

## Stationäre Psychotherapie

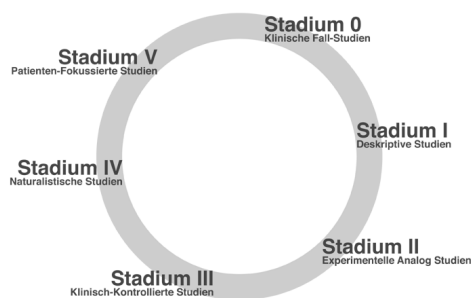
Was wirkt:  
Rahmen, Dosis, Dauer oder Therapeut

Prof. Dr. Dr. Horst Kächele  
International Psychoanalytic University Berlin

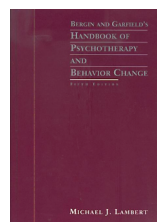
## Caveat

- wegweisend:
- Kliniker müssen **Komplexität** erhöhen und intuitiv arbeiten
- Wissenschaftler müssen **Komplexität** verringern, um auf bestimmte Fragen Antworten zu finden.
- Bowlby, J. (1982). Psychoanalyse als Kunst und Wissenschaft. In *Das Glück und die Trauer*, ed. J. Bowlby. Stuttgart: Klett-Cotta, pp. 197-217.

Sechs Stadien der Therapieforschung:

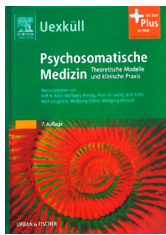


## Effektivität (Efficacy)



- **Phase III Klinisch-kontrollierte Therapiestudien (RCT):**
- Die Effektgröße von Psychotherapie im Vergleich zu Kontrollbedingungen:
- Erste Studie: Smith et al. (1980) 475 Studien: .85
- Aktuelle Übersicht: Lambert & Ogles (2004) 10 Meta-Analysen: .22 - 1.05
- Im Vergleich: Aspirin zur Rückfallprophylaxe: 0.02

## Effizienz von stationärer Psychotherapie



- Phase IV naturalistische Therapiestudien
- Vielfältige Untersuchungen haben die generelle Wirksamkeit bestätigen können:
- Schömburg - Stuttgart - Heidelberg - Freiburg - Göttingen (Rosdorf) - München

Kordy, H. and Kächele, H. (2011). Ergebnissforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In *Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*, hrsg. R. H. Adler, J. M. Hermann, K. Kölle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. v. Uexküll and W. Weslack. München Wien Baltimore: Urban & Fischer, pp. 511-520.

## Zauberbergstudie Schömburg

- Bis etwa Mitte der 1980er Jahre gab es in Deutschland kaum systematische Untersuchungen über die Effektivität von stationären psychosomatisch - psychotherapeutischen Behandlungen in sog. psychosomatischen Reha - Fachkliniken.
- Dieses Faktum stand konträr zur damals ständig wachsenden Inanspruchnahme und der damit verbundenen Versorgungsrelevanz dieser Einrichtungen.
- Die "Zauberberg-Studie", durchgeführt in der analytisch-tiefenpsychologisch orientierten Fachklinik Schömburg (Baden-Württemberg), war eine der ersten Effektivitätsstudien in diesem Versorgungsbereich.
- Sie stellte historisch einen "Meilenstein" in der Beforschung der "psychosomatische Rehabilitation" dar und hatte Vorbildcharakter für viele nachfolgende Studien.

## Ziele und Fragestellung

- Die Studie überprüft die kurz- und längerfristigen Behandlungsergebnisse von Patienten, die im Jahr 1983 in der Klinik Schömburg behandelt wurden.
- Im Zentrum stehen die Ergebnisse von zwei Nacherhebungen (Katamnesen), die 1 und 3 Jahre nach der stationären Behandlung durchgeführt wurden.
- Untersucht wurden dabei sowohl "subjektive" Veränderungen des Gesundheitszustands und der Befindlichkeit als auch über Vorher - Nachher - Vergleiche "objektive" kostenrelevante Kriterien (z. B. AU - Zeiten, Krankenhaustage, Häufigkeit von Arztbesuchen).

## Studien-Design

- Naturalistische Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten
- (A = Aufnahme, E = Entlassung, K1 = 1 Jahr nach E, K2 = 3 Jahre nach E).
- Ausgangsstichprobe umfasst n = 364 Rehabilitanden.
- Selbstangaben der Patienten: standardisierte Fragebögen (z.B. FPI, Gießen-Test) und selbstentwickelte Katamnese - Fragebögen.
- erste Nacherhebung 61,3 % der 364 Patienten
- zweiten Katamnese noch 56,3 %
- knapp 70 % der Patienten an einer der beiden Nachbefragungen.

## Ergebnisse

- die beiden Nacherhebungen erstaunlich positive Ergebnisse:
- subjektive Merkmale (z. B. Einschätzung der Beschwerdenbesserung, Leistungsfähigkeit, soziale Beziehungen),
- kostenrelevanten Kriterien (im Vergleich zur ersten Nacherhebung deutliche "Abschwächungseffekte" .

## Krankschreibungstage:

- In beiden 12-Monats-Beobachtungszeiträumen nach der Behandlung (POST1 und POST2)
- signifikante Reduktionen gegenüber dem 12-Monats-Zeitraum vor der Behandlung (PRÄ)
- deutlicher Wiederanstieg von POST1 zu POST2.
- im 12-Monats-Zeitraum vor der Behandlung im Durchschnitt 57,7 AU - Tage auf,
- im 12-Monats-Zeitraum unmittelbar nach der Heilbehandlung hochsignifikant auf 27,5 Tage (Reduktion von 52 %)
- im zweiten katamnestischen Beobachtungszeitraum immer noch signifikant auf durchschnittlich 38,5 Tage (Reduktion von 33 % gegenüber PRÄ).

## Die Umwelt als Wirkfaktor



Die Entwicklung therapeutischer Beziehungen bedarf immer eines besonderen Raumes.

Ob dieser Raum nur metaphorisch zu lesen ist oder ob er **besondere** physische Qualitäten haben muss, ist eine wichtige Frage für die stationäre Therapie.

Spezialformen von Architektur wurden entwickelt.

- Kächele, H. (1993). Die therapeutische Umwelt in der stationären Therapie. In
- G. Schmitt, T. Seifert and H. Kächele (Hrsg) *Stationäre analytische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer, S. 41-48.

## Therapeutische Umwelt

- kann als jener physische und psycho-soziale Raum verstanden werden, in dem sich die Bedürfnisse und Wünsche in therapeutischen Beziehungsangeboten entfalten und dort verhandelt werden müssen.
- Der psychoanalytische Psychosenforscher H.E. Searles (1960) thematisiert speziell die nicht-menschlichen Umwelt,
- die für schwergestörte Patienten eine eigenständige trophische, wachstumsfördernde Wirksamkeit entfaltet.
- Konzepte: Winnicott's Übergangsraum

## ein optimales Umfeld ?



- Wir bieten unseren Patienten ein optimales Umfeld für den Heilungsprozess.
- Unsere ...klinik ..... ist von einem ausgedehnten Waldgebiet und weit verzweigten Gewässern umgeben.
- Die Klinik liegt direkt am .....see und verfügt über einen Strand und einen Seezugang.
- Fußläufig ist der staatlich anerkannte Erholungsort .....

Cassidy, T. (1997). *Environmental Psychology. Behavior and Experience in Context*. Hove, East Sussex: Psychology Press.

## Regionalisierung abgelegen versus City-nah?

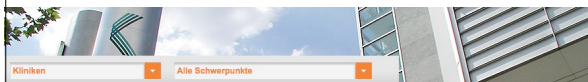


- In Baden-Württemberg
- Mischung von städtischen und abseits gelegenen Kliniken:
- Stichwort:
- vom Zauberberg zur City Klinik
- Aufgabe des Alltags-Familien-Entzug Modells der frühen sechziger und siebziger Jahre?

## Beispiel Stuttgart



Sonnenberg-Klinik: Liegt im grünen Parkgelände: 100 Betten



Bürgerhospital: Liegt im unschönen Stuttgarter Norden, eher Industriegebiet

## Dauer und Dosis

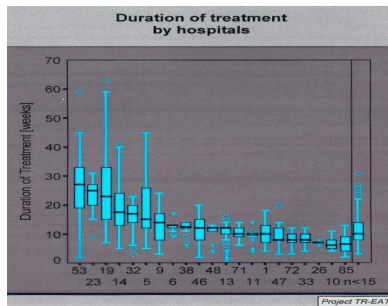
Dosis-Wirkungs-Beziehungen bei der stationären Therapie von Essstörungen

BMFT gefördertes Projekt der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart  
Über 50 Kliniken bundesweit  
1200 Patientinnen mit Anorexie und Bulimie  
2,5 Jahre Beobachtungszeitraum

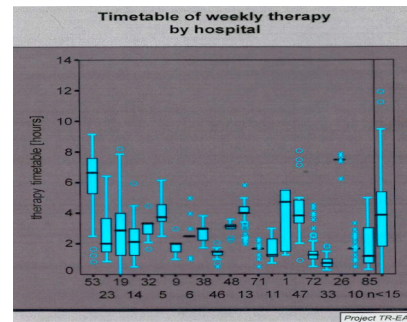
Kächele, H., Kordy, H., Richard, M. and Studiengruppe MZ-ESS (2001) Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic psychotherapy of eating disorders. Results of a multi center study across Germany. *Psychotherapy Research* 11: 239-257.

Die Forschungsstelle für Psychotherapie (FOST) wurde 1967 in Stuttgart gegründet und dort, gefördert vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur, unter der Trägerschaft des Psychotherapeutischen Zentrums e.V. geführt. Unter der Leitung von Prof. H. Enke (1967-1988) und Prof. H. Kächele (1988-2004) hat die FOST die Psychotherapieforschung in Deutschland wesentlich mitgeprägt.

## Dauer



## Therapieintensität



## Ergebnis

Zur 2,5 Jahresuntersuchung zeigte sich für etwa ein Drittel der AN und etwa ein Viertel der BN eine klinisch relevante, weitgehende Symptommfreiheit (AN 36%; AN & BN 26%; BN 36%).

Die Behandlungen variieren beträchtlich zwischen und innerhalb der Kliniken, wobei die Schwere bzw. die Dauer der Erkrankungen sowie andere Patientenmerkmale nur eine geringe Rolle spielen.

Der Einfluß von Dauer und Intensität auf die Ergebnisse war schwach und meist nur in Interaktion mit weiteren Patienten- bzw. Krankheitsfaktoren zu erkennen.

## Welche Rolle spielt dabei die Behandlungsdauer?

Am Therapieende:

Patientinnen mit BN haben aus der Sicht der Patientinnen bei kurzer Behandlung eine um ca. 33% höhere Chance auf Therapieerfolg.

Länger behandelte AN-Patientinnen eine fast doppelt so hohe Erfolgsrate.

Zur 2,5-Jahresuntersuchung zeigen sich global keine Unterschiede für kurze und lange Behandlungen.

## Intensität bei Anorexia Nervosa

Für die AN zeigten sich auch nach Kontrolle der anderen Faktoren **keine Effekte der Behandlungsintensität** auf die Erfolgschancen – die Behandlungsdauer (lang vs. kurz) ist bedeutsam in Interaktion mit dem Alter.

Für die Variablen Untergewicht, Wunschgewicht und Persönlichkeit ist ein Einfluß auf die Erfolgsaussichten zu erkennen:

Niedriges Gewicht und Wunschgewicht (%BMI) zu Behandlungsbeginn und ausgeprägte Abweichungen in den Persönlichkeitsskalen des FPI zeigten sich als Risikofaktoren für niedrige Erfolgsraten.

## Behandlungsdauer und Alter bei AN

Generell ist ein höheres Alter mit niedrigerer Erfolgswahrscheinlichkeit verbunden.

### Bei jüngeren Patientinnen:

Im Bereich von 18 bis 20 Jahren hatten kürzere Behandlungen 2 – 4 mal höhere Erfolgschancen als gleichaltrige Patientinnen mit längerer Behandlung.

### Bei älteren Patientinnen:

Hier hatten die länger behandelten Patientinnen die besseren Chancen, aber insgesamt erheblich geringere als jüngere Patientinnen

## Bulimia Nervosa

Multi-impulsives Verhalten, zusätzliche anorektische Symptome und eine höhere Zahl von Vorbehandlungen waren mit niedrigeren Erfolgsraten verbunden.

Nur tendenziell niedriger waren die Erfolgsraten bei Patientinnen mit hohen Werten auf den ersten drei EDI-Subskalen, d.h. mit starker Eßstörungsproblematik.

## Behandlungsdauer bei Bulimia Nervosa

Wegen der Interaktionseffekte mit dem Alter und dem ‚socioeconomic state‘, in der sich die Beziehungen zur Familie und Freunden abbilden:

Patientinnen mit wenig Beziehungen profitierten bei langen Behandlungen mehr im Vergleich zu kurzen Behandlungen.

Patientinnen mit ausreichend sozialen Beziehungen eher bei kurzen Behandlungen mehr Erfolg zeigten.

Bei jüngeren Patientinnen mit wenig sozialen Beziehungen ist der Vorteil langer Behandlungen größer als bei älteren Patientinnen, während der Vorteil kürzerer Behandlungen bei älteren Patientinnen mit guten sozialen Beziehungen stärker ist als bei jüngeren.

## Interaktionen

Zum Beispiel ergab sich für die Anorexia nervosa Patientinnen eine Interaktion von Erkrankungsdauer / Behandlungsdauer;  
für die Bulimie-Patientinnen eine Interaktion von Alter und sozio-ökonomischer Status.

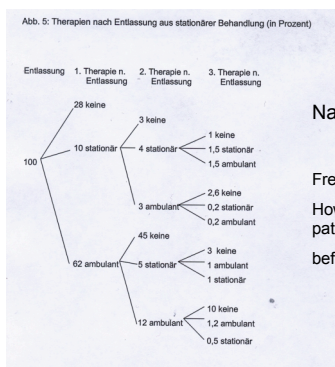
## Ein Fazit der Studie ist:

Unter den Rahmenbedingungen der deutschen Gesundheitsversorgung sollte man sich auf eine Behandlung von acht bis zwölf Wochen einstellen.

Die individuelle Anpassung wird dabei die persönlichen Umstände des Einzelfalles sowie die lokalen Bedingungen in den Kliniken mit einbeziehen.

**Stichwort: Klinikkultur**

(Kächele u. für die Studiengruppe MZ-ESS, 2000 )



### Nachsorge

Frei nach Bob Dylan:  
How many times must a patient come to treatment before she can see the sky??

## Therapeuten

**PSYCHO-  
THERAPEUTISCHE  
IDENTITÄT**  
Ein Fragebogen zu Ausbildung, Erfahrung,  
Stil und Werten  
2007

© THID-AV: Svenja Taubner, Andreas Rapp, Rolf Sandell, Dorothea Huber & Horst Kächele, email: taubner@uni-bonn.de  
© THID: Rolf Sandell, Jeanette Broberg, Johan Schult, Johan Blomberg & Anna Lauer (2002) Stockholm County Council Institute of Psychotherapy, and Department of Behavioral Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden  
e-mail: rps@psy.liu.se  
Deutsche Fassung von Günther Klug, Dorothea Huber & Horst Kächele (2007)  
e-mail: g.klug@rz.h-muenchen.de

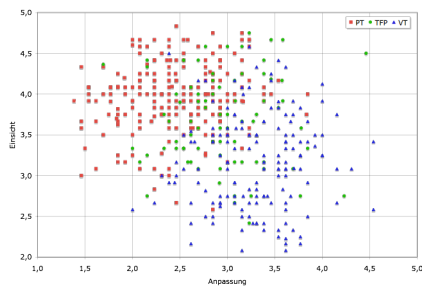
Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R. and Huber, D. (2008).

Die Therapeutenvariable - Immer noch ein dunkler Kontinent?

*Psychotherapeut* 53: 83-91.

Mess-Instrument:  
**Psychotherapeutische Identität**  
von Rolf Sandell

## Therapeutische Haltung



## Bindungsmuster von Therapeuten

- Nord, C., Höger, D. and Eckert, J. (2000).
- Bindungsmuster von Psychotherapeuten.  
*Persönlichkeitsstörungen* 4: 76-86.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk, K., Leichenring, F., Strack, M. and Dinger, U. (2010).
- The influence of therapists attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy.
- *Psychotherapy Research* 10: 193-202.

## Stichprobe

- 31 psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten:
- $N=27$  Ärzte and  $N=4$  klinische Psychologen
- (38% psychodynamisch, 32% psychoanalytisch, 19% systemisch)
- Noch in Weiterbildung: 38.7%.
- Zwischen 26 und 54 Jahre alt ( $M=37.42$ ,  $SD=6.54$ ),
- 48.4% weiblich
- Professionelle Erfahrung ca 1 bis 21 Jahre ( $M=6.62$ ,  $SD=4.79$ ).
- 1,381 Patienten im intensiven multimodalen stationären Setting.
- Pro Therapeut im Mittel 44.6 Patients ( $SD=29.43$ , range 13-182).

## Bindungs-Repräsentation

AAI distribution among psychotherapists ( $N=31$ )<sup>a</sup>

AAI category	4 strategies	organized strategies only
secure/autonomous (F)	19 (61.3%)	20 (64.5%)
insecure/dismissing (Ds)	2 (6.5%)	3 (9.7%)
insecure/preoccupied (E)	3 (9.7%)	8 (25.8%)
unresolved/disorganized (U)	7 (22.6%)	



## Bindungstyp und Schweregrad

- Im Durchschnitt führt ein hohe Symptom-Schwere (SCL-90) zu höheren Symptombelastung am Behandlungsende.
- Dieser Effekt verringert sich bei den Therapeuten mit sicherer Bindung, da diese bessere Arbeitsbeziehung mit schwerer gestörten Patienten aufbauen konnten.

## Offene Fragen

Wechselwirkungen  
Patient-Therapeut-Setting Passung  
Individuelle Dosierung  
Rolle der additiven Therapien (Musik- Kunsttherapie etc)  
Rolle des Pflegepersonals  
Nach-Behandlung  
Intervall-Therapien  
Evaluations-Strategien  
Psychodynamische Pharmakotherapie bei schweren Störungen  
(Austin-Riggs Modell)

