jüngeren Patienten stärker als die älteren von einer stationären Psychotherapie profitieren.

Der Behandlungszeitraum, der sich in unserer Untersuchung als am günstigsten für das Therapieergebnis gezeigt hat, lag bei 8 bis 14 Wochen (bzw. 56 bis 98 Tage), wobei die besten Behandlungsergebnisse zwischen 10 bis 12 Wochen erreicht werden konnten (80 % der Patienten mit deutlicher Besserung). Die Erfolgsquote fiel bei längerem und besonders bei kürzerem Aufenthalt deutlich ab. Generell war es aber so, dass sich ein eher längerer stationärer Aufenthalt als erfolgreicher erwiesen hat als ein kürzerer.

Einen ähnlichen Zeitraum, der sich für den Behandlungserfolg als positiv erwiesen hat, bestimmte Bassler (1994) in seiner Studie. Nach ihm hat sich eine mittlere Behandlungsdauer von 3 Monaten bewährt und eine Verlängerung über diesen Zeitraum hinaus bewirkte meist nicht die erhoffte zusätzliche Verbesserung.

Obwohl Franz et al. (2000) schreiben, dass sie keinen einfachen linearen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieeffekt durch ihre Daten belegen konnten und keinen eindrucksvollen Einfluss der Therapiedauer erkennen konnten, stellten sie doch eine eher geringe Wirkung bei weniger als 50 und bei mehr als 200 Behandlungstagen fest. Allerdings konnte auch eine längere Behandlungsdauer unter stationären Bedingungen noch hohe Effektstärken erbringen.

Dies deckt sich teilweise mit unseren Ergebnissen, zumindest was den unteren Bereich anbelangt. Nach oben hin ist ein Vergleich schwierig, da die Aufenthaltsdauer unserer Patienten generell niedriger lag als bei Franz und Mitarbeitern.

Lediglich Schmidt (1991) wies einen anderen Zeitraum als am besten für die Behandlung aus. Dieser lag mit einer Besserungsquote von 82,3 % bei 6 bis 8 Wochen. Dieses Ergebnis unterschied sich sogar signifikant von einer kürzeren und längeren Verweildauer, widerspricht aber unseren Ergebnissen und denen anderer Studien.

In Verbindung mit der Behandlungsdauer ist zu erwähnen, dass Bassler et al. (1995) von einem positiven Zusammenhang zwischen der von Patientenseite als positiv erlebten therapeutischen Arbeitsbeziehung und der Dauer der stationären Psychotherapie berichteten.

Die größte Gruppe der von uns therapierten Patienten, nämlich die mit Psychoneurosen, war vom Ergebnis her im mittleren Bereich aller Patienten anzusiedeln. Gestützt wird diese Beobachtung von Schmidt (1991), der bei den Patienten mit neurotischen Diagnosen ebenfalls nur durchschnittliche Behandlungserfolge verzeichnen konnte. Am besten schnitten in unserer Untersuchung Patienten mit reaktiven oder mit somatoformen Störungen ab. Letzteres kann wiederum durch Schmidt untermauert werden: funktionelle Störungen zeigten als Hauptdiagnose das beste Ergebnis. Bei Schmidt konnte dieser Punkt sogar als bedeutsames Korrelat für den katamnestischen Gesamtverlauf ausgewiesen werden. In dieser Deutlichkeit konnte dies bei uns allerdings nicht beobachtet werden, zumal das Ergebnis bei den reaktiven Störungen dem der somatoformen Störungen noch überlegen war; wobei allerdings bei ersteren die nur niedrige Patientenzahl berücksichtigt werden muss.

Patienten, die wir aufgrund einer posttraumatischen Störung stationär behandelt haben, konnten nur in weniger als einem Drittel ein sehr gutes Behandlungsergebnis erzielen. Die Überwiegende Mehrheit von ihnen verbesserte sich mäßig. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sich auf der neu gegründeten Station noch kein praktikables Konzept für die Behandlung von Trauma-Patienten durchgesetzt hatte.

Bei der Beurteilung des Behandlungserfolges der traumatisierten Patienten ist auch zu berücksichtigen, dass sich ein vergleichsweise hoher Anteil selbst entlassen hat, was sich insgesamt eher negativ auf das Therapieergebnis ausgewirkt haben dürfte.

Ein weiterer Vergleich mit den Ergebnissen anderer Studien ist in diesem Punkt schwierig, da wir die Hauptdiagnosen bzw. insbesondere die Psychoneurosen nicht stärker aufgeschlüsselt haben. Wir haben zwar neben den Hauptdiagnosen auch Symptomdiagnosen beschrieben, die Patienten waren aber wegen ersteren in stationärer Behandlung, worauf sich auch die

Beurteilung des Therapieerfolges bezog. Es kann also nicht konkret gesagt werden, wie der Erfolg bei der Behandlung der jeweiligen Symptomdiagnosen war.

Positive Effekte wurden in anderen Untersuchungen festgestellt bei Angstkrankheiten (Bassler 1994) und bei Depressivität (in Verbindung mit Angst) (Franz et al. 2000). Als prognostisch ungünstig erwiesen sich hingegen Essstörungen (Paar und Kriebel 1998; Franz et al. 2000), und auch bei Zwangsneurosen musste ein eher geringer Erfolg verzeichnet werden (Bassler 1994; Paar und Kriebel 1998).

Weiter haben wir festgestellt, dass Patienten mit einem hohen Strukturniveau ein weitaus besseres Therapieergebnis erzielen konnten als die niedrig strukturierten Patienten. Der Anteil derer, die sich deutlich verbesserten bzw. die eine Remission erreichten lag mit 65,2 % der höher Strukturierten verglichen mit 14,3 % der niedrig Strukturierten um ein Vielfaches höher. Bassler (1994) geht in seiner Arbeit davon aus, dass sich eine geringe ich-strukturelle Störung als prognostisch günstig für den Verlauf einer stationären Psychotherapie erweist. Patienten mit strukturellen Defekten benötigen eine längere Therapiezeit als Patienten mit einer Konfliktpathologie.

Eine markante Auffälligkeit unserer Arbeit, wozu aber bislang keine Vergleichsdaten aus anderen Studien vorliegen, ist das Behandlungsergebnis bei ausländischen Patienten, das sich teilweise deutlich vom Ergebnis der deutschen Mitpatienten unterschied. Besonders ersichtlich war dies am Anteil derer, die sich deutlich verbesserten bzw. eine Remission erreichten. Dieser betrug bei den ausländischen Patienten 38,2 %, bei den Deutschen 49,4 %. Letztere besserten sich in 27,8 % mäßig, erstere in 66,7 %. Der Zustand von immerhin 7,5 % der ausländischen Patienten war nach der Therapie schlechter als zuvor. Wodurch könnte dieser Unterschied bedingt sein? Betrachtet man die anderen Daten der ausländischen Patienten, so fällt auf, dass diese im Durchschnitt signifikant kürzer stationär behandelt worden sind (45,1 Tage) als die deutschen Patienten (56,8 Tage), was dazu geführt hat, dass die durchschnittliche stationäre Verweildauer der ausländischen Patienten nicht in dem Intervall lag, das sich günstig für den Behandlungserfolg erwiesen hat. Der Einwand, dass die kürzeren Aufenthaltszeiten der ausländischen Patienten möglicherweise dadurch entstanden sein könnten, weil sich ein höherer Anteil von ihnen selbst entlassen hat, kann problemlos widerlegt werden. Es fanden sich in diesem Punkt keine wesentlichen Unterschiede. Es war hingegen eher so, dass ein etwas höherer Anteil der ausländischen Patienten regulär nach Hause ent-

lassen worden ist und sich ein prozentual geringfügig kleinerer Teil selbst entlassen hat als dies bei den deutschen Patienten der Fall war.

Ein weiterer Erklärungsversuch besteht darin, dass ein größerer Anteil der ausländischen Patienten an posttraumatischen Störungen erkrankt war, deren Therapie generell ein Behandlungsergebnis mit überwiegend mäßigem Erfolg lieferte. Wahrscheinlich spielten auch Sprach- und Mentalitätsbarrieren eine wichtige Rolle.

8 Zusammenfassung aller Ergebnisse und Ausblick

In dieser Arbeit wurden die Daten einer 107 Patienten umfassenden Stichprobe ausgewertet, die sich im Zeitraum vom 1.11.2000 bis zum 30.6.2002 auf der Station für Psychotherapie und Psychosomatik in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München befunden haben und die dort für mindestens zehn Tage behandelt wurden. Im Durchschnitt nahm die stationäre Therapie einen Zeitraum von 54,8 Tagen (bzw. 7,8 Wochen) in Anspruch, wobei sich eine Behandlungsdauer von 8 bis 14 Wochen –mit einem Optimum bei 10 bis 12 Wochen- als therapeutisch am günstigsten erwiesen hat. Deutlich gebesserte Patienten blieben signifikant länger auf Station als der Rest der Stichprobe. Patienten mit sehr langen Behandlungszeiten zeigten bessere Behandlungsergebnisse als sehr kurz Behandelte.

Der Altersdurchschnitt der Patienten lag bei 36,4 Jahren, wobei die weiblichen Patienten signifikant jünger waren als die Männer. Die 21- bis 40-jährigen zeigten überwiegend sehr gute Behandlungsergebnisse. Die Jüngeren und Älteren entwickelten sich deutlich schlechter. Der Frauenanteil der Stichprobe lag bei 56,1 %. Bei ihnen konnten etwas bessere Behandlungsergebnisse als bei den männlichen Patienten erreicht werden.

Ebenfalls besser –teilweise signifikant- waren die Ergebnisse der stationären Therapie bei den deutschen verglichen mit den ausländischen Patienten, deren Anteil an allen Patienten 16,8 % betrug. Die ausländischen Patienten wurden mit 45,1 Tagen signifikant kürzer behandelt als die Deutschen mit 56,8 Tagen. Sie waren häufiger an PTSD und Verhaltensstörungen erkrankt und seltener an Persönlichkeitsstörungen als die deutschen Patienten.

Bei überwiegend mittlerem bis hohem Strukturniveau wurden als Hauptdiagnosen am häufigsten Psychoneurosen diagnostiziert. Es folgten Persönlichkeitsstörungen, somatoforme und posttraumatische Störungen. Patienten mit reaktiven Störungen und Verhaltensstörungen waren selten. Über die Hälfte aller Patienten wies weitere psychische Störungen auf. Bei den Symptomdiagnosen überwogen Depressionen, psychosomatische Störungen und Ängste.

Deutlich mehr Männer litten an somatoformen Störungen, mehr Frauen an Persönlichkeitsstörungen. Unter den Patienten mit PTSD lag der Frauenanteil deutlich höher als bei den Patienten ohne posttraumatische Störung. Die traumatisierten Patienten waren durchschnittlich am jüngsten, die mit Verhaltensstörungen am ältesten. Letztere befanden sich am kürzesten in stationärer Behandlung; Patienten mit reaktiven Störungen am längsten, wobei sie die besten Behandlungsergebnisse erreichen konnten. Ebenfalls überwiegend sehr gut entwickelten sich die Patienten mit somatoformen Störungen, etwas überdurchschnittlich

die Patienten mit Psychoneurosen und eher mäßig, diejenigen mit posttraumatischen Störungen.

Alle Patienten mit niedrigem Strukturniveau wurden wegen einer Persönlichkeitsstörung stationär behandelt und zeigten ein deutlich schlechteres Behandlungsergebnis als diejenigen mit hohem Strukturniveau. Desweiteren wurden sie signifikant kürzer auf Station behandelt als die hoch Strukturierten.

Die meisten Patienten kamen von außerhalb bzw. wurden ambulant aufgenommen oder von anderen Stationen der Psychiatrischen Klinik zuverlegt. Diejenigen, die von außerhalb oder von einer psychiatrischen Ambulanz kamen entwickelten sich im Laufe der stationären Psychotherapie besser als diejenigen, die von einer psychiatrischen Station oder einer anderen Klinik zuverlegt wurden.

Bei rund einem Drittel der Fälle wurde eine zuvor bestehende Psychopharmakotherapie zu Beginn der stationären Therapie zunächst unverändert weitergeführt, teilweise kam es zu Neuverordnungen oder zum Absetzen der Medikamente. Der Anteil von Patienten, die keine Psychopharmaka einnahmen stieg im Laufe der stationären Psychotherapie.

Der Großteil der Patienten wurde im Anschluss an die stationäre psychoanalytische Psychotherapie regulär nach Hause entlassen und es wurde ihnen meist eine psychoanalytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie zur weiteren Behandlung empfohlen. Patienten, die sich nur sehr kurz auf Station befunden haben, sowie traumatisierte Patienten entließen sich zu einem vergleichsweise hohen Anteil selbst. Die sehr lange behandelten Patienten konnten meist, ebenso wie die Patienten mit hohem (verglichen mit denjenigen mit niedrigem) Strukturniveau zu einem hohen Anteil regulär nach Hause entlassen werden.

Insgesamt konnte als Behandlungsergebnis bei 45,8 % der Patienten eine deutliche Besserung oder Remission erzielt werden, bei 43,0 % der Patienten eine mäßige Besserung. Bei 7,5 % der Patienten besserte sich der Zustand nur wenig bzw. blieb gleich und bei 2,8 % kam es zu einer Verschlechterung.

Beim Vergleich unserer Ergebnisse mit der Literatur über psychodynamische stationäre Psychotherapie, insbesondere in Häusern der Akutversorgung bzw. in Psychiatrischen Kliniken, ergaben sich zusammenfassend die folgenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Das durchschnittliche Patientenalter von 36,4 Jahren deckte sich weitgehend mit den Angaben, die in der Literatur zu finden waren. Unterschiede ergaben sich teilweise hinsichtlich der Altersverteilung der Patienten, die in Häusern der Akutversorgung behandelt wurden:

insbesondere betraf dies den Anteil älterer Patienten, der im Gegensatz zu unserer Erhebung wesentlich niedriger lag. Auffällig war in der vorliegenden Arbeit ein geschlechtsspezifischer Unterschied in Bezug auf die Altersverteilung: die Mehrzahl der weiblichen Patienten verteilte sich auf die jüngeren Altersgruppen und der Anteil Frauen höheren Alters war eher gering. Im Gegensatz dazu fand sich bei den männlichen Patienten ein vergleichsweise hoher Anteil an älteren Patienten, wie er auch von anderen Studien beschrieben wurde.

Der Frauenanteil war mit 56,1 % niedriger als in der Literatur beschrieben, wo er knapp zwei Drittel betrug.

Besonders auffällig in unserer Untersuchung war der Anteil an ausländischen Patienten, der sich zudem durch einige Besonderheiten auszeichnete. In der Literatur wurde dieses Patientenkontingent so gut wie nie gesondert berücksichtigt. Bei uns war es insbesondere charakterisiert durch Auffälligkeiten bei der Hauptdiagnose mit vergleichsweise vielen posttraumatischen Störungen, durch eine deutlich kürzere Aufenthaltsdauer und durch ein schlechteres Behandlungsergebnis. Diese Befunde sind bei der relativ großen Patientengruppe beachtenswert und sollen Anlass geben, sich vermehrt Gedanken zu machen über die Besonderheiten der ausländischen Patienten und des aktuellen Therapiekonzeptes.

Die Verweildauer bei unseren Patienten war durchschnittlich kürzer als bei Patienten in vielen anderen Studien, insbesondere in psychodynamisch orientierten Akutkrankenhäusern. Die Zahlen aus den Rehabilitationskliniken lagen hingegen näher an unseren Ergebnissen. Vor allem zeigten sie in Übereinstimmung mit uns eine etwas längere durchschnittliche Behandlungsdauer bei den weiblichen Patienten.

Die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose war eine Psychoneurose. Größere Unterschiede gab es zwischen den verschiedenen Studien in der Reihenfolge und der Häufigkeit der nachfolgend diagnostizierten Störungen. Erwähnenswert ist, dass Psychosomatosen in Studien neueren Datums (wie auch bei uns) nur noch selten zu finden waren. Auffällig war in unserer Stichprobe ein deutlich höherer Anteil an männlichen Patienten bei den somatoformen Störungen, ein klares Überwiegen der weiblichen Patienten bei Essstörungen und bei der Borderlinepersönlichkeit. Ähnliches wurde in anderen Studien erwähnt. Weitere in der Literatur beschriebene geschlechtsspezifische Auffälligkeiten bei den Diagnosen konnten bei uns nicht bestätigt werden.

Als weitere Gemeinsamkeiten der psychodynamisch orientierten Einrichtungen sind zu nennen, dass der Mehrzahl der Patienten nach Beendigung der stationären Therapie eine ambulante Psychotherapie empfohlen wurde und dass der Anteil von Patienten, die mit Psychoharmaka therapiert wurden, im Laufe der stationären Behandlung gesenkt werden konnte.

Die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie wurde an den guten Behandlungsergebnissen unserer Patienten deutlich. Im Vergleich mit der Literatur lagen wir im Ergebnisbereich der anderen Studien, teilweise eher im oberen Bereich. Bestimmte Aspekte haben sich eher günstig, ungünstig oder weitgehend neutral auf den Therapieerfolg ausgewirkt. Im Unterschied zu unserer Untersuchung mit einem geringfügig besseren Behandlungsergebnis bei den weiblichen Patienten, sind die Ergebnisse anderer Studien eher kontrovers. Insgesamt waren aber keine bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschiede zu finden.

Hinsichtlich des Alters schnitten in unserer Stichprobe Patienten durchschnittlichen Alters besser ab als sehr Junge (bis 20) oder Ältere (über 40). Insgesamt sieht es in der Literatur eher nach einem prognostischen Vorteil für jüngere Patienten gegenüber älteren aus, wobei auch hier Gegenstimmen zu finden sind. Zur Dauer der stationären Therapie ist zu sagen, dass ein von uns als günstig für das Behandlungsergebnis festgestellter Zeitraum von 8 bis 14 Wochen auch in anderen Studien gefunden wurde. Die im Hinblick auf das Behandlungsergebnis als optimal festgestellte Behandlungsdauer lag somit höher als die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer von 7,8 Wochen. Es ist zu vermuten, dass sich die psychotherapeutische Station B1b allzu stark an den Gegebenheiten einer Psychiatrischen Klinik und deren Bemühungen um kurze Liegezeiten orientiert hat und nicht so sehr am Therapieoptimum. Die vorliegenden Zahlen könnten hierbei künftig eine Argumentationshilfe für die Beachtung der spezifischen Bedingungen einer stationären Psychotherapie liefern.

Patienten unserer Stichprobe, die an Psychoneurosen erkrankt waren, erreichten durch die stationäre Therapie durchschnittliche Ergebnisse, diejenigen mit reaktiven und somatoformen Störungen besonders gute Resultate. Diese Beobachtungen konnten durch Schmidt (1991) zum Teil untermauert werden. Desweiteren konnte in der vorliegenden Untersuchung ein hohes Strukturniveau als prognostisch günstiger formuliert werden als ein niedriges. Die Patienten mit posttraumatischen Störungen entwickelten sich bei uns im Vergleich zu den anderen Störungsbildern unterdurchschnittlich. Hierzu müsste überprüft werden, wie weit das aktuelle Therapiekonzept für die kleine Gruppe von Patienten mit einer solchen Ätiologie fruchtbar ist oder ob sie von vornherein an Spezialeinrichtungen verwiesen werden sollten.

Abschließend soll noch angemerkt werden, dass es hinsichtlich der Datenlage der verschiedenen Studien in der Literatur häufig schwierig ist, Vergleiche durchzuführen, sei es weil bestimmte Punkte –beispielsweise die Altersverteilung- nicht explizit aufgeschlüsselt werden, sei es weil bei den Diagnosen stark voneinander abweichende Klassifikationen verwendet werden. Auch ist es teilweise schwierig, den Behandlungserfolg objektiv zu bewerten, da zum

einen die Kriterien variieren, zum anderen mögliche Unterschiede zwischen der Einschätzung des Therapieerfolges auf Patienten- und Therapeutenseite bestehen. Aus den genannten Gründen ist es wünschens- und erstrebenswert, dass einheitliche Standards zur besseren Vergleichbarkeit etabliert werden.

In der vorliegenden Arbeit konnten neben der erfolgreichen Besserung des Zustandes vieler Patienten im Laufe der stationären Psychotherapie zwei weitere positive Effekte benannt werden, die durch das stationäre Setting erreicht werden konnten. Zum einen ist es gelungen einen Großteil der Patienten soweit zu stabilisieren und zu motivieren, dass für sie eine ambulante Behandlung möglich und sinnvoll wurde; zum anderen konnte die Notwendigkeit einer Medikation mit Psychopharmaka teilweise gesenkt werden.

Trotz dieser Erfolge war zu sehen, dass es in manchen Bereichen noch Defizite gibt. Dies wurde unter anderem an den schlechteren Behandlungsergebnissen für traumatisierte und für ausländische Patienten deutlich, für die anscheinend noch keine praktikablen Therapiekonzepte gefunden werden konnten. Hier sind also noch weitere Überlegungen notwendig, um auch diesem Patientenkontext in adäquater und erfolgsversprechender Weise helfen zu können.

Literaturverzeichnis

Arfsten A-J, Hoffmann SO (1978) Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform. *Prax Psychother* 23: 233-245

Bardé B, Mattke D (Hg) (1993) *Therapeutische Teams Theorie-Empirie-Klinik*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Bassler M (1994) Evaluation der differentiellen Wirkung von psychoanalytisch fundierter stationärer Psychotherapie. *Habilitationsschrift, Joh. Gutenberg-Universität Mainz*

Bassler M, Hoffmann SO (1994) Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut* 39: 174-176

Bassler M, Krauthauser H, Hoffmann SO (1995) Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie? *Psychother Psychosom Med Psychol* 45: 167-175

Becker H, Lüdeke H (1978) Erfahrung mit der stationären Anwendung psychoanalytischer Therapie. *Psyche* 32: 1-20

Beese F (1971) Das Modell der therapeutischen Gemeinschaft und seine Anwendung auf psychotherapeutische Kliniken. *Gruppenpsychother Gruppensynd* 4: 282-294

Beese F (1977) Klinische Psychotherapie. In: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Kindler, Zürich Bd.III: 1144-1160

Bergin AE, Garfield SL (1996) (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edn. Wiley, New York

Bilitzka KW (1994) Innere Welt klinischer Institutionen und psychoanalytische Psychotherapie in der Klinik. *Gruppenpsychother Gruppensynd* 30: 162-171

Brabender V, Fallon A (1992) *Models of inpatient group psychotherapy*. Am Psychol Assoc, Washington

Bräutigam W (1974) Pathogenetische Theorien und Wege der Behandlung in der Psychosomatik. *Nervenarzt* 45: 354-363

Bräutigam W, Senf W, Kordy H (1990) Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojekts. In: Lang H (Hg) *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York 189-208

Broda M, Bürger WM, Dinger-Broda A, Massing H (1996) *Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern*. Westkreuzverlag, Berlin

Buchheim P (Hg) (1997) *Psychotherapie und Psychopharmaka*. Schattauer, Stuttgart

Bürgy M, Barnett W, Mundt C (2002) Stationäre psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. *Fundamenta Psychiatrica* 16: 101-110

Chapmann GE (1984) A therapeutic community. Psychosocial nursing and the nursing process. *Int J Therap Comm* 5: 68-76

Cohen RA (1958) The Hospital as a Therapeutic Instrument. *Psychiatry* 21: 29-35

Danckwardt JF (1976) Stationäre Behandlung. Katamnese und sekundäre Prävention neurotischer Störungen. *Nervenarzt* 47: 225-231

Denford J, Schachter J, Temple N, Kind P, Rosser R (1983) Selection and outcome in inpatient psychotherapy. *Brit J Med Psychol* 56: 225-243

Ehl M, Tress W (1988) Die stationäre psychoanalytische Behandlung von Patienten mit strukturellen Ich-Störungen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 34: 309-324

Enke H (1965) Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. *Z Psychother Med Psychol* 15: 116-121

Ermann M (1979) Gemeinsame Funktionen therapeutischer Beziehungen bei stationärer Anwendung der Psychoanalyse. *Z Psychosom Med Psychoanal* 25: 333-341

Ermann M (1982) Regression in der stationär-analytischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 28: 176-188

Ermann M (1988) Die stationäre Langzeitpsychotherapie als psychoanalytischer Prozess. In: Schepank H, Tress W (Hg) *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 51-60

Ermann M (1996) Als Psychoanalytiker in einer Psychiatrischen Klinik. In: Möller HJ, Kapfhammer HP (Hg): *Interaktion von medikamentöser und psychosozialer Therapie in der Psychiatrie*. Pro Mente, Linz, 70-79

Ermann M (2003) *Kursbegleiter zum Praktikum der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie*. Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU, München

Ermann M (2004) *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Kohlhammer, Stuttgart

Foulkes SH (1964) *Gruppenanalytische Psychotherapie*. Kindler, München (1974)

Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Wöller W, Hartkamp N, Schneider G, Heuft G (2000) Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. *Zsch psychosom Med* 46: 242-258

Fromm-Reichmann F (1960) *Principles of intensive psychotherapy*. The University of Chicago Press, Chicago

Geyer M, Reihl RG (2000) Zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie – Ergebnisse einer Langzeit-Katamnesestudie. In: Tress W, Wöller W, Horn E (Hg) Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. VAS-Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main, 12-29

Gill M (1982) Analysis of transference, vol 1. Int Univ Press, New York

Goethe JWv (2002) Sämtliche Werke nach Epochen seines Schaffens. 15. Münchner Ausgabe. Italienische Reise: Bd 15. Hanser Verlag, München

Hau TF (1968) Stationäre Psychotherapie: Ihre Indikation und Anforderungen an die psychoanalytische Technik. Z Psychosom Med Psychoanal 14: 25

Hau TF (1970) Die Abhängigkeit der Psychotherapieform von Struktur und Gruppendynamik der Klinik. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 3: 199-206

Heigl F, Nerenz K (1975) Gruppenarbeit in der Neurosenklinik. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 9: 96-117

Heigl F, Neun H (Hg) (1981) Psychotherapie im Krankenhaus – Behandlungskonzept und -methoden in der stationären Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Heigl-Evers A, Heigl F, Münch J (1976) Die therapeutische Kleingruppe in der Institution Klinik. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 10: 50-63

Heigl-Evers A, Henneberg-Mönch U, Odag C, Standke G (1986) Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Verlag f Med Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich

Heising G, Möhlen K (1980) Die »Spaltungsübertragung« in der klinischen Psychotherapie. Psychother Med Psychol 30: 70-76

Hess H (1993) Ergebnisse aus der Klinik Hirschgarten. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 29: 253-258

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

Hilpert HR (1979) Therapeutische Gemeinschaft in einer psychotherapeutischen Klinik. Zum Behandlungskonzept des Cassel-Hospitals in London. Psychother Med Psychol 29: 46-53

Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hg) (1981) Psychotherapie in der Klinik. Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Hoffmann K, Hyner R (2001) Konzept und Praxis der Psychotherapiestation 61 in Geschichte und Gegenwart. Psych Pflege 7: 96-100

James O (1984) The role of the Nurse-Therapist relationship in the therapeutic communities. Int Rev Psychol Anal 11: 151-159

- Janssen PL, Quint H (1977) Stationäre analytische Gruppenpsychotherapie im Rahmen einer neuropsychiatrischen Klinik. Gruppenpsychother Gruppensynd 11: 221-243
- Janssen PL (1980) Stationäre Psychotherapie als angewandte Psychoanalyse. Habilitationsschrift Universität Essen
- Janssen PL (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psyche 36: 541-570
- Janssen PL (1985) Auf dem Wege zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenbehandlung. Forum Psychoanal 1: 293-307
- Janssen PL (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta, Stuttgart
- Janssen PL (1989) Behandlung im Team aus psychoanalytischer Sicht. Prax Psychoth Psychosom 34: 325-335
- Janssen PL (1993) Psychoanalyse in der Klinik. In: Mertens W (Hg) Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart
- Janssen PL, Martin K, Tress W, Zaudig M (1998) Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Psychotherapeut 43: 265-276
- Janssen PL, Franz M, Herzog Th, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Schattauer, Stuttgart
- Jones M (1953) The therapeutic community. A new treatment method in Psychiatry. Basic Books, New York
- Jung CG (1958-1983) Gesammelte Werke, Bd. 1-20. Walter Verlag AG, Olten
- Junge A, Ahrens S (1996) Stationäre psychosomatische Behandlung – Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. Psychother Psychosom med Psychol 46: 430-437
- Kernberg OF (1972) Psychotherapy and Psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bull Menninger Clinic 36, No. 1 and 2
- Kernberg OF (1973) Summary and conclusions of "psychotherapy and psychoanalysis, Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project." International Journal of Psychiatry 11: 62-77
- Kernberg OF (1975) Borderline Störungen und pathologischer Narzißmus. 3.Aufl. Suhrkamp, Frankfurt (1979)
- Kernberg OF (1976) Für eine integrative Theorie der Klinikbehandlung. In: Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart (1981) 256-297
- Klußmann R (2000) Psychotherapie. Springer, Berlin

- Koch U, Potreck-Rose F (1994) Stationäre psychosomatische Rehabilitation – Ein Versorgungssystem in der Diskussion. In: Strauß B, Meyer AE (Hg) Psychoanalytische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart New York, 193-212
- König K, Neun H (1979) Psychotherapeutische Heilverfahren. In: Hahn P (Hg) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. IX, Kindler, Zürich, 978-999
- Kordy H, v Rad M, Senf W (1983) Success and failure in psychotherapy: Hypotheses and results from the Heidelberg follow-up project. *Psychother Psychosom* 40: 211-227
- Kriebel A (1993) Spielräume und Grenzsetzungen in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 39: 75-88
- Kriebel R, Noack N, Paar G (1993) Ergebnisse aus der Gelderland-Klinik. *Gruppenpsychother Gruppensyndyn* 29: 275-280
- Küchenhoff J (1991) Zur Theorie und Methodik der Fremdeinschätzung von Abwehrprozessen. *Psychother Psychosom med Psychol* 41: 216-223
- Lamprecht F, Schmidt J, Bernhard P (1987) Stationäre Psychotherapie: Kurz- und Langzeiteffekte. In: Quint H et al. (Hg) Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin: Erfahrungen, Konzepte, Ergebnisse. Springer, Berlin Heidelberg New York, 149-207
- Liedtke R, Reimer I, Künsebeck HW (1993) Ergebnisse aus der Abteilung Psychosomatik der medizinischen Hochschule Hannover. *Gruppenpsychother Gruppensyndyn* 29: 249-253
- Main TF (1946) The hospital as a therapeutic institution. *Bull Menninger Clinic* 10: 66-87
- Main TF (1957) The Ailment. *Brit J Med Psychol* 30: 129
- Main TF (1977) Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft: Wandlungen und Wechselfälle. In: Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hg) Psychotherapie in der Klinik. Springer, Berlin Heidelberg New York (1981) 46-65
- Menninger W (1936) Psychoanalytic principles applied to the treatment of hospitalized patients. *Bull Menninger Clinic* 1: 35-63
- Modell AH (1981) Die „bewahrende Umwelt“ und die therapeutische Funktion der Psychoanalyse. *Psyche* 35: 788-808
- Möhlen K, Heising G (1980) Integrative stationäre Psychotherapie. *Gruppenpsychother Gruppensyndyn* 15: 16-31
- Möller HJ, Laux G, Deister A (2001) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart 2001
- Muhs A (1993) Ergebnisse aus der Psychosomatischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit. *Gruppenpsychother Gruppensyndyn* 29: 259-270
- Muir BJ (1980) Is in-patient psychotherapy a valid concept? Lecture Cassel-Hospital diamond jubilee conference (unpublished)

Nosper M (1999) Evaluation stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Eine empirische Studie zur Ergebnis- und Prozeßqualität von Einzel- und Gruppenpsychotherapien. Dissertation Universität Mainz

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

Paar G, Schneider W (1999) Indikation zur stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: Janssen PL (Hg) *Psychotherapeutische Medizin*. Schattauer, Stuttgart

Plojé PM (1977) Über einige Schwierigkeiten bei der psychoanalytisch orientierten Einzeltherapie von Klinikpatienten. In: Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hg) *Psychotherapie in der Klinik*. Springer, Berlin Heidelberg New York (1981), 183-204

Potreck-Rose F, Matthey K, Neun H (1994) Psychosomatische Einrichtungen in der Übersicht: Bettenkapazität, Ausstattung und Versorgungsstruktur. In: Neun H (Hg) *Psychosomatische Einrichtungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich, 121-132

Rice AK (1969) Individual, group and inter-group processes. *Human Relations* 22: 565-584

Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988) Die Berliner Psychotherapiestudie: Indikationsentscheidung und Therapierealisation in unterschiedlichen therapeutischen Praxisfeldern. *Z Psychosom Med* 34: 2-18

Ruff W, Werner H (1987) Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 33: 238-251

Sandweg R, Sängler-Alt C, Rudolf G (1991) Erfolge in der stationären Psychotherapie – Ergebnisse eines Katamneseprojektes in einer Fachklinik für psychogene Erkrankungen. *Öff Gesundheitswes* 53: 801-809

Schepank H, Studt HH (1976) Die psychosomatische Klinik am Zentralinstitut für seelische Gesundheit. *Med Mannheim* 1: 30-34

Schmidt J (1991) *Evaluation einer Psychosomatischen Klinik*. VAS-Verlag, Frankfurt a. M.

Schneider G, Seidler GH (1995) Internalisierung und Strukturbildung: Theoretische Perspektive und klinische Anwendung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Westdeutscher Verlag, Opladen

Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Z Klin Psychologie* 22: 374-393

Seidl O, Ermann M (2001) Die Psychosomatik in der Psychiatrischen Klinik der LMU. In: Klußmann R, Gross M, Kuse-Isingschulte M (Hg) *Perspektiven einer integrierten Psychosomatischen Medizin*. Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels, 61-74

Seidl O, Ermann M (2003) Die Klinik als psychoanalytischer Raum – Spezifika der stationären analytischen Psychotherapie. In: Gerlach A, Schlösser A, Springer A (Hg) *Psychoanalyse mit und ohne Couch: Haltung und Methode*. Psychosozial-Verlag, Gießen, 180-193

Senf W (1986) Behandlungsergebnisse bei 111 Patienten mit stationär-ambulanter psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. In: Heimann H, Gaertner HJ (Hg) Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen. Springer, Berlin Heidelberg New York, 329-336

Simmel E (1928) Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. Int Z Psychoanal 14: 352-370

Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1994) Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie – Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. Psychother Psychosom Med Psychol 44: 184-192

Streeck U (1998) Persönlichkeitsstörungen und Interaktion – Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 43: 157-163

Thumann C, Vogel R (2001) Ergebnisse einer Katamnese studie. In: Vogel R (Hg) Die Psychotherapiestation. Psychosozial-Verlag, Gießen, 116-146

Tress W, Hartkamp N (2000) Differente Perspektiven auf den Prozeß in stationärer Psychotherapie. Zsch. psychosom. Med. 46: 166-179

Vogel R (2001) Stationäre Psychotherapie: Einführung und Überblick. In: Vogel R (Hg) Die Psychotherapiestation. Psychosozial-Verlag, Gießen, 14-45

Weimer S (2001) Wie effektiv ist Stationäre Psychotherapie? In: Vogel R (Hg) Die Psychotherapiestation. Psychosozial-Verlag, Gießen, 177-184

Winnicott DW (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München

Zauner J (1972) Analytische Psychotherapie und soziales Lernen in Klinik und Heim. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 21: 166-170

Zauner J (1978) Das Problem der Regression und die Rolle des Durcharbeitens im Realitätsraum der psychotherapeutischen Klinik. In: Beese F (Hg) Stationäre Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen Zürich, 42-51

Zielke M (1993) Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags-Union, Weinheim

Danksagung

Bedanken möchte ich mich vor allem bei Herrn Prof. Dr. med. Michael Ermann, Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, für die freundliche Überlassung des Themas.

Ganz besonders danken möchte ich Herrn Dr. med. Dr. rer. pol. Otmar Seidl, stellvertretender Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, für seine engagierte Unterstützung und Begleitung während der gesamten Zeit dieser Promotionsarbeit; der durch seine hilfsbereite und menschliche Art, mit vielen wertvollen Ratschlägen und Anregungen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.

Desweiteren möchte ich mich bedanken bei Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Christian Kinzel und Herrn Dipl.-Psych. Michael Tyroller, MA, die mir durch die Wirren der Statistik geholfen haben, mir wichtige Zusammenhänge aufgezeigt und mein Augenmerk auf relevante Punkte gelenkt haben.

Meinen Freunden und meiner Familie, insbesondere meinen Eltern danke ich für die Geduld, die verständnisvolle Begleitung und Unterstützung bis zur Vollendung dieser Arbeit und weit darüber hinaus. Außerdem möchte ich nicht vergessen, mich bei meinen Nichten Magdalena und Madeleine zu bedanken; einfach dafür, dass ihr da seid. Und natürlich bei dir Bernd, für deine Anregungen, Korrekturvorschläge und für vieles mehr.

Lebenslauf

Name: Konrad Weber
Geburtsdatum und -ort: 8. Oktober 1978 in Deggendorf
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: deutsch
Konfession: römisch-katholisch
Eltern: Maria Weber, geb. Siedersberger und Konrad Weber

Schulbildung: 1985 - 1989 Grund- und Teilhauptschule Grafing
1989 - 1998 Comenius-Gymnasium Deggendorf
Juni 1998 Abitur

Zivildienst: 1998 - 1999 Pflegediensthelfer, KH Plattling (Innere Medizin)

Studium: 1999 - 2006 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München
August 2001 Ärztliche Vorprüfung
August 2002 Erstes Staatsexamen
März 2005 Zweites Staatsexamen
2005 - 2006 Praktisches Jahr
April 2006 Drittes Staatsexamen
April 2006 Approbation als Arzt

2001 - 2004 Studium der Philosophie an der Hochschule für Philosophie in München S.J.
Februar 2004 Bakkalaureat in Philosophie

Berufliche Tätigkeit: seit August 2006 Assistenzarzt an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, LMU München

