

8. METHODE

8.1 Durchführung der Untersuchung

Die PAL-Studie wurde wiederholt an Mitgliederversammlungen der SGAP und am Institut vorgestellt. Dabei wurden die Therapeuten aufgefordert, sich mit 1 bis 2 eigenen Fällen an der Studie zu beteiligen. Informiert wurde namentlich auch über den Arbeitsaufwand einer Studienteilnahme. Entschädigungen dafür konnten keine ausgerichtet werden. Unausgewählt sollten Patienten im Verlaufe der ersten abklärenden Sitzungen gefragt werden, ob sie zur Mitarbeit an der Studie bereit wären. Einzige Aufnahmebedingung war das Vorliegen einer eindeutigen, krankheitswertigen psychischen Störung gemäss Kapitel V der ICD-10. Die Patienten durften darüber informiert werden, dass die Untersuchung für die Anerkennung der Psychotherapie und die Qualitätssicherung wichtig sei. Den Probanden wurde ferner die Rückerstattung von Reisespesen im Zusammenhang mit der Studienteilnahme zugesichert. Mit der Rekrutierung der Probanden wurde im Herbst 1997 angefangen. An den Informationsveranstaltungen und an Mitgliederversammlungen der SGAP wurden Listen von Therapeuten aufgenommen, die sich an der Studie beteiligen wollten. Rund 50 Therapeuten haben sich auf diesen Listen eingetragen. Ihnen wurden die Unterlagen für die konsekutive Einbringung von 1-2 Fällen zugestellt. Die Therapeuten mussten nur zur Rekrutierung von Fällen während der Vorgespräche zur Therapie mit den Patienten über die Studie sprechen und ihnen Unterlagen zur Information abgeben, die auch eine versandbereite Einverständniserklärung zur Mitarbeit in der Studie enthielten. Gleichzeitig meldeten die Therapeuten den Probanden mit einem entsprechenden Formular und dem Fragebogen „Initiale Diagnostik“ im Studienzentrum an. Mit dem Eintreffen der Einverständniserklärung galt der Proband als in die Studie aufgenommen. Eine Probanden- und eine Therapeutennummer wurden zur Anonymisierung sämtlicher Untersuchungsunterlagen zugeteilt. Die Anmeldeunterlagen wurden getrennt von den Untersuchungsmaterialien im Studiensekretariat sicher aufbewahrt. Von nun an führte die Sekretärin die Beteiligten durch die Untersuchung. Die Probanden wurden zu den Forschungsinterviews und für das Ausfüllen der Fragebogen ohne Zutun ihrer Therapeuten aufgeboten. Den Therapeuten wurden jeweils zu den Messzeitpunkten die entsprechenden Unterlagen zur Bearbeitung zugestellt. Die Sekretärin kontrollierte den Rücklauf der Untersuchungsunterlagen aller Beteiligten und mahnte Säumige. Im ersten halben Jahr der Studie wurden knapp 20 Probanden angemeldet. Später verlief die Rekrutierung schleppend, so dass die ursprünglich auf 1 Jahr festgesetzte Rekrutierungsphase auf 2 ½ Jahre ausgedehnt werden musste.

Dieser Umstand führte dazu, dass sich die Probanden in ganz unterschiedlichen Therapiephasen befanden. Während erste Behandlungen bereits abgeschlossen waren und erste Interviews zur Einjahreskatamnese durchzuführen waren, wurden die letzten Studienfälle rekrutiert. Die Untersuchungen wurden für eine erste Auswertung im Februar 2003 abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt waren vier Therapien noch nicht beendet. Die vier Fälle gingen mit den Daten des letzten Messzeitpunktes in die Auswertung ein. Für die vier Fälle wird die Untersuchung zu den vorgesehenen Messzeitpunkten weitergeführt. Zum Therapieabschluss erhielten alle Probanden als Anerkennung einen Büchergutschein. Weitergeführt werden auch Untersuchungen zur Ein- und Dreijahreskatamnese, sofern das Einverständnis der Probanden für die entsprechenden Interviews vorliegt. Während der Untersuchungsphase fanden regelmässige Treffen mit den Kollegen in Deutschland und Meetings im eigenen Team statt. Regelmässig wurde an den Mitgliederversammlungen der SGAP und in einem Forschungskolloquium am Institut über den Studienverlauf orientiert. Mit den mitarbeitenden Therapeuten wurden wiederholt Treffen organisiert, an denen wiederum über den Studienverlauf orientiert wurde, praktische Fragen der Therapeuten zum Untersuchungsablauf beantwortet werden konnten und die beteiligten Therapeuten über allgemeine Erfahrungen bei der Mitarbeit in der Studie berichteten. Im Team der Interviewer und Rater gab es während der Untersuchungsphase einen Wechsel. Es wurde zudem um einen Rater vergrössert. Nicht verschwiegen werden soll, dass die Mittelbeschaffung zur Durchführung der Studie immer wieder besonderer Anstrengungen seitens der SGAP und des Instituts bedurfte.

8.2 Rekrutierung von Probanden und Therapeuten

8.2.1 Vorgaben der Basisdokumentation

Bei der Erhebung der Basisdokumentation „Jungianer und Psychotherapieforschung“ im Frühjahr 1994 befürworteten knapp zwei Drittel der Antwortenden (n= 204) die Wichtigkeit der Therapieevaluation zwecks Wirksamkeitsnachweis und Qualitätssicherung. Mehrheitlich wurde ein qualitativ, beschreibender Untersuchungsansatz bevorzugt und 70% der Antwortenden (n=190) gaben an, dass eine Kombination von qualitativ-beschreibenden und quantitativen, statistischen Methoden zur Untersuchung der Jung'schen Psychotherapien sinnvoll ist.

Die Therapeuten wurden auch gefragt: „Könnten Sie sich vorstellen mit eigenen Fällen an einer Studie zur Beurteilung von Fallverläufen teilzunehmen?“ Es ergaben sich die Antworten von Tabelle 8.1.

Tabelle 8.1: Potentielle Bereitschaft zur Mitarbeit in der Studie

Antwortmöglichkeiten	Antworten	
	(n=199)	%
Ja	(42)	21
Vielleicht	(68)	34
Eher nicht	(35)	18
Gar nicht	(30)	15
Weiss ich noch nicht	(24)	12

Mit 21% Ja-Antworten und 34% Vielleicht-Antworten durfte mit einer ausreichenden Teilnahme von Therapeuten an der Studie und mit einer ausreichenden Rekrutierung von Studienfällen gerechnet werden.

8.2.2 Allgemeines zur Rekrutierung der Studienfälle

Die Rekrutierung von Studienfällen erwies sich als weit schwieriger als gedacht. Die ursprünglich geplante einjährige Rekrutierungsphase musste auf über 2 Jahre ausgedehnt werden. Insgesamt brachten schliesslich 26 Therapeuten 37 Fälle in die Studie ein.

Um eventuelle Selektionseffekte zu prüfen, wurden mit einem sogenannten Auswahlfragebogen alle Therapeuten, die an der Studie beteiligten und jene, die ihre Bereitschaft zur Mitarbeit an der Studie kundgetan hatten, aber schliesslich keine eigenen Fälle eingebracht hatten, über die Auswahl von Studienfällen befragt. Die Fragebogen geben Aufschluss über die Faktoren, die bei der Aufnahme von Probanden in die Studie eine Rolle gespielt haben und damit die Zusammensetzung der Probandenstichprobe beeinflusst haben könnten. Gefragt wurde nach den Gründen der Therapeuten, neue Patienten, und damit potenzielle Studienfälle, nicht nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zu fragen, sowie nach den Ablehnungsgründen befragter Patienten. Für jeden potenziellen Probanden, der nicht angefragt wurde oder die Teilnahme an der Studie ablehnte, sollte ein Fragebogen ausgefüllt werden.

Von 31 Therapeuten liegen insgesamt 63 Antwortbogen vor, wobei 3 Bogen lediglich allgemein formulierte Angaben enthalten. Von den verbleibenden 60 Antwortbogen stammen 39 von 18 Therapeuten die mit 1 bis 2 Fällen an der Studie teilgenommen haben („Studienteilnehmer“). 21 Antwortbogen stammen von 10 Therapeuten, die eine Mitarbeit erwogen hatten und schliesslich keine eigenen Fälle in die Studie eingebracht haben („Nichtteilnehmer“).

Es fanden sich unterschiedliche, auch Mehrfachangaben der Therapeuten (von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern) über die Gründe, aufgrund derer a)

Patienten nicht nach ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit in der Studie gefragt wurden, und b) warum Patienten die Studienteilnahme abgelehnt haben. So gaben Studienteilnehmer an, dass sie die ersten neuen Patienten gefragt hätten, ob sie zur Mitarbeit in der Studie bereit wären. Da sich diese dazu entschliessen konnten, und auch die entsprechenden Unterlagen ausfüllten, entfielen weitere Rekrutierungsanstrengungen. Zwei Nichtteilnehmer gaben an, dass sie in der Rekrutierungsphase der Studie keine Neuanmeldungen hatten.

Weitere Angaben betrafen Ausschlussgründe für die Studie. So wurde angegeben, dass sich nur Ausbildungskandidaten oder für die Studie zu wenig gestörte Patienten für eine Therapie angemeldet hätten. Auch sprachliche Probleme wurden aufgeführt. Die Patienten wären nicht in der Lage gewesen, die Fragebogen ohne Hilfe auszufüllen. Zahlreiche Angaben betrafen äussere Gründe, wie Zeitmangel oder zu lange Anfahrtswege der Patienten. Weitere Angaben betrafen prinzipielle Vorbehalte. Ein Nichtteilnehmer fand es grundsätzlich zu heikel, Neuaufnahmen anzufragen. Einmal wurde die Therapie schon ohne eine Studienteilnahme als sehr belastend bezeichnet. In einigen Fällen wurden Patienten nicht angefragt, weil sie schwere traumatische Erfahrungen erlebt hatten. In einem dieser Fälle soll die Problematik für die Studienteilnahme zu schambesetzt gewesen sein. In den anderen Fällen wurden die Patienten als zu schwer gestört eingestuft. Potenzielle Probanden wurden auch als zu unzuverlässig für die Studienteilnahme bezeichnet. In weiteren Fällen war eine erwartete negative Reaktion der Patienten ein Hinderungsgrund für die Anfrage und wiederholt soll die Anfrage eine heftige ablehnende Reaktion ausgelöst haben.

8.2.3 Differenzierung der Gründe für die Nichtaufnahme von Patienten in die Studie

Im Folgenden soll eine Differenzierung der aufgeführten Gründe für die Nichtaufnahme von Patienten in die Studie vorgenommen werden. Angaben (n=29) aus den Bereichen

- zu grosse soziale Nähe zum Forschungsteam von in der Medizin bzw. in der Psychotherapie tätigen Patienten beziehungsweise von Angehörigen derselben
- äussere plausible Gründe wie zu grosse Entfernung des Wohnortes der Patienten vom Studienzentrum
- zu grosse berufliche und zeitliche Belastung
- sprachliche Probleme
- eine zu geringe Störung

werden als studienneutrale Gründe für die Nichtaufnahme der Patienten bezeichnet. Sie sind in der Tabelle 8.2 zusammengefasst dargestellt, wobei unterschieden

Tabelle 8.2: Studienneutrale Gründe für die Nichtaufnahme von Patienten

	Therapeutenangaben (n=29)			
	von Studienteilnehmern		von Nichtteilnehmern	
	Patient lehnt Teilnahme ab	Patient nicht angefragt	Patient lehnt Teilnahme ab	Patient angefragt
Soziale Nähe	0	3	1	1
Äussere Gründe (Zeitaufwand, Weg, Sprache)	4	2	4	3
Zu leicht gestört	0	3	0	1
Bereits Fälle in der Studie	0	0	7	0
Total	4	15	5	5

Tabelle 8.3: Studienrelevante Gründe für die Nichtaufnahme von Patienten

	Therapeutenangaben (n=31)			
	von Studienteilnehmern		von Nichtteilnehmern	
	Patient lehnt Teilnahme ab	Patient nicht angefragt	Patient lehnt Teilnahme ab	Patient angefragt
Zu schwer gestört	0	10	0	4
Antizipierte Schwierigkeiten bezüglich Mitarbeit	0	4	0	1
Negative persönlichkeitspezifische Reaktionen	6	0	6	0
Total	6	14	6	5

wird zwischen Angaben von Therapeuten, die sich an der Studie mit 1-2 Behandlungsfällen beteiligt haben („Studienteilnehmern“) und Angaben von Therapeuten, die schliesslich keine Fälle eingebracht und an der Studie nicht teilgenommen haben („Nichtteilnehmern“). Unterschieden wird ferner, ob eine Anfrage an die Patienten erwogen wurde, aber nicht erfolgte („Patient nicht angefragt“), und Anfragen, die von den Patienten abgelehnt wurden („Patient lehnt Teilnahme ab“). Angaben (n=31) aus den Bereichen

- zu schwere Störung
- fehlende Compliance und Eignung für die Mitarbeit in der Studie
- negative und ablehnende persönlichkeitspezifische Reaktion der Patienten
- Vorbehalte allgemeiner Art gegenüber Forschung und der Studie

werden als studienrelevante Gründe für die Nichtaufnahme der Patienten bezeichnet. Sie sind in Tabelle 8.3 zusammenfassend dargestellt. Es wird wiederum zwischen Angaben von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern unterschieden, ferner ob eine Anfrage an die Patienten nur erwogen, aber unterlassen wurde, oder ob die Studienteilnahme von den Patienten abgelehnt wurde.

8.3 Probandenstichprobe

8.3.1 Vorgaben der Basisdokumentation

Zur Basisdokumentation haben 172 Therapeuten Angaben über 3224 Patienten beigetragen. 2721 Patienten waren bei diplomierten und 463 bei Therapeuten in Weiterbildung in Behandlung. 62% der Patienten waren weiblichen und 38% männlichen Geschlechts (von n=3192). Davon (n=3316) waren 249 (11%) Kinder und Jugendliche. 2221 der Patienten (71%) waren zwischen 20 und 49 Jahre alt und 546 (18%) 50-jährig und älter. Das Durchschnittsalter betrug 37 Jahre. 46% (von n=3185) der Patienten waren ledig, 39% verheiratet, 13% getrennt oder geschieden und 2% verwitwet. 17% (von n=3140) hatten eine Primar- oder einen Sekundarschulabschluss, 35% hatten eine Berufslehre abgeschlossen, 23% hatten eine Matura, einen Fachhochschul- oder Diplommittelschulabschluss und 25% einen Universitäts- oder Hochschulabschluss oder waren noch im Studium.

Von Interesse sind die Diagnosegruppen. Gemäss Vorgaben im Fragebogen wurden für über 3000 Patienten die Angaben in Tabelle 8.4 gemacht. Es wurde in Anlehnung an eine damals im Raum Zürich durchgeführte Erhebung über die Patienten von niedergelassenen Psychiatern (Bischof, 1994) ein vereinfachter Diagnoseraster nach ICD-10 gewählt, um einen Vergleich zwischen den von Jung'schen Psychotherapeuten und niedergelassenen Psychiatern behandelten Diagnosegruppen zu ermöglichen.

Tabelle 8.4: Verteilung der Diagnosegruppen in der Basisdokumentation

Diagnosegruppen	Patienten	
	(n=3201)	%
Affektive Psychose	109	3
Schizophrenie	67	2
Suchtproblematik	116	4
Symptomneurose	1124	35
Persönlichkeitsstörung	386	12
Borderline-Störung	205	6
Psychosomatische Erkrankung	302	9
Störung des Kindes- und Jugendalters	396	13
Andere	496	16

In 67% der erfassten Behandlungsfälle (n= 3181) wurde als Art der Behandlung eine Langzeittherapie/ Analyse angegeben. In 17% wurde eine Betreuung/ stützende Therapie angegeben. Selten wurden Kriseninterventionen, Paar- und Familientherapien, Abklärungen, Kurztherapien und andere Therapieformen angegeben (jeweils 1 bis 5%, insgesamt 16%).

13% der Patienten (von n=3147) nahmen gleichzeitig mit der Therapie Medikamente ein. Diese Patienten waren somit gleichzeitig, mindestens für die Verschreibung der Medikamente, bei Psychiatern oder anderen Ärzten in Behandlung. 70% der Patienten mit Therapie und gleichzeitiger Medikamenteneinnahme gehörten den beiden Diagnosegruppen Affektive Psychose und Schizophrenie an. 62% der Patienten (von n=3197) befanden sich zum Erhebungszeitpunkt während 2 bis 2½ Jahren in Behandlung und 12% seit einem halben Jahr und weniger.

Die Verteilung der Diagnosegruppen in der psychotherapeutischen Praxis war mit derjenigen der psychiatrischen Praxis vergleichbar. Psychiater behandelten erwartungsgemäss mehr Patienten der Diagnosegruppen Schizophrenie und Affektive Psychose (je 10%) sowie mehr Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (32%).

8.3.2 Therapie- und Studienabbrecher, ausgeschlossene Fälle

In die Studie aufgenommen wurden 37 erwachsene Probanden.

- Davon wurden zwei Fälle mit unklarer Indikation von der Auswertung ausgeschlossen und als Kontrollen mitgeführt.
- Drei weitere Probanden erschienen nur zum ersten Interview. Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt. Da von diesen drei Fällen lediglich eine unvollständige Dokumentation der Ausgangssituation vorliegt, wurden sie von der Auswertung ausgeschlossen. In einem Fall ist bekannt, dass die Therapie fortgesetzt wurde

und der Proband ungünstig und misstrauisch auf das erste Interview reagiert hatte. In einem anderen Fall ist anzunehmen, dass die lange Anreise hinderlich war. Weitere Informationen, namentlich über die Weiterführung der Therapie liegen nicht vor.

- In einem Fall wurde die Therapie aus finanziellen Gründen nach 16 Sitzungen unterbrochen. Schliesslich kam es zum Therapieabbruch und demzufolge zum Abbruch der Studienteilnahme.
- Bei weiteren drei Probanden kam es nach 40 beziehungsweise 77 und 135 Therapiesitzungen zum Abbruch der Studienteilnahme. Im ersten Fall wurde die Therapie weitergeführt und abgeschlossen, im zweiten und dritten Fall vorerst weitergeführt. Es ist nicht bekannt, ob diese Therapien abgeschlossen wurden. Lediglich in einem Fall sind die Gründe für das Ausscheiden bekannt. Es wurde schriftlich mitgeteilt, dass das Vertrauen in die Studie verloren gegangen sei.

In Anhang I ist eine zusammenfassende Tabelle zu den Therapie- und Studienabbrechern sowie zur Auswertung ausgeschlossener Fälle enthalten.

8.3.3 Effektive Studienfälle

Die Angaben in diesem Abschnitt beziehen sich auf 28 Studienfälle ohne Therapie- und Studienabbrecher sowie die ausgeschlossenen Fälle.

8.3.3.1 Soziodemografische Daten

Von den 28 Probanden sind 19 (68%) weiblichen und 9 (32%) männlichen Geschlechts. Das mittlere Alter beträgt 34,3 Jahre. Die Altersverteilung ist bei den Frauen weiter gestreut (22 bis 57 Jahre) als bei den Männern (30 bis 44 Jahre). 24 Probanden (86%) sind schweizerischer und 4 (14%) anderer Staatsangehörigkeit. Über die Hälfte (54%) sind ledig (Frauen 58%, Männern 44%). Knapp 1/3 der Frauen (32%) und 44% der Männern sind in erster Ehe oder wieder verheiratet. Geschieden sind eine Frau und ein Mann, verwitwet eine Frau, in Trennung ein Mann. Gut ein Viertel aller Probanden hat eigene Kinder, wobei 4 von 9 Männern (44%) und 4 von 19 Frauen (21%) Kinder haben. Adoptiv- oder Stiefkinder wurden keine angegeben.

Die meisten Probanden (86%) wohnten im eigenen Haushalt, einzelne Probanden in Wohngruppen oder in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Es wurde nach dem höchsten erreichten Schul- und Studienabschluss gefragt. Die Häufigkeiten verteilen sich im gesamten Kollektiv wie folgt: Berufsschule (32%), Maturität (29%), Hochschulabschluss (25%), Real- und Sekundarstufe (11%), sonstiger Schulabschluss (knapp 4%). Bei den Männern ist eine abgeschlossene Berufsschule die häufigste Nennung (56%), bei den Frauen eine Matura (42%).

Bei der Frage nach der Berufstätigkeit waren mehrere Angaben möglich. In Anbetracht des relativ hohen Bildungsniveaus überrascht, dass die häufigste Nennung (32%) „Angestellter (einfach)“ war. Dies dürfte auf die Möglichkeit der Mehrfachangabe zurückzuführen sein. Häufig ist die Kombination „Student“ und „Angestellter (einfach)“. Die zweithäufigste Nennung entfiel mit 21% auf die Kategorie „Sonstiges“ (Hausmann, Arbeitslose in Beschäftigungsprogramm etc.); an dritter Stelle folgt mit 11% die Kategorie „Angestellter, höhergestellt“.

Die differenzierte tabellarische Aufstellung der soziodemografischen Daten der Probanden findet sich in Anhang I.

8.3.3.2. Diagnosen

Die Therapeuten wurden gebeten, eine ICD-Hauptdiagnose sowie Nebendiagnosen und Diagnosen für eventuell vorliegende organische bzw. psychosomatische Erkrankungen anzugeben. Es waren somit mehrere Diagnoseangaben je Proband möglich. In den weitaus meisten Fällen wurden auch mehrere Diagnosen angegeben.

Betrachtet man die von den Therapeuten an erster Stelle angegebenen Hauptdiagnosen und fasst sie in Gruppen zusammen, so zeigt sich ein deutliches Schwergewicht bei den affektiven Störungen, die mit 57% im Gesamtkollektiv an erster Stelle stehen, wobei ein unbedeutender Unterschied zwischen Frauen und Männern festzustellen ist. An zweiter Stelle stehen die Persönlichkeitsstörungen, die bei etwa einem Fünftel der weiblichen und männlichen Probanden angegeben wurden, an dritter Stelle stehen die Angststörungen, die bei Frauen etwas häufiger als Hauptdiagnose genannt sind. (vgl. Tabelle A.1.4 in Anhang I).

Vegetative funktionelle sowie psychosomatische Störungen wurden von Frauen häufiger angegeben.

Getrennt erfasst wurden die Persönlichkeitsstörungen als Haupt- oder Nebendiagnosen. Eine Persönlichkeitsstörung wurde im Gesamtkollektiv bei 12 von 28 Probanden oder in rund 43% der Fälle angegeben. Mit 55% ist bei den Männern der Probandenanteil mit einer Persönlichkeitsstörung grösser als bei den Frauen (37%).

Eine differenzierte tabellarische Aufstellung der Diagnosen findet sich in Anhang I.

8.3.3.3 Gesundheitszustand der Probanden

Die Probanden wurden gebeten, ihren Gesundheitszustand auf einer Skala von „sehr gut“ bis „schlecht“ einzuschätzen. 60% der 28 Probanden schätzten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Bei den Frauen liegt der „sehr gut“-Anteil mit 21% höher als bei den Männern (11%), während mehr Männer als Frauen ihren Gesundheitszustand lediglich als „zufriedenstellend“ empfinden (44% beziehungsweise 37%). Es ist

anzunehmen, dass ein Teil der Probanden die Frage nach dem Gesundheitszustand ausschliesslich auf körperliche Probleme bezogen hat und deshalb das Probandenkollektiv sich als relativ gesund beurteilt.

Die Probanden wurden auch nach ihren Arztbesuchen vor Therapiebeginn gefragt. Ein gutes Drittel aller Probanden gab an, in den vier Wochen vor dem ersten Messzeitpunkt bei einem Arzt gewesen zu sein, wobei dies für 42% Frauen und 22% der Männer der Fall war. Über 90% aller Probanden gaben an, im Verlauf des letzten Jahres vor Therapiebeginn mindestens einmal bei einem Arzt gewesen zu sein. Gefragt wurde ferner nach Arbeitsunfähigkeiten im Jahr vor Therapiebeginn. Auch hier fällt ein Geschlechterunterschied auf. Rund drei Viertel aller Männer und ein Viertel der Frauen waren im Jahr vor Therapiebeginn ein oder mehrmals arbeitsunfähig. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich für die erfassten Krankheitstage im Jahr vor Therapiebeginn. Auch hier liegt der Mittelwert bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen. Bei den Männern gab es durchschnittlich 16,9 Krankheitstage, bei den Frauen 1,7 Krankheitstage. Die Aufschlüsselung der Krankheitstage im Jahr vor Therapiebeginn zeigt, dass gut die Hälfte aller Probanden keine Krankheitstage angaben. Die Verteilung zwischen den Geschlechtern ist wiederum sehr ungleich. Rund 74% der Frauen gegenüber 22% der Männer gaben keine Krankheitstage an. Mindestens einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 5 Jahren vor Therapiebeginn gab ein Viertel aller Probanden an. Bei den Männern war dies häufiger der Fall als bei den Frauen, wobei auch die Anzahl Krankenhaustage bei den Männern grösser war.

Für die Arbeitsunfähigkeiten, Krankheitstage und Krankenhausaufenthalte ist anzumerken, dass die grossen Geschlechterunterschiede auf einen einzigen Probanden zurückzuführen sind, der wegen einer bipolaren affektiven Störung während längerer Zeit arbeitsunfähig war und teilweise stationär behandelt wurde.

Von Interesse war die Frage nach früheren psychotherapeutischen Behandlungen und Beratungen. Insgesamt gaben 3 Männer und 10 Frauen an, in der Vergangenheit bereits einmal oder mehrmals psychotherapeutische Massnahmen in Anspruch genommen zu haben. In einem Fall handelte es sich dabei um eine stationäre Psychotherapie, in den anderen Fällen um verschiedene Formen ambulanter Psychotherapie. Präziser wurde ferner nach der Inanspruchnahme von Dienstleistungen von Psychiatern, Psychologen und Selbsthilfegruppen vor Therapiebeginn gefragt: Ein gutes Drittel aller Probanden (35,7%) gab an, in den 5 Jahren vor Therapiebeginn gelegentlich oder oft die Dienste eines Psychologen in Anspruch genommen zu haben.

Bei Therapiebeginn nahmen 11 Probandinnen, also fast zwei Drittel aller Probandinnen, Medikamente ein.

Erfasst wurden sämtliche Medikamente, also nebst Tranquilizern, Schlafmitteln, Antidepressiva oder Schmerzmittel auch Hormone, Antiallergika, Antiepileptika und homöopathische Mittel. Antidepressiva und Schmerzmittel wurden je dreimal, die Kategorie Tranquilizer und Schlafmittel einmal und sonstige Medikamente sechsmal angegeben. Auffällig, wenn auch erwartungsgemäss ist der grosse Unterschied im Medikamentenkonsum zwischen Männern und Frauen. Ein Mann gab zum Therapiebeginn die Einnahme eines Antidepressivums an.

Eine differenzierte tabellarische Aufstellung über das Gesundheitsverhalten der Probanden findet sich in den Tabellen im Anhang I.

8.3.3.4 Beeinträchtigungsschwere der Störung (Therapeutenangaben)

Die Therapeuten schätzten ihre Patienten in den Dimensionen „soziale Einordnungsschwierigkeiten“, „Kommunikationsstörungen“ und „Kontaktängste“ auf einer mehrstufigen Skala ein. Gemäss dieser Einschätzung leiden die meisten Probanden (93%) nicht oder nur wenig unter sozialen Einordnungsschwierigkeiten. Hingegen leidet knapp ein Fünftel aller Probanden (18%) unter deutlichen Kommunikationsstörungen und ein gutes Fünftel (21%) unter deutlichen Kontaktängsten. Bei allen Einschätzungen werden die Stufen „deutlich“ und „sehr stark“ bei den Männern häufiger angegeben als bei den Frauen.

Ohne spezielle Anleitung haben die Therapeuten die Beeinträchtigung nach dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) in den Fragebogen miterfasst (Schepank, 1995). Bei rund 80% aller Probanden wurde die psychische Beeinträchtigung als deutlich oder stark eingeschätzt. Auch die Beeinträchtigung im sozial-kommunikativen Bereich ist bedeutend. Fast die Hälfte der Frauen leiden unter einer deutlichen oder starken Beeinträchtigung. Bei den Männern sind es knapp 90%, deren sozial-kommunikative Fähigkeiten deutlich oder stark beeinträchtigt sind. Der Geschlechterunterschied dürfte hier mit den bei Männern häufiger diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen zusammenhängen. Die Beeinträchtigung der Probanden ist hauptsächlich im psychischen und sozial-kommunikativen Bereich zu finden. Immerhin bei 40% aller Probanden schätzten aber die Therapeuten, dass das körperliche Befinden deutlich oder stark beeinträchtigt ist.

Ein Fünftel aller Probanden hatte bei Therapiebeginn weniger als 1 Jahr unter den Symptomen gelitten, die sie in Therapie geführt hatten. 29% litten bei Therapiebeginn bereits seit 2 bis 5 Jahren unter ihren Störungssymptomen. 43% der Probanden suchten erst nach einer Symptombdauer von über 5 Jahren die aktuelle Therapie auf, wobei von den Männern zwei Drittel über 5 Jahre

unter ihren Symptomen litten, bis sie die aktuelle Therapie aufsuchten. Die mittlere Symptombdauer beträgt 5,5 Jahre bei den Frauen, 9,2 Jahre bei den Männern und 6,7 Jahre in der Gesamtgruppe der Probanden. Die maximale Symptombdauer wurde mit 20 Jahren bei Männern und 21 Jahren bei Frauen angegeben.

Die tabellarische Aufstellung über die Beeinträchtigungsschwere der Störungen aus der Sicht der Therapeuten befindet sich im Anhang I.

8.3.3.5 Beeinträchtigungsschwere der Störung (Probandenselbsteinschätzung)

In den Fragebogen integriert waren die Selbsteinschätzungsskalen des psychischen und sozial-kommunikativen Befunds gemäss dem PSKB-Se-R (Rudolf, 1991c). Die Mittelwerte der einzelnen Symptomskalen bewegten sich in einem Grenzbereich zwischen 50 und 60. Der Mittelwert für alle Symptomskalen zusammen beträgt 57.

Die Mittelwerte der Charakterskalen liegen etwas tiefer und bewegen sich somit ebenfalls in einem Grenzbereich zwischen 45 und 60. Dafür sind jedoch bei den meisten Probanden einzelne Skalen deutlich erhöht und in einem Bereich, der eine Störung abbildet. Es fällt auf, dass sich entgegen dem klinischen Eindruck in der Probandenselbsteinschätzung eine mässige Beeinträchtigungsschwere abbildet.

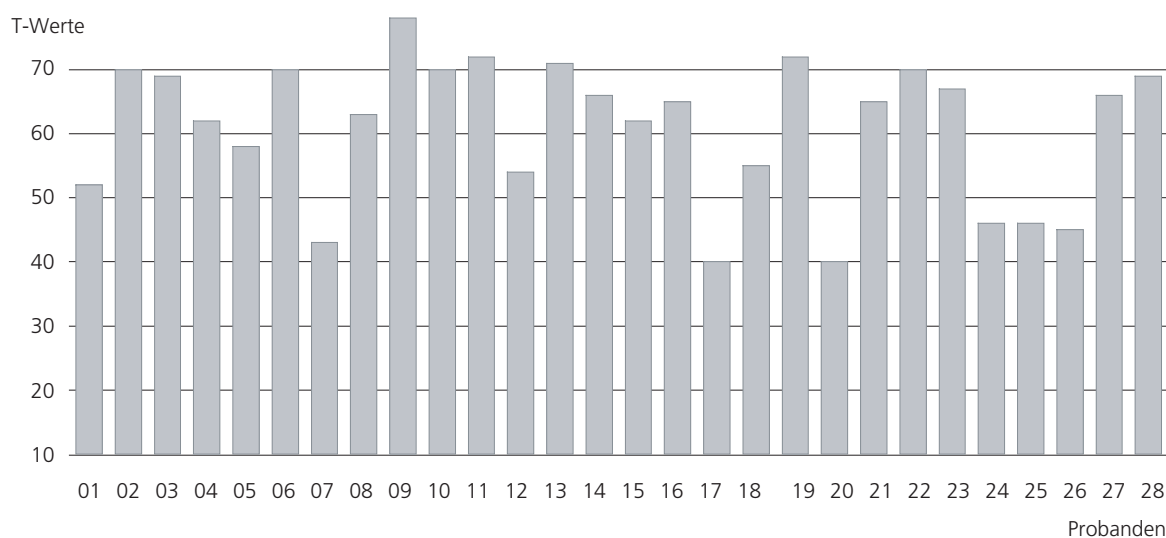
In den Fragebogen integriert war ferner die deutsche Version der Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90 R (Franke, 1995). Bei Therapiebeginn hatten 18 der 28 Probanden im „Global Severity Index“ (GSI) einen Mittelwert grösser als 60 und damit eine deutlich messbare psychische Belastung. Von den 10 Probanden, deren GSI zwischen 40 und 58 lag, hatten alle zumindest in einzelnen der 9 Skalen der Checkliste Werte von 60 und mehr. Der Mittelwert des globalen Kennwerts GSI für alle Probanden liegt bei 61. Der Mittelwert des „Positive Symptom Distress index (PSDI) liegt bei 62 und derjenige des „Positive Symptom Total“ (PST) bei 58,6.

Auffällig ist auch hier, dass bei einzelnen Probanden und im gesamten Kollektiv die SCL-90 R Werte entgegen dem klinischen Eindruck relativ tief sind. Speziell sei hier auf einen Probanden hingewiesen, der unter einer ausgeprägten bipolaren affektiven Störung litt, nie remittiert und stabil war, Antidepressiva und Lithium einnahm und unauffällige SCL-90 R aufwies.

In den Fragebogen integriert war auch eine Kurzform der deutschen Version des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D (Horowitz, 1994). Der IIP-D Stanine-Gesamtwert liegt im Normbereich. Einzelne Probanden liegen im Bereich ausgeprägter Störungen.

Generell scheint es, dass die Schwere und Beeinträchtigung der Störung durch die Probanden optimistischer beurteilt wurde als durch die Therapeuten, die ihrerseits

Abb. 8.1: SCL-90 R: GSI-Werte für alle gültigen Fälle bei Behandlungsbeginn



die Situation optimistischer beurteilten als die Untersucher. Die Tabellen zum PSKB-Se-R, SCL-90 R und IIP-D befinden sich im Anhang I.

8.3.3.6 Beeinträchtigungsschwere der Störung (Untersucherangaben)

Anhand der „Social and Occupational Functioning Assessment Scale“ SOFAS, die auf dem „Global Assessment of Functioning“ beruht (DSM IV, 1996) wurde das soziale und berufliche Funktionsniveau eingeschätzt. Bei einem Skalenbereich von 1 bis 100 beträgt der Mittelwert für alle Probanden 74, was einer geringen Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionen entspricht. Für einzelne Probanden liegen die Werte in einem Bereich deutlicher Beeinträchtigungen in den sozialen und beruflichen Funktionen.

Die interpersonelle Symptomatik wurde anhand einer Skala eingeschätzt, die für die PAL-Studie entwickelt wurde. Das IPS misst manifeste interpersonelle Schwierigkeiten, die prinzipiell auch von Nichtfachleuten gesehen und als in unterschiedlichem Grad auffällig beurteilt werden können. Stufe 1 bezeichnet interpersonelle Schwierigkeiten, die konfliktbedingt und an bestimmte Situationen gebunden sind und grundsätzlich innerhalb der Beziehung reguliert werden könnten. Stufe 2 bezeichnet deutlichere Schwierigkeiten im Umgang mit anderen, die in vielen Situationen auftreten und generell mit den Probanden zu tun haben. Der Mittelwert von 1,8 für alle Probanden zeigt, dass zahlreiche Probanden unter deutlich ausgeprägten interpersonellen Schwierigkeiten leiden.

Erfasst wurden ferner die Häufigkeiten und das In-

tegrationsniveau der Strukturhauptdimensionen sowie die Häufigkeiten und die Bedeutsamkeit der Konflikte für alle Probanden gemäss den Auswertungen der initialen Forschungsinterviews. Zu Beginn erwies es sich als schwierig, das Strukturniveau einzuschätzen. Die Untersucher tendierten zunächst dazu, es zu optimistisch zu beurteilen. Hier waren die meisten Bemühungen erforderlich, bis eine ausreichende Reliabilität erreicht werden konnte. Bei den zum Therapiebeginn als sehr bedeutsam eingeschätzten Konflikten steht der Konflikt Abhängigkeit versus Autonomie an erster Stelle, gefolgt von den Selbstwertkonflikten.

Die Tabellenübersicht zur Beurteilung der Beeinträchtigungsschwere durch die Untersucher befindet sich im Anhang I.

8.3.4 Finanzierung der Psychotherapie

Von Interesse war namentlich auch die Frage der Finanzierung der Behandlung, da in der Schweiz die nichtärztliche Psychotherapie nach wie vor keine Pflichtleistung der gesetzlich geregelten, obligatorischen Krankengrundversicherung ist. Es gibt jedoch die Möglichkeit der sogenannten delegierten Behandlung. Jeder Arzt kann bisher die psychotherapeutische Behandlung an einen Therapeuten delegieren, der unter seiner Aufsicht in seinen Praxisräumen arbeitet. Die delegierte Behandlung wird zu einem relevant tieferen Tarif als die ärztliche Psychotherapie von der Krankenversicherung übernommen. Die Tarife sind in der Schweiz bisher unterschiedlich und kantonale geregelt, was Vergleiche erschwert. Es kann jedoch festgehalten werden, dass eine Sitzung delegierter Behandlung verglichen mit einer Sitzung

Tabelle 8.5: Finanzierung der Psychotherapie

Psychotherapiekosten zu Lasten von	Anzahl Nennungen	Anmerkungen
Patient	4	
Patient und Zusatzversicherung	16	Leistung Zusatzversicherung 20-70%, Einzelfall HMO-Modell
Krankenkasse	1	Selbstbehalt 10%
Krankenkasse (delegierte Therapie)	4	Selbstbehalt 10%
Wechselnde Zahlungsmodi	3	Siehe Text oben
Total	28	

ärztlicher Psychotherapie mit etwa der Hälfte honoriert wird. Immer beträgt der Selbstbehalt der Patienten 10%. Vorgesehen ist auf Januar 2004 die Einführung des gesamtschweizerischen Arzttarifs „Tarmed“. Die delegierte Psychotherapie wird dann nach wie vor nach kantonale unterschiedlichen Taxpunktwerten, aber eher besser honoriert werden. Allerdings sollen nach dem aktuellen Stand der Verhandlungen dann nur noch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie Behandlungen delegieren können. In der Schweiz ist es ferner möglich, im Rahmen von Zusatzversicherungen privater Art nichtärztliche psychotherapeutische Behandlungen einzuschliessen, wobei die Versicherungsdeckung und die Versicherungsdauer ganz unterschiedlich geregelt sind. Festgelegt ist die jährliche Höchstsumme der Kostenübernahme (Fr. 500.– bis 2000.–) oder eine prozentuale Kostenübernahme (20-70%) für eine beschränkte Zeit.

Für 28 Studienfälle liegen Angaben über die Finanzierung der Therapie vor. Erwartungsgemäss ergaben sich ganz unterschiedliche Antworten. 3 Fälle mit wechselndem Finanzierungsmodus sind von besonderem Interesse. Sie weisen auf die Tatsache hin, dass für die Finanzierung psychotherapeutischer Behandlungen häufig nach individuell realisierbaren Lösungen gesucht werden muss.

Angaben für die drei Fälle mit wechselndem Finanzierungsmodus:

- Finanzierung zu 70% durch die Zusatzversicherung für 2 ½ Jahre, danach Selbstzahler für 9 Monate.
- 6 Monate Selbstzahler, 2 Jahre teilweise durch Zusatzversicherung (keine genaueren Angaben), 6 Monate delegierte Psychotherapie.
- Am Anfang Selbstzahler, danach delegierte Psychotherapie (keine genaueren Angaben).

Alle Antworten sind in Tabelle 8.5 zusammengefasst.

8.4 Therapeutenstichprobe

8.4.1 Vorgaben der Basisdokumentation

Von 213 verwertbaren Fragebogen der Basisdokumentation stammten 60% (n=127) von Therapeutinnen (67% mit abgeschlossener Weiterbildung und 33% in Weiterbildung) und 40% (n=86) von Therapeuten (86% mit abgeschlossener Weiterbildung und 14% in Weiterbildung). 15% der Antwortenden (n=212) hatten eine Weiterbildung in Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, beziehungsweise eine kombinierte Therapieweiterbildung für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene abgeschlossen oder strebten eine solche an. 71% der Antwortenden (n=208) waren zwischen 40 und 60 Jahre alt. Das Institut nimmt Weiterbildungskandidaten mit Hochschulabschlüssen verschiedener Art auf. Erwartungsgemäss ergab die Erhebung eine breite Palette von Grundausbildungen der Antwortenden. Die Antworten wurden in die Gruppen gemäss Tabelle 8.6 eingeteilt.

Von Interesse ist ferner, dass 38% (von=207) der Antwortenden neben der Weiterbildung in Analytischer

Tabelle 8.6: Grundausbildung der Antwortenden vor der Weiterbildung am C.G. Jung-Institut

Ausbildungsgruppen	Antworten (n=209)	%
Philosophie I (ohne Hauptfach Psychologie)	(50)	24
Psychologie (Universitätsabschluss)	(42)	20
Philosophie II (Ökonomie, Rechtswissenschaften, Architektur)	(25)	12
Medizin (inkl. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)	(23)	12
Theologie	(32)	15
Andere (inkl. Institut für angewandte Psychologie, heute Hochschule für angewandte Psychologie)	(37)	18

Psychotherapie Weiterbildungen in eine bis drei anderen Psychotherapiemethoden absolviert hatten. Die häufigsten Nennungen (von n=80) betrafen humanistische, andere psychodynamische und interpersonelle Methoden (Einteilung gemäss Grawe et al., 1994). Entsprechend gaben die Antwortenden ein weites Spektrum an therapeutischen Tätigkeiten an.

8.4.2 An der Studie beteiligte Therapeutinnen und Therapeuten

An der Studie beteiligt waren 16 Therapeutinnen. Sieben haben je zwei Fälle, acht je einen Fall und eine drei Fälle in die Studie eingebracht (ein Proband war nur zu einem ersten Interview erschienen). Eine Therapeutin hat eine kombinierte Weiterbildung für Kinder und Jugendliche und Erwachsene absolviert. Von 10 Therapeuten haben zwei je zwei Fälle eingebracht. Acht waren somit mit je einem Probanden an der Studie beteiligt. Ein Therapeut hat eine kombinierte Weiterbildung für Kinder und Jugendliche und Erwachsene absolviert. Rund zwei Drittel der Probanden wurden somit von Therapeutinnen rekrutiert. Alle, Therapeutinnen und Therapeuten, waren im Frühjahr 2003 zwischen 46 und 68 Jahre alt. Alle haben einen Hochschulabschluss, wobei gemäss Tabelle 8.7 im Therapeutenkollektiv verschiedene Grundausbildungen vertreten waren.

46% von (n=26) Therapeuten gaben neben der Weiterbildung in Analytischer Psychotherapie zusätzliche Weiterbildungen an. Die häufigsten Nennungen betrafen humanistische, andere psychodynamische und interpersonelle Methoden (Einteilung gemäss Grawe et al., 1994). Entsprechend gaben die Therapeuten ein weites Spektrum an therapeutischen Tätigkeiten an.

Tabelle 8.7: Grundausbildung der an der Studie beteiligten Therapeuten vor der Weiterbildung am C.G. Jung-Institut

Ausbildungsgruppen	Antworten	
	(n=26)	%
Philosophie I (ohne Hauptfach Psychologie)	(10)	38
Psychologie (Universitätsabschluss)	(7)	27
Philosophie II (Ökonomie, Rechtswissenschaften, Architektur)	(2)	8
Medizin (inkl. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie))	(1)	4
Theologie	(2)	8
Andere (inkl. Institut für angewandte Psychologie, heute Hochschule für angewandte Psychologie)	(4)	15

8.4.3 Mitarbeit der Therapeuten

Im Allgemeinen war eine interessierte Mitarbeit festzustellen. Klagen über den Arbeitsaufwand für das Ausfüllen der Stundenprotokolle und Fragebogen und positive Äusserungen über den strukturierenden und klärenden Wert dieser Arbeit für die jeweilige Therapie hielten sich im Gleichgewicht. In einem Fall hatte ein Therapeut früh im Studienverlauf einen Fall eingebracht. Die ungünstige Reaktion des Probanden auf das erste Interview veranlasste den Therapeuten nicht mehr mitzumachen. Die Einhaltung der Messzeitpunkte und die rechtzeitige Rücksendung der Fragebogen durch die Therapeuten war ein häufiges Problem. Säumige wurden routinemässig gemahnt und reagierten im Allgemeinen mit plausiblen Entschuldigungen für die Verspätung. Selten mussten die Sekretärin und der Studienleiter unfreundliche Reaktionen auf Nachfragen zur Vervollständigung der Untersuchungsmaterialien einstecken. Von zwei Therapeuten waren trotz wiederholter Mahnungen nur sehr fragmentarische Angaben über den Therapieverlauf zu bekommen. Arbeitsüberlastung wurde als Grund angegeben. Für die beiden Fälle liegen aber vollständige Untersucher- und Patientenunterlagen vor.

Während der Studienlaufzeit fanden insgesamt sechs als „Begleitgruppensitzungen“ benannte Treffen mit den mitarbeitenden Therapeuten statt. Fast alle an der Studie beteiligten Therapeuten erschienen zu diesen Treffen ein- oder mehrmals. Die Treffen dienten dazu, die Therapeuten über den Verlauf der Studie zu informieren, technische Fragen zu klären und speziell, Erfahrungen zu erfassen, die von den Therapeuten bei der Mitarbeit in der Studie gemacht wurden. Von Interesse waren somit weniger technische oder organisatorische Fragen zum Projekt, die meistens auf Informationslücken beruhten, sondern die Frage, ob und wie ein Einfluss der Studienteilnahme auf den Verlauf der Therapien wahrgenommen wurde. Die Treffen wurden protokolliert. Es sollen hier in Kurzform jene Aussagen von Therapeuten wiedergegeben werden, die auf einen Einfluss der Studienteilnahme auf die Therapieverläufe hinweisen.

Festgehalten wurden die folgenden Aussagen und Diskussionsresultate in der Gruppe:

- Die Studienteilnahme setzte einzelne Therapeuten unter Leistungsdruck und weckte einen falschen Ehrgeiz. In die Studie eingebrachte Behandlungsfälle „mussten“ einen guten Verlauf haben.
- Einzelne Therapeuten erlebten gegen die Messzeitpunkte und die fällige Berichterstattung hin einen „Energieschub“, der auch von den Patienten als solcher empfunden worden sei, was für die Therapie jeweils nützlich gewesen sein soll.

- Resultat einer Diskussion in der Gruppe war, dass der „beobachtende, imaginäre Dritte“ in der Therapie sicher eine Bedeutung habe und je nach Störung seinen Charakter und Einfluss verändere.
- Ein positiver Einfluss der Beteiligung am Forschungsprojekt auf die Therapieverläufe wurde auch dadurch erlebt, dass andere Gedanken und Ideen einfließen. Es wurde der Vergleich mit der Supervision und Intervention gemacht.
- Das Ausfüllen der Fragebogen wurde als „Wahrnehmungsschulung“ und „Strukturierungshilfe“ bei der Arbeit mit einem Teil der Patienten bezeichnet.
- Im gleichen Sinn wurde die Beteiligung am Forschungsprojekt als anstrengend aber auch als Gewinn bezeichnet, indem die klare Trennung von Problembeschreibung und Kommentar oder Interpretation geschult werde.
- Bei einigen Patienten sollen sich Eigenheiten und Beziehungsmuster in der Beteiligung am Forschungsprojekt und im Umgang mit den Interviews abgebildet haben, was zuweilen in der Therapie nutzbringend aufgegriffen werden konnte.
- Wiederholt wurde festgehalten, dass die Interviews im Forschungszentrum an sich keinen Einfluss auf den Therapieverlauf hatten.
- Es wurden auch einschränkende Stimmen laut. So wurde gesagt, dass nicht alle Patienten für die Mitarbeit in der Studie angefragt werden sollten. Es seien Anfragen an jene Patienten zu vermeiden, die nicht nein sagen könnten.
- Es wurde auch gesagt, dass der Therapeut seine neutrale Position verlasse, wenn er bei seinen Patienten um die Mitwirkung in der Studie werbe.
- Bedauert wurde, dass in den freien Texten unter dem Einfluss der Fragebogen mehr psychoanalytisch als jungianisch formuliert wurden.
- In einer Runde wurde die Frage des „Missbrauchs“ der Patienten für therapeuteneigene „politische Interessen“ diskutiert. Das Ausnützen einer positiven Übertragung sei hinsichtlich Motivation von Patienten zur Studienteilnahme problematisch.
- Ein Therapeut wünschte nach Studienabschluss eine Besprechung der eigenen Fälle mit den Untersuchern im Sinne einer Qualitätssicherung.

8.7 Datenkontrolle und Auswertungsverfahren

Die eingehenden Fragebogen wurden auf ihre Vollständigkeit von der Studiensekretärin überprüft. Fehlende Angaben von Probanden und Therapeuten wurden routinemässig eingefordert. Die freien, zumeist handschriftlichen Texte der Therapeuten wurden von der Sekretärin zur Weiterverarbeitung in geordnet abgelegten Compu-

terdateien erfasst. Unklares wurde mit dem Studienleiter besprochen und auf die Plausibilität der Aussagen hin geprüft. Falls notwendig wurden die Texte der Therapeuten durch Rückfragen bereinigt.

Die Erfassung der Daten erfolgte periodisch mittels Microsoft Access-Datenbanken der Versionen 95 und 97. Die Daten waren maskengesteuert einzugeben und es wurde eine automatische Plausibilitätskontrolle durchgeführt. Damit konnten nur gültige Werte Eingang in die Datenbank finden. Die Daten wurden sodann in das Statistik-Auswertungspaket SPSS für Windows der Versionen 9 bis 11 übertragen und dort erneut auf ihre Plausibilität hin überprüft. Insbesondere wurde automatisch geprüft, ob Messzeitpunkte fehlerhaft eingegeben worden waren und doppelt auftraten. „Doppelte Fälle“ wurden korrigiert. Zentrale Variablen wie die Umstrukturierungseinschätzung und die Einlösung in die Realität wurden komplett oder teilweise nach Eingabe gegengelesen und bei Bedarf korrigiert. Vor jeder erneuten Dateneingabe wurde die Datenbank überprüft und überarbeitet.

Die numerischen Daten wurden komplett, soweit sie im Mai 2003 vorhanden waren, eingegeben und ausgewertet. Die Berechnung der Kennwerte zu standardisierten Fragebogen folgte der Originalliteratur und jede Berechnungsprozedur wurde einzeln auf ihre Stimmigkeit geprüft. Beim Auftreten von „missing values“ wurden nach einem festen Algorithmus einzelne Werte geschätzt. Die Angabe, wie viele Werte geschätzt werden durften, wurde der Originalliteratur entnommen. Wenn keine entsprechenden Angaben vorlagen, wurde ein konservatives Vorgehen gewählt. In wenigen Fällen wurden „missing values“ nach der Regel geschätzt, dass bei einer Skala basierend auf 10 Items zwei geschätzt werden können, wobei als bester Schätzwert dann der Mittelwert der anderen 8 Items der gleichen Skala für den einzelnen Probanden gilt.

Im weiteren Vorgehen wurden die Daten zunächst deskriptiv abgebildet und geprüft. Je nach Skalenniveau und Fragestellung kamen der t-Test, eine multivariate Varianzanalyse oder parametrische Korrelationen zum Einsatz. Bei non-parametrischen Daten wurden die entsprechenden Verfahren eingesetzt. Insbesondere wurde bei non-parametrischen Variablen, wann immer möglich, das Verfahren „exact statistics“ angewendet, da dieses Verfahren genauere Resultate liefert. Um eine Fehler-Kumulation zu vermeiden, wurden nur die zuvor definierten Haupthypothesen inferenzstatistisch getestet. Weitere Tests dienten lediglich explorativen Zwecken, weshalb keine Fehler-Korrektur vorgenommen wurde.

Alle von zwei Ratern eingeschätzten Werte wurden hinsichtlich ihrer Reliabilität geprüft. Zur Reliabilitätsprü-

fung wurde neben den üblichen Korrelationskennwerten der Kappa-Koeffizient, gewichtet und ungewichtet, verwendet.

Verglichen wurde jeweils der individuelle Beginn mit dem individuellen Ende der Therapie der einzelnen Probanden. Dazwischen konnte im Einzelfall ein kurzer oder ein sehr langer Therapiezeitraum liegen. Auf die Auswertung der Daten zu einem bestimmten, von der Dauer der einzelnen Therapien unabhängigen Zeitpunkt wurde verzichtet.

Der Vergleich der Ausgangswerte mit den Werten zum Ende der Therapie für die gesamte Probandengruppe erfolgte mit dem letzten bekannten Wert. Fehlte in einem Abschlussfragebogen ein bestimmter Wert, wurde für den Vergleich der vorletzte, in der Regel 3 Monate vorher erfasste Wert verwendet. Dieses konservative Vorgehen stellte sicher, dass Studienfälle nicht von der Auswertung ausgeschlossen wurden, wenn zum Endzeitpunkt einzelne Messwerte fehlten. Eine Verzerrung der Untersuchungsergebnisse wurde so vermieden. Der letzte bekannte Wert galt dabei als konservative Schätzung des Abschlusswertes. Gleich verfahren wurde mit den vier im Mai 2003 noch nicht abgeschlossenen Behandlungsfällen. Hier wurden ebenfalls die Werte der letzten bekannten Messzeitpunkte für den Vergleich verwendet. Für diese vier Fälle wurde zusätzlich eine vorläufige, rückblickende Einschätzung des bisherigen Therapieverlaufs der Probanden und der Therapeuten erhoben und in die Auswertung mit aufgenommen. Zu einem späteren Zeitpunkt soll diese vorläufige Einschätzung durch diejenige zum realen Ende der Therapie ersetzt werden.

Therapie- und Studienabbrecher wurden mit ihren Messwerten in die Auswertung aufgenommen, sofern eine relevante Anzahl Therapiesitzungen stattgefunden hatten. Es liegt eine zusätzliche Auswertung vor, in welcher auch für diese Probanden die erhobenen Daten bis zum letzten bekannten Messzeitpunkt nach dem in der Literatur als Verfahren der „last measure carried forward“ berücksichtigt wurden. Dieses Verfahren soll das Verzerren der Ergebnisse durch den Ausschluss von Therapie- und Studienabbrechern von der Auswertung verhindern. Durch den Ausschluss potenziell ungünstiger Verläufe und potenziell schlechter Resultate würde künstlich ein positiver Gesamteindruck erzeugt. Im Verfahren berücksichtigte Probanden mit einem Therapie- oder Studienabbruch gehen mit einem mässigen bis zumeist schlechten Therapieresultat in die Auswertung ein.

Von der Auswertung ausgeschlossen wurden nur jene Fälle, für die einzig und teilweise unvollständig die Ausgangssituation erfasst werden konnte.

Alle für die Auswertung getroffenen Massnahmen unterschätzen somit den Therapieeffekt. Sie sind konservativ und gegen die Hypothese gerichtet, dass die untersuchten Therapien effizient und nützlich sind.

Zusammenfassung:

Die PAL-Studie wurde bei Anlässen der SGAP und am Institut vorgestellt. Die Therapeuten wurden aufgefordert mit 1-2 unausgewählten Patienten mit einer krankheitswertigen psychischen Störung nach ICD 10 Kap. V mitzuwirken. Mit der konsekutiven Aufnahme von Probanden wurde im Herbst 1997 angefangen. Die Rekrutierung von Fällen erwies sich als unerwartet schwierig. Sie musste auf 2 ½ Jahre ausgedehnt werden, um 37 Probanden von 26 Therapeuten in die Studie aufzunehmen. Für eine erste Auswertung wurden die Untersuchungen im Februar 2003 abgeschlossen. 4 Behandlungen waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Zur Prüfung eventueller Selektionseffekte wurden die an der Studie beteiligten Therapeuten und jene, die sich an der Studie beteiligen wollten, aber schliesslich keine Fälle einbrachten, nach den Gründen für die Nichtanmeldung potenzi-

eller Studienfälle gefragt. Die Studienkollektive von Probanden und Therapeuten wurden nicht speziell auf ihre Repräsentativität hin geprüft. Ein einfacher Vergleich der Studienkollektive mit den in der Basisdokumentation von 1995 erfassten Angaben über 3200 Patienten und 200 Therapeuten ist jedoch möglich. Von den 37 rekrutierten Studienfällen wurden zwei mit unklarer Indikation von der Auswertung ausgeschlossen. Insgesamt 7 Therapie- und Studienabbrecher zu verschiedenen Zeitpunkten und aus verschiedenen Gründen waren ferner zu verzeichnen. Entsprechend werden hier 28 effektive Studienfälle zum Therapiebeginn nach ihren soziodemografischen Daten, ihren Diagnosen, ihrem Gesundheitszustand und der Beeinträchtigungsschwere ihrer Störung aus der Therapeuten-, der Probanden- und der Untersuchersicht beschrieben. Die bezüglich Beeinträchtigungsschwere erhobenen

Befunde stehen teilweise in einem gewissen Widerspruch zum klinischen Eindruck. In Anbetracht des Umstandes, dass die Vergütung von Psychotherapien durch die Krankenversicherung nicht geregelt ist, interessierte auch die Finanzierung der Therapie für die 28 als effektive Studienfälle bezeichneten Probanden. Der Anteil an Eigenfinanzierung ist beachtlich. Mit den an der Studie beteiligten Therapeuten fanden zur Information über den Studienverlauf und zur Beantwortung technischer Fragen „Begleitgruppensitzungen“ statt, die namentlich der Erfassung von Erfahrungen bei der Mitarbeit in der Studie dienten. Positive Stellungnahmen überwiegen. Es wurden aber auch kritische Stimmen laut. Ausführlich dargestellt wird in diesem Abschnitt ferner das Verfahren zur Datenkontrolle und Erfassung sowie des Auswertungsverfahrens zur nachfolgenden Beschreibung des Therapieverlaufs und der Behandlungsergebnisse für die 28 effektiven Studienfälle. Es sei hier festgehalten, dass in der Auswertung die Therapie- wie Studienabbrecher mit einer relevanten Anzahl Therapiesitzungen mit berücksichtigt wurden. Im Auswertungsverfahren wurden auch durchwegs konservative Massnahmen getroffen, die den Therapieeffekt eher unterschätzen und gegen die Hypothese der Wirksamkeit der untersuchten Therapien gerichtet sind.
