

Hildegard Böhme, Ludwig Teusch

„Die Fakten sind freundlich“: Effektivität der Gesprächspsychotherapie unter stationären Bedingungen

Zusammenfassung:

Fragestellung: Die konzeptionelle Weiterentwicklung und die Überprüfung der Wirksamkeit ist ein Grundanliegen der Gesprächspsychotherapie. Eine Prüfung der Effektivität der stationären Gesprächspsychotherapie ist unter dem aktuellen Kostendruck im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung. In der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurden Therapiekonzepte entwickelt und in empirischen Untersuchungen auf ihre Effektivität überprüft, um mit konkreten Fakten zu dieser Diskussion beizutragen. In prospektiven Studien wurde auch geprüft, ob die Wirksamkeit von „reiner“ Gesprächspsychotherapie zusätzliche Verhaltenstherapie oder Psychopharmakotherapie noch gesteigert werden kann.

Methode: Untersucht wurde die Wirksamkeit eines geschäftspsychotherapeutischen Behandlungskonzepts mit personenzentriertem Basiskonzept, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie. In die Untersuchung wurden 371 Patienten mit depressiven Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, somatoformen Störungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Diagnosen F3–F6) eingeschlossen. Standardisierte Messungen erfolgten bei Aufnahme in die Klinik, zum Entlassungszeitpunkt und bei der 1-Jahres-Katamnese. Die Behandlungsdauer lag bei 10–12 Wochen; Als Messinstrumente wurden Fremdratings verwendet wie die Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) und Persönlichkeitstests wie das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) und der Gießen-Test (GIESS). Verglichen wurde die ausschließliche Gesprächspsychotherapie mit einem zusätzlichen, in der Wirksamkeit gut belegten Behandlungselement, der verhaltenstherapeutischen Reizkonfrontation oder der antidepressiven Medikation.

Ergebnisse: Die stationäre Gesprächspsychotherapie erwies sich als hoch wirksam. Sowohl auf der Symptom- als auch auf der Persönlichkeitsebene wurden signifikante und im weiteren Katamneseverlauf stabile Verbesserungen erzielt. – Entgegen den Erwartungen hatte zusätzliche Verhaltenstherapie bei Panik und Agoraphobie auf der Symptomebene bei Therapieende und bei der Einjahreskatamnese keine zusätzlichen Effekte, führte langfristig aber zu geringeren Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene. Auch eine zusätzliche Psychopharmakotherapie führte nicht zu additiven antidepressiven Effekten; sie verzögerte eher die Auseinandersetzung mit Konflikten und war mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet.

Diskussion: Die vorliegenden Ergebnisse belegen die hohe Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären Gesprächspsychotherapie. Dies gilt unter kontrollierten Studienbedingungen ebenso wie unter naturalistischen Versorgungsbedingungen. Die Befunde sprechen dafür, dem Therapieverfahren in der vergleichenden Forschung wieder mehr Aufmerksamkeit zu widmen und bei der Abschätzung der Effizienz kurzfristige und langfristige Wirkungen auf der Symptom- und Persönlichkeitsebene und die jeweiligen Risiken und Nebenwirkungen zu beachten.

Stichwörter: Gesprächspsychotherapie, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Prozess- und Ergebnisforschung, stationäre Psychotherapie

Abstract: „The Facts are Friendly“: The Efficacy of Inpatient Person-Centered Treatment.

Subject: In the person-centered approach the development of new concepts and its evaluation is of central interest. In the Essen Psychiatric University Hospital person-centered concepts were developed, and the efficiency and efficacy was proved empirically. Furthermore empirical investigations were made to find out, if there would be an additional benefit when person-centered treatment was combined with behavioral exposure treatment or antidepressant medication.

Methods: The efficacy of inpatient person-centered treatment was studied, integrating a person centered milieu, individual and group therapy, occupational treatment and psycho gymnastics. Included were 371 patients with depressive disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, somatoform disorders, eating disorders and personality disorders (ICD-10 diagnoses F3–F6). Standardized measurements were made at admission, at discharge and at 1-year-follow-up. The treatment period was about 10–12 weeks. The investigation was made by extern ratings e.g. the

Bech-Rafaelsen-Melancholia-Scale (BRMES) and personality inventories e.g. the Freiburger Personality Inventory (FPI-R) and the Gießen-Test (GIESS). Person-centered treatment alone was compared with a combination with behavioral exposure treatment or with antidepressant medication, which have been proved highly effective.

Results: Inpatient person-centered treatment proved to be highly effective. Significant changes could be observed in terms of symptoms as well as in terms of personality traits, which were stable in the follow-up period. Contrary to our expectations additional behavioral exposure treatment had no superior effect on panic and agoraphobia symptoms in the end of treatment or at one-year-follow-up but superior effects on personality traits on the long term. Additional antidepressant medication had no additional effect on depressive symptoms as well; however, medication slowed down the patients' critical look on conflicts and it was burdened by considerable side-effects.

Discussion: The results indicate the high efficiency and efficacy of inpatient person-centered treatment under randomized clinical conditions as well as in naturalistic study designs. Thus, person-centered treatment should get more attention in the comparative psychotherapy research. Effects in terms of pathological symptoms and personality traits on the short and on the long term as well as side effects and risks should get more attention in future research.

Keywords: *Process and disorder related person-centered therapy, process and outcome research, psychotherapy evaluation, inpatient psychotherapy*

I. Einleitung

Obwohl in vielen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen gesprächspsychotherapeutisch behandelt wird, beschränken sich die publizierten Mitteilungen weitgehend auf Kasuistiken, Konzeptbeschreibungen oder Einzelergebnisse. Eine Ausnahme bildet das Behandlungsprogramm des Psychotherapiebereichs der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, für das systematische Untersuchungen vorliegen, über die im nachfolgenden Beitrag zusammenfassend berichtet wird.

Die Essener Arbeitsgruppe „Gesprächspsychotherapie“ arbeitete neben der theoretischen Konzeptualisierung (Finke & Teusch 1991, 1999, 2002) in dem gesprächspsychotherapeutisch geführten Psychotherapiebereich der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an einer Qualitätssicherung in Form einer Durchstrukturierung der Behandlungsorganisation, Sicherung der personenzentrierten Ausbildung des therapeutischen Mitarbeiter und der Evaluation der Behandlungsergebnisse.

II. Methode

Für die Behandlung wurden folgende Bedingungen geschaffen:

A. Das personenzentrierte Behandlungssetting

- Behandelt wurde eine breiten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen die ambulant nicht ausreichend behandelbar waren bei Ausschluss akuter psychiatrischer Notfälle. Die Indikation wurde in einem Vorgespräch gestellt.
- Die Dauer der stationären Behandlung lag bei 10–12 Wochen, falls indiziert und erwünscht 2 Wochen tagesklinische Nachbehandlung.

- Die Gesprächspsychotherapeutische Kerntherapie umfasste Einzelpsychotherapie (50 Min./Woche) und Gruppen-Gesprächspsychotherapie (3–4 x 90 Min./Woche)
- Die Bewegungs- und Ergotherapie war durch eine personenzentrierte Haltung gekennzeichnet.
- Die Teamarbeit war an personenzentrierten Prinzipien orientiert.
- Zunehmende erfolgte die Einbeziehung von Manualen in die Behandlung.

B. Patienten

Behandelt wurden Patienten mit affektiven Störungen, Angst-, Zwangs-, Ess-, Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Diagnosen: F3–F6.), zum Teil mit vorangegangenem Substanzmissbrauch von Alkohol oder Medikamenten (ICD-10: F1). Die stationäre Aufnahme erfolgte auf ärztliche Einweisung, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreichte nach Prüfung der Aufnahmeindikation in einem Vorgespräch.

C. Evaluation

Wir wollen an dieser Stelle einen Überblick geben über die verschiedenen Studien, die von 1989 bis 1999 durchgeführt wurden und ihre Ergebnisse (s. Forschungsbericht: Finke et al., 1999)

Für die Überprüfung des Behandlungserfolges wurden in festgelegten Studienzeiträumen Patienten mit ausgewählte Störungen oder die vorhandene gemischte Patientenpopulation bei Aufnahme und Entlassung mit psychiatrischen Rating-Skalen und Persönlichkeitstests untersucht. Unser Ziel war nicht nur die subjektiven Änderungen zu erfassen (Selbstbewertungsinventare), sondern auch eine externe Bewertung (Fremdratings) vorzunehmen. Die mit der Durchführung betrauten Untersucher waren erfahrene Diplompsychologinnen, die selbst nicht an der Behandlung beteiligt waren.

Um Aufschluss über die Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu erzielen wurden bei allen noch erreichbaren Patienten 1-Jahres-Katamnesen durchgeführt.

Dank intensiver Bemühungen der Untersucher war die Rücklaufquote hoch. Bis 1997 waren 385 vollständige Behandlungen mit Aufnahme- und Entlassungstests dokumentiert, 371 Patienten davon waren auch katamnestisch untersucht worden (Finke et al. 1999)

Die Rücklaufquote differierte bei den Messinstrumenten: Sie lag bei den Katamnese-Interviews einschließlich Ratings bei 96 %, bei den Persönlichkeitsfragebogen, dem Gießen-Test bei 85 % und dem Freiburger Persönlichkeitsinventar bei 56 %. Die Unterschiede sind zum Teil dadurch bedingt, dass nicht in allen Studien beide Tests vorgesehen waren und dass einige Patienten das mitunter als lästig empfundene erneute Fragebogenausfüllen ablehnten.

Es wurde berechnet (Böhme, Finke & Teusch, 1998), wie sich diejenigen Patienten, die nicht in die Katamneseuntersuchung einbezogen werden konnten, von den Teilnehmenden unterscheiden: Interessanterweise waren sie ihren Anfangsbefunden zufolge leichter krank und hatten sich bei der Entlassung gut gebessert. Bei telefonischem Kontakt gaben einige an, nicht mehr an ihren Psychiatrie-Aufenthalt erinnert werden zu wollen.

Über die einzelnen Studien wurde in verschiedenen Veröffentlichungen berichtet. Ein Teil der Arbeiten beschäftigt sich mit Angststörungen (Teusch & Böhme, 1991; Teusch, Böhme & Gastpar, 1997) und depressiven Störungen (Böhme et al., 1994; Teusch et al., 2001, 2003) ein anderer Teil mit der gemischten Patientenpopulation (Böhme et al., 1998). In einigen Studien wurde der Effekt ausschließlicher Gesprächspsychotherapie verglichen mit der Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation (Teusch, Böhme & Gastpar, 1997; Teusch & Böhme, 1999); Teusch, Böhme & Finke, 2001). Andere Studien vergleichen die Ergebnisse ausschließlicher Gesprächspsychotherapie mit einer Kombination mit antidepressiver Medikation (Teusch et al., 2001, 2003).

III. Ergebnisse

A. Globalmaße

Untersuchung der Depressivität

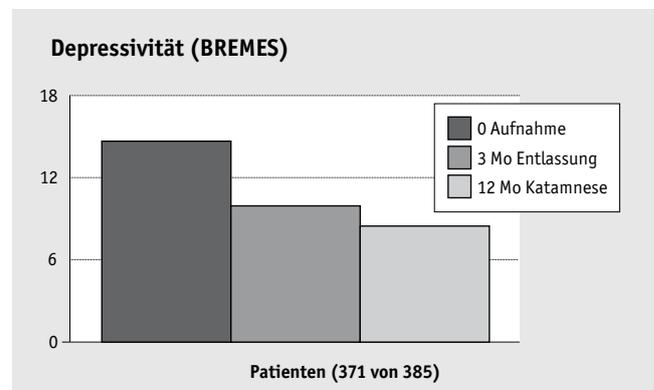
In stationäre psychotherapeutische Behandlung kommen Betroffene in der Regel dann, wenn die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten versagt haben und auch die ambulanten Hilfen versagt hatten. Entsprechend war das psychopathologische Bild fast immer gekennzeichnet durch Verzweiflung und depressive Herabgestimmtheit. Deswegen wurden auch denjenigen Patienten, die nicht primär wegen einer depressiven Störung gekommen waren, auf ihre Depressivität hin untersucht. Bei jeder der Studien waren Werte auf einer Depressions-Skala erhoben worden, am häufigsten

mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES, s. CIPS 1996). Die BRMES gilt als Globalmaß für Depressivität und wird in einem Rating skaliert. Die einzelnen Skalenpunkte erfassen auch Angst und Panik, Körperbeschwerden und Kontaktstörungen, sodass die Skala einem allgemeinen Befindlichkeitsmaß nahe kommt.

Ein Teil der Patienten war aus Gründen des jeweiligen Studiendesigns mit der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD, s. CIPS 1996) untersucht worden. Hier wurden BRMES-Äquivalenzpunkte vergeben.

Auf der mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) gemessenen Symptomebene (s. Abb. 1) findet sich von der Aufnahme (T1) bis zur Entlassung (T2) eine Besserung von 4,75 Roh-Punkten, das entspricht einer Effektstärke von 0,93. Diese Abnahme der Depressivität war statistisch signifikant. Bei der 1-Jahres-Katamnese (T3) war eine weitere Nachbesserung festzustellen.

Abb. 1: Abnahme der Depressivität (Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala – BRMES) bei stationärer Gesprächspsychotherapie



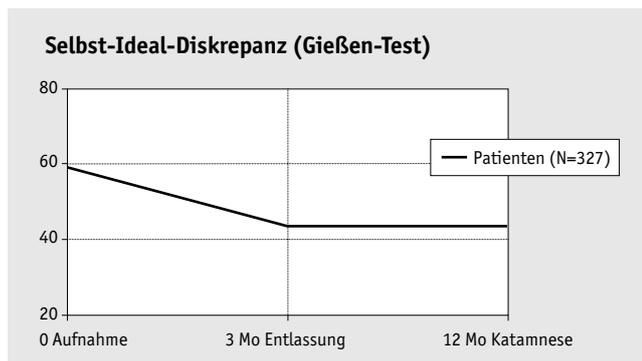
Anmerkung: Depressivität in der BRMES: 0–5 keine Depression, 6–11 leichte Depression, 12–17 mäßige Depression, 18–23 mittelschwere Depression ≥ 24 schwere Depression.

2. Gießen-Test Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID)

Eine in der Gesprächspsychotherapie-Evaluation zentrale Frage zielt auf die Abnahme der Inkongruenz. Ein Inventar, das einen wichtigen Aspekt der Inkongruenz, nämlich die Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal erfasst, ist der Gießen-Test (GIESS – Beckmann, Brähler & Richter 1991). Fast alle Patienten wurden mit dem Gießen-Test untersucht: 381 Patienten bei Aufnahme und Entlassung, 327 bei der 1-Jahres-Katamnese. Der Gießen-Test enthält ein über alle Subskalen addiertes Global-Maß, die Selbst-Ideal-Diskrepanz. Sie erfasst, wie der Patient sich selbst sieht und wie er gern sein möchte.

Die Abnahme der Inkongruenz zwischen Selbst und Ideal ist ein besonderes Anliegen der gesprächspsychotherapeutischen Therapie (Speierer 1994). Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbst-Ideal-Differenz durch unsere Behandlung entscheidend verringert wird (s. Abbildung 2). – Die Besserung war bei der Entlassung (T1–T2) statistisch signifikant.

Abb. 2: Gießen-Test Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID) bei stationärer Gesprächspsychotherapie



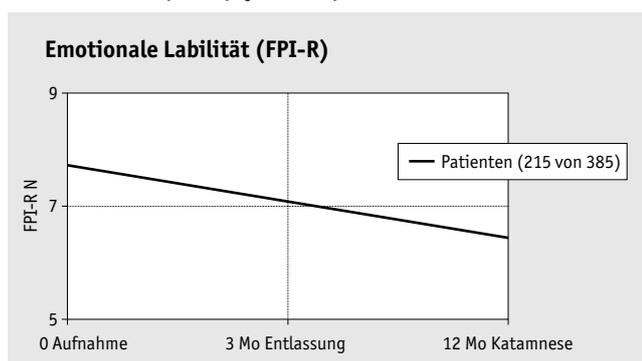
Anmerkung: 0–19 keine, 20–39 leichte, 40–59 mittelgradige, ≥60 hochgradige Selbst-Ideal-Diskrepanz.

Die Selbstwahrnehmung wird positiver und die Patienten können ihr überhöhtes Ich-Ideal heruntersetzen und ein besseres Selbstwertgefühl entwickeln.

3. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) Skala N (Emotionale Labilität)

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg, Hampel & Selg 1989) ist die Neurotizitäts-Skala N „Emotionale Labilität“ das globalste und reliabelste Maß. Von 265 mit diesem Test untersuchten Patienten füllten 215 ihn bei der Katamnese noch einmal aus. Wir fanden eine signifikante Besserung bis zur Entlassung, die sich im Katamnesezeitraum noch weiter fortsetzte (S. Abb.3). Nach Abschluss der Therapie fühlen die Patienten sich emotional stabiler und besser in der Lage, sich auch angesichts von Belastungen ausgeglichen und besonnen zu verhalten.

Abb. 3: Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) Skala N bei stationärer Gesprächspsychotherapie



Anmerkung: Auf der im FPI-R zur Standardisierung verwendeten Stanine-Skala ist ein Wert von 5 normal, 7 weicht um 1 SD von der Norm ab, 9 um 2 SD.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse bei globalen Outcome-Maßen

Bei allen Maßen, der mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) gemessenen Befindlichkeit, der mit dem Gießen-Test gemessenen Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID) und der mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar gemessenen emotionalen Labilität (FPI-R N) ist zu sehen, dass der Schweregrad der Störung bei Therapiebeginn 1–2 SD über der Norm liegt, und dass der Effekt der Behandlung bis zur Entlassung aus der Klinik darin besteht, den Störungsgrad im Mittel der Behandelten an den oberen Rand der Norm zurückzuführen. In dem einjährigen Nachbeobachtungszeitraum bleibt der Behandlungserfolg erhalten oder es kommt sogar noch zu einer leichten Nachbesserung.

„Die Fakten sind freundlich“, um einen Ausspruch von Rogers (zitiert nach Cain 2001) aufzugreifen. Es konnte gezeigt werden, dass die Gesprächspsychotherapie für sich beanspruchen kann, wichtige Variablen auf der Symptomebene entscheidend zu verbessern, und dass zusätzlich eine Normalisierung auf der Persönlichkeitsebene eintritt.

Etwa die Hälfte der Patienten wies eine Komorbidität in Form einer Persönlichkeitsstörung auf. Bei gesonderter Prüfung dieser Patientengruppe (Böhme et al. 1998, Teusch & Böhme 2001), ergab sich, dass gerade Patienten mit schwer behandelbaren Persönlichkeitsstörungen in ihrer Selbstwahrnehmung und in ihrer sozialen Anpassungsfähigkeit von dem gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen profitieren.

Die Fakten könnten natürlich – nach strengen methodischen Kriterien – „noch freundlicher“ sein, das muss einschränkend gesagt werden. Es gibt Behandlungsabbrecher (14 %) und es konnten nicht alle Patienten vollständig mit allen Untersuchungsinventaren erfasst werden.

In einer der Studien (Finke, Teusch & Gastpar (1995) wurden die Patienten gefragt, was sie an der Behandlung für besonders hilfreich halten. Dicht hinter der gesprächspsychotherapeutischen Kerntherapie, dem Einzel- und Gruppengespräch, die 58% der Patienten für einen Erfolg für verantwortlich hielten, rangierte hier mit 55% das „Zusammensein mit anderen Patienten“. Als hilfreich wird offensichtlich das entwicklungsfördernde empathische Klima erlebt, das auch in den therapiefreien Zeiten gefördert wird durch eine personenzentrierte Haltung aller therapeutischer Mitarbeiter.

Besonderen Aufschluss über die spezifische Wirkung der GPT haben wir durch die Gegenüberstellung von Vergleichsgruppen erfüllt. Geeignete Kontrollgruppen zu bilden ist gerade in der Psychotherapieforschung im stationären Bereich nicht leicht. Es gab kein unmittelbar vergleichbares Setting an anderen Kliniken. So wurden Vergleichsgruppen untersucht, bei denen die „reine“ Gesprächspsychotherapie durch einen zusätzlichen – in der Wirksamkeit gut belegten – Therapiebaustein ergänzt wurde im Sinne einer so genannten „add-on“-Strategie.

B. Spezielle Studienergebnisse

In vergleichenden Untersuchungen sollte nun festgestellt werden, ob die Gesprächspsychotherapie durch Kombination mit anderen Behandlungsverfahren noch wirksamer wird. Wir haben zu diesem Zweck Verfahren gewählt, die über eine in der Wissenschaft unbestrittene Wirksamkeit verfügen: die verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation (Teusch, Böhme & Gastpar 1997; Teusch & Böhme 1999; Teusch, Böhme & Finke 2001). und die antidepressive Pharmakotherapie (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar 2001; Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003).

1. Untersuchungen zum Vergleich Gesprächspsychotherapie – verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Angstpatienten

Die am besten evaluierte Methode der Verhaltenstherapie ist die „Exposition“ oder „Reizkonfrontation“ (behavioral exposure). Lange waren die Protagonisten der Verhaltenstherapie davon ausgegangen, dass die Reizkonfrontation eine *conditio sine qua non* für die Besserung der Leitsymptome Panikattacken und Agoraphobie sei.

In einer ersten naturalistischen Studie (Teusch & Böhme 1991) war gezeigt worden, dass Gesprächspsychotherapie bei Panik und Agoraphobie ebenso entscheidende Besserungen auf der Symptomebene (Panikattacken, agoraphobe Vermeidungsreaktionen) erzielt.

In einer prospektiven, randomisierten Studie (Teusch, Böhme & Gastpar 1997) wurden dann 20 stationäre Patienten, die nach dem Manual von Teusch & Finke (1995) gesprächspsychotherapeutisch behandelt wurden, mit 20 anderen, in ihren soziografischen Merkmalen und im Störungsgrad ähnlichen Patienten verglichen, die auf einer anderen Station zusätzlich verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Bei den kombiniert behandelten Patienten erfolgte einmal wöchentlich eine mehrstündige therapeutenbegleitete Exposition der angstbesetzten Situationen, sowie täglich eine manualgeleitete Exposition als „Homework-Programm“ nach dem Manual von Mathews, Gelder und Johnston (1988). Nach der Entlassung wurden Nachuntersuchungen nach 3, 6 und 12 Monaten durchgeführt.

a. Besserung auf der Symptomebene (Panikattacken, Agoraphobie und Depressivität)

Bereits die ausschließliche Gesprächspsychotherapie führt zu signifikanten Verbesserungen auf der Symptomebene (Abnahme der Panikanfälle und der Vermeidungsreaktionen sowie der Depressivität). Die Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation war weder am Ende der Behandlung noch bei der 1-Jahres-Katamnese überlegen. Dieses Ergebnis hat uns sehr überrascht, zumal die Behandler in dem kombinierten Therapieprogramm von der Überlegenheit der Kombination fest überzeugt waren; andererseits war es natürlich auch sehr befriedigend, mit unserem intensiven und aufwendigen gesprächspsychotherapeutischen Therapieprogramm

bei langjährig Angstkranken ausgezeichnete Ergebnisse zu erzielen, die auch durch weitere Verhaltenstherapie nicht mehr gesteigert werden konnten.

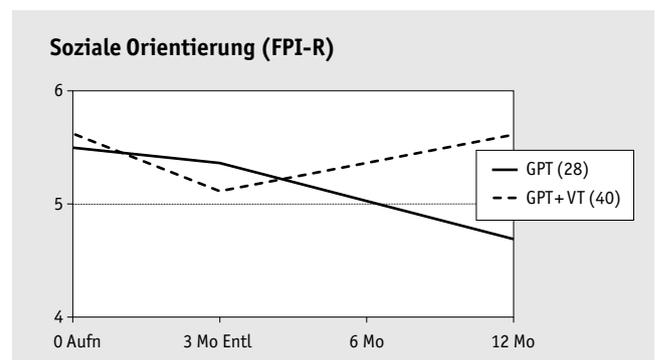
b. Differentielle Auswirkungen auf der Persönlichkeitsebene

Bei den Katamnese-Interviews fiel auf, dass gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten meist spontan von ihren Gefühlen und über ihre Lebenssituation sprachen und über Reaktionen auf Konflikte berichteten, dass sie aber erst auf Befragen Angstsymptome oder körperliche Beschwerden äußerten. Zusätzlich verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten hingegen begannen häufiger mit einer Symptomschilderung und sprachen erst auf Befragen von ihren Partnerschaften und Arbeitsverhältnissen. In den Persönlichkeitsinventaren finden sich Unterschiede (Teusch, Böhme & Finke 2001), die eine differentielle Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie und der Kombination mit zusätzlicher Verhaltenstherapie belegen.

So kommt es bei ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch Behandelten zu einer signifikant stärkeren Abnahme der Körperbeschwerden (FPI-R Skala 8). Die hypochondrische Beobachtung des eigenen Körpers wird entaktualisiert. Dabei mag eine Rolle spielen, dass sich ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf die Wahrnehmung innerpsychischer emotionaler Vorgänge richtet.

Hinsichtlich der übergroßen Hilfsbereitschaft und sozialen Abhängigkeit (FPI-R Skala 2: Soziale Orientierung) findet sich ein Gruppenunterschied bei den unterschiedlichen Therapiebedingungen: Zusätzlich verhaltenstherapeutisch Behandelte werden nur kurzfristig selbständiger und grenzen sich gegenüber den Erwartungen anderer besser ab. Nach der Entlassung steigt ihre Hilfsbereitschaft wieder an (s. Abbildung 4).

Abb. 4: Differentieller Effekt von „reiner“ GPT und zusätzlicher Verhaltenstherapie (GPT+VT) beim Gefühl sozialer Abhängigkeit



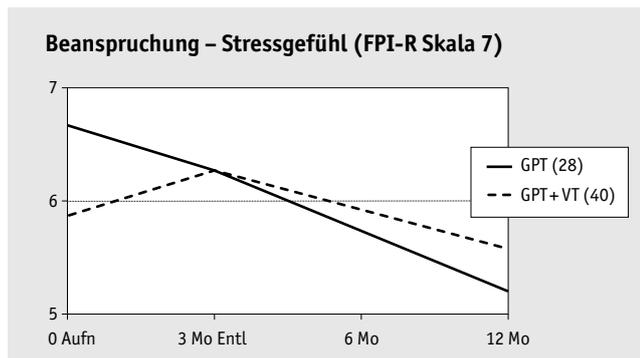
Bei ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten nimmt die Autonomie kontinuierlich zu, wahrscheinlich weil sie nun die eigenen Bedürfnisse und Gefühle besser erkennen und ihre Handlungen nicht am Urteil anderer ausrichten.

Auch hinsichtlich des Gefühls der „Beanspruchung“ (FPI-R Skala 7) ergibt sich ein signifikanter Unterschied (s. Abb. 5: Die zusätzlich verhaltenstherapeutisch Behandelten beschreiben, dass

sie – vermutlich durch die verhaltenstherapeutischen Übungen – vermehrt unter Stress geraten und bauen dieses Stressgefühl erst allmählich bis zur 1-Jahres-Katamnese ab.

Die ausschließlich geschäftspsychotherapeutisch behandelten Patienten empfinden – möglicherweise weil sie besonders auf ihre Belastungsgrenzen achten und ihre Beziehungskonflikte besonders intensiv und erfolgreich bearbeiten – ein zunehmend geringeres Stressgefühl.

Abb. 5: Differentieller Effekt von ausschließlicher Gesprächspsychotherapie und zusätzlicher Verhaltenstherapie (GPT+VT) auf die subjektive Stressbelastung

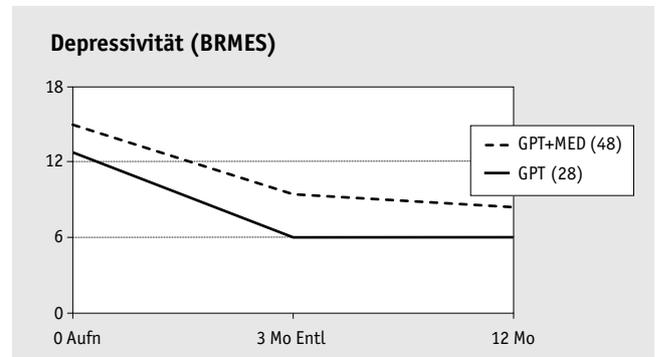


2. Untersuchungen zum Vergleich Gesprächspsychotherapie allein oder in Kombination mit antidepressiver Pharmakotherapie

Können depressive Patienten psychotherapeutische Angebote intensiver oder früher annehmen und umsetzen, wenn sie zusätzlich mit Antidepressiva behandelt werden? Erleichtert die antidepressive Medikation durch Besserung der Grundstimmung, Lösung kognitiver Blockaden und Verminderung des Leidensdrucks den psychotherapeutischen Zugang? Diese Auffassung wird von Klinikern immer wieder betont. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass bei kombinierter Behandlung die Besprechung der Medikamenteneinstellung und ihrer Nebenwirkungen, sowie der erforderlichen medizintechnischen Zusatzuntersuchungen einen beträchtlichen Raum im Gespräch mit dem Arzt einnimmt. Ein weiteres Problem der Pharmakotherapie liegt sicher darin, dass sich nicht selten störende Nebenwirkung einstellen, vor allem aber, dass Patient und Therapeut u. U. von Woche zu Woche auf den Eintritt der Medikamentenwirkung warten und eine ernsthafte Beschäftigung mit Introspektion, Gefühlswahrnehmung, Bewertung und Lösungsfertigkeiten darunter leidet. (Teusch & Gastpar 2000). Um den Einfluss der Psychopharmakotherapie auf Selbstöffnungsprozesse depressiver Patienten zu untersuchen, wurden naturalistische prospektive Studien durchgeführt (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar 2001; Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003). In einer dieser Studien (Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003) wurden alle depressiven Patienten unserer Psychotherapiestationen erfasst und zwar diejenigen, die mit

„reiner“ GPT behandelt wurden und Patienten, die zusätzlich eine antidepressive Medikation erhielten. Die Gabe von Antidepressiva ging häufig mit Zusatzverordnungen von Sedativa oder Betablockern einher (ausführliche Angaben zur Medikation in der Originalarbeit).

Abb. 6: Besserung der Depressivität bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und Kombination mit Psychopharmaka (GPT+MED)



Aus den Daten (s. Abbildung 6) ist zu erkennen dass die Depressivität durch eine antidepressive Medikation weder bei der Entlassung noch bei der Katamnese rascher oder stärker abgenommen hatte. Die zusätzliche Gabe von Antidepressiva hat sich nicht vorteilhaft ausgewirkt. Zumindest bei mittelschwerer Depressivität und einem intensiven Gesprächspsychotherapieprogramm bringt eine Kombination mit antidepressiver Medikation keinen zusätzlichen Gewinn.

In Ergänzung zu den Ergebnismessungen wurde in dieser Studie eine wichtige Therapieprozessvariable untersucht. Die Frage war, wie sich die zusätzliche antidepressive Medikation auf die Problembearbeitung in der Psychotherapie auswirkt. Dies wurde mit der Therapieprozess-Skala „Assimilation problematischer Erfahrungen (APES)“ von Stiles (1992) überprüft. Therapeut und Bezugspfleger oder -schwester schätzten anhand von 19 vorgegebenen Problem-Items ein, welche Assimilationsstufe der Patienten erreicht hat. Diese Assimilationsstufen (APES) reichen von Abwehr über gedankliches Problembewusstsein und vertieftes Erspüren der beteiligten Emotionen bis hin zum Erreichen von Einsicht und praktischem Ausprobieren neuer Lösungen. Die Ratings erfolgten in der Mitte (nach 6 Wochen) und am Ende der stationären Behandlung.

Ausschließlich geschäftspsychotherapeutisch Behandelte erreichen schon in der Mitte der Behandlung signifikant höhere Bearbeitungsstufen in den Therapiegesprächen (Einsicht und praktische Umsetzung). Zusätzlich medikamentös Behandelte bleiben häufiger bei vager Problembeschreibung, schwacher Emotionalisierung, geringer Einsicht in eigene Verhaltensmuster, geringem Bemühen neue Verhaltensweisen zu erproben stehen, bleiben also in der Prozessqualität ihrer Psychotherapie zurück (s. Abbildung 7).

Sodann kommt es bei medizierten Patienten zu einer Reihe unerwünschter Nebeneffekte. Diese wurden in der Mitte der Behandlung und noch einmal bei der Entlassung untersucht. Die Nebenwirkungen wurden anhand einer Liste von Benfield und Ward (1986) in einem strukturierten Interview erfasst.

Abb. 7: Therapieprozessqualität bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und zusätzlicher Gabe von Psychopharmaka (GPT+MED)

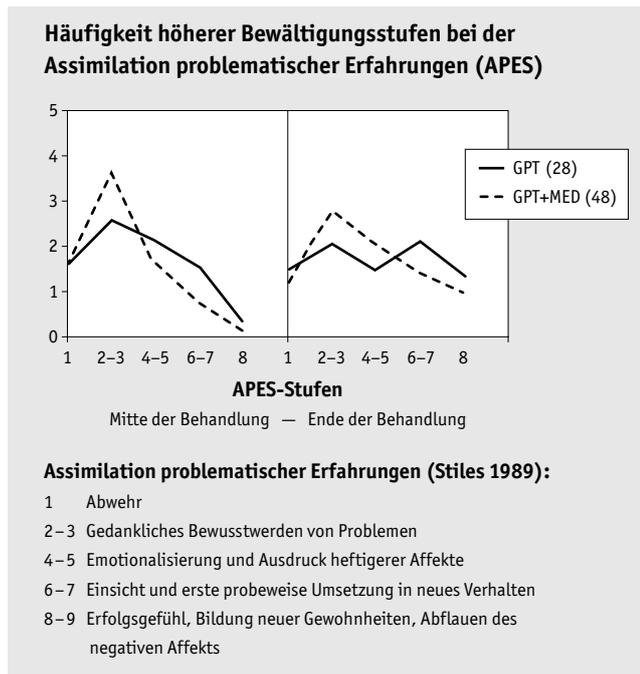
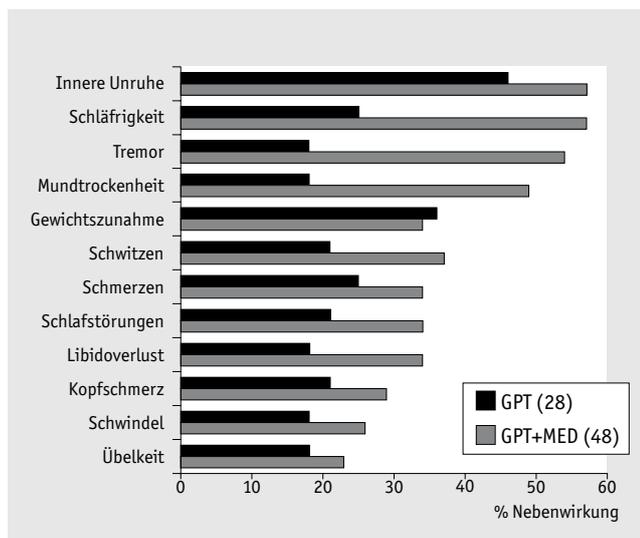


Abb. 8: Bei der Entlassung angegebene Beschwerden („Nebenwirkungen“) bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und bei zusätzlicher Gabe von Psychopharmaka (GPT+MED)



Auch bei „reiner“ Psychotherapie wird über quälende Symptome („unerwünschte Nebenwirkungen“) geklagt, vor allem über eine unerwünschte Gewichtszunahme und über ein Gefühl, unangenehm erregt zu sein – die Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen und denen der Mitpatienten ist aufregend!

Es kommt aber bei zusätzlicher Pharmakotherapie in einem viel höheren Prozentsatz zu Schläfrigkeit, Übererregung, Tremor etc. (s. Abbildung 8).

Medizierten Patienten waren ein Jahr nach Ende der stationären Behandlung doppelt so häufig in psychopharmakologischer Behandlung.

III. Diskussion

Unsere Untersuchungen zeigen, dass die stationäre Gesprächspsychotherapie unter Versorgungsbedingungen ausgezeichnete und langfristig stabile Effekte bei den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (ICD-10-Diagnosen F3 – F6) hat. Einer der Vorteile einer stationären Behandlung liegt in der hohen Frequenz psychotherapeutischer Maßnahmen und darin, dass der Patient in den verschiedenartigen verbalen und nonverbalen Therapieangeboten und im Miteinander mit anderen Patienten intensiv angeregt wird und dass er die Solidarität anderer Betroffener erfährt.

Stationäre Psychotherapie ist nachweislich hilfreich und effektiv bei Angst und Depression (Härter et al., 2004). Ein hoher Rang kann dabei der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung zukommen.

Die Gesprächspsychotherapie ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeiten durch die zusätzliche Integration von Techniken der Verhaltenstherapie auf der Symptomebene nicht wesentlich zu verbessern. Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene sind bei zusätzlicher Verhaltenstherapie weniger ausgeprägt: wenn der Blick zu sehr auf die Beobachtung von Körpersymptomen und die Willensanstrengung bei Reizkonfrontationsübungen gerichtet bleibt, werden Autonomie und soziale Kompetenzen weniger gefördert. Die Frage, ob eine nur auf die Leitsymptome abzielende Behandlungstechnik, wie die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie, ausreicht, ob nicht auch Beziehungsarbeit geleistet werden muss, um dauerhaftere Persönlichkeitsveränderungen einzuleiten, stellt sich in der Verhaltenstherapie selbst (Grawe 1998).

Eine Kombination mit antidepressiver Pharmakotherapie steigerte hier den antidepressiven Effekt nicht, erzeugte aber erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen. Hier soll nicht in Abrede gestellt werden, dass manche Betroffene mit schweren Depressionen oder schwersten Angsterkrankungen überhaupt erst durch Psychopharmaka einer Behandlung zugänglich werden. Bei den meisten Patienten jedoch, bei denen auch eine effizientere Selbststeuerung den erwünschten Effekt bringt, müssen die Risiken einer Pharmakotherapie kritisch bedacht werden.

Die vorgestellten Ergebnisse belegen die hohe Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären Gesprächspsychotherapie. Dies gilt unter kontrollierten Studienbedingungen ebenso wie unter naturalistischen Versorgungsbedingungen. Klinische Erfahrungen und empirische Befunde sprechen dafür, dem Therapieverfahren in der vergleichenden Forschung wieder mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Bei der Abschätzung der Effizienz sollten die ausgezeichneten kurzfristigen und langfristigen Wirkungen auf der Symptom- und Persönlichkeitsebene und die geringen Risiken und Nebenwirkungen beachtet werden.

Literatur:

- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1991). *Der Gießen-Test*. Bern: Huber.
- Benfield, P. & Ward, A. (1986). Fluvoxamine: A review of pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* 32, 313–314.
- Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Staudinger, T. (1994). Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie. *Psychosom. Med. Psychol.* 44, 432–439.
- Böhme, H., Finke, J. & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: Ein-Jahres-Katamnese. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 48, 20–29.
- Cain, D. (2001). „Die Fakten sind freundlich“. Belege aus der Forschung für die Effizienz der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien. *PERSON* 5, 2, 29–31.
- CIPS (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Revidierte Fassung*. Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (Hrsg.) (1991). *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. & Teusch, L. (1996). Gesprächspsychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 195–200). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (1999). Psychotherapiemanual. Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. *Psychotherapeut* 44, 101–107.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien: Springer.
- Finke, J., Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1999). *Forschungsbericht der Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapieforschung*. Unveröff., beim Verf. erhältlich.
- Finke, J., Teusch, L. & Gastpar, M. (1995). Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik – eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. *Psychiat. Praxis* 22, 112–116.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F. et al. (2003). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Prozess- und Erlebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. *Scand. J. Caring Sci.* 17, 339–46.
- Mathews, A., Gelder, M. & Johnston, D. (1988). *Agoraphobie*. (dt. Bearbeitung von C. Wilke & I. Hand) Berlin: Springer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell, Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stiles, W. B. (1992). Assimilation in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In R. Sachse, G. Lietaer & W. B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte in der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 39–47). Heidelberg: Asanger.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit geschäftspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 41, 68–76.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered “nonprescriptive” treatment on exposure. *Psychotherapy Research* 9, 115–123.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie und Panikstörung. *Nervenarzt* 72, 31–39.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. & Gastpar, M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with pharmacological treatment: an empirical follow-up study. *Psychother. Psychosom.* 70, 328–336.
- Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure. *Psychother. Psychosom.* 66, 293–301.
- Teusch, L., Böhme, H., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 13, 307–322.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die geschäftspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40, 88–95.
- Teusch, L. & Gastpar, M. (2000). Zum Verhältnis von Psychotherapie und Pharmakotherapie: Störungspotentiale und positive Interaktionsmöglichkeiten. In H. J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (S. 62–71). Stuttgart: Enke.

Autoren:

Hildegard Böhme, Dipl.-Psych. Klinische Psychologin, Langjährig tätig an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Duisburg-Essen in Essen.

Forschungsschwerpunkt: Psychotherapieprozessforschung und Psychotherapie-Evaluation

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, apl. Professur am Universitätsklinikum Duisburg-Essen.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Ludwig Teusch

Abt. Psychiatrie und Psychotherapie

Grutholzallee 21

D-44577 Castrop-Rauxel, Deutschland

E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de