

Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen bei Langzeitanalysen: Ergebnisse einer empirischen Follow-up- Studie zur Effektivität der (jungianischen) Psychoanalyse und Psychotherapie

W. Keller*, G. Westhoff, R. Dilg, R. Rohner, H. H. Studt und die Arbeitsgruppe empirische Psychotherapieforschung in der Analytischen Psychologie¹

**Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie im Univ. Klinikum Benjamin Franklin,
Freie Universität Berlin**

***Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk,
Berlin**

1. Einleitung

1. 1. Problemstellung:

Jungianer stehen nicht in der Tradition empirischer Psychotherapieforschung. Sie fühlen sich eher der Individualität ihrer Patienten verpflichtet und sind daher gegenüber den Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung mit dem Anspruch nach Generalisierbarkeit meist skeptisch eingestellt.

Mit dieser skeptischen Einstellung stehen die Jungianer allerdings nicht alleine. Auch andere psychoanalytische Schulrichtungen sind nur zögerlich und unter dem wachsenden Druck der Gesundheitsadministration bereit, die Qualität ihrer Behandlungen empirisch zu überprüfen.

Obwohl die Psychoanalyse als eine Krankenbehandlung in vielen Ländern eine weite Verbreitung gefunden hat, existieren kaum empirische Studien über ihre Effektivität und Langzeitwirkung in einem naturalistischen Design aus der Versorgungspraxis niedergelassener Psychoanalytiker und Psychotherapeuten. Die wenigen empirischen Studien zur Ergebnisforschung und Nachuntersuchung in der Psychoanalyse sind vielfach von begrenztem Aussagewert aufgrund methodischer Einschränkungen (Kantrowitz et al. 1991, 1990c; Weber et al 1985, Wallerstein 1986, Bachrach et al 1991).

Die meisten Ergebnisse über die Effektivität von Psychotherapie wurden bei kürzer dauernden Psychotherapien gewonnen auf der Basis eines prae-post-Vergleiches. Nachuntersuchungen zur Überprüfung von Langzeiteffekten fehlen meist (Smith, Glass and Miller 1980). Nahezu 92% der Ergebnisse wurden am Ende der Behandlung erhoben (Shapiro et al. 1994). Die Gründe für diesen Mangel an empirischen, insbesondere prospektiven und Langzeit-follow-up Befunden in der Psychotherapieforschung sind vielfältig: Daten für Verlaufsstudien sind

¹ D. Baldus, R. Väh- Szusdziara, C. Weitze, R. Huntzinger, G. Betzner, H. Krause, P. Affeld- Niemeyer, A. Göttke, S. Loesche

schwer zu erhalten, Psychoanalytiker sind häufig nicht motiviert die Qualität ihrer Behandlungen empirisch zu überprüfen und verfügen in der Regel nicht über die Zeit, Erfahrung und Kenntnisse der empirischen Psychotherapieforschung. Die lange Dauer von Psychoanalysen bedingt vielfache methodische Probleme: Drop-outs, missing data. Hinzu kommen Datenschutzprobleme so wie hohe Kosten und die Schwierigkeit, die Kriterien einer kontrollierten Studie im naturalistischen Versorgungsfeld niedergelassener Psychoanalytiker anzuwenden.

In bezug auf die externe Validität bekommen naturalistische Untersuchungsdesigns in der Psychotherapieforschung eine immer größere Bedeutung (Seligman 1995, Wampold 1997).

Der Kostendämpfungsdruck führte in Deutschland zu einem harten Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Richtungen der Psychotherapie, aber auch zur Konkurrenz zwischen Psychotherapie und anderen Versorgungsangeboten im Gesundheitssystem wie Pharmakotherapie, Sozialarbeit und Selbsthilfegruppen.

Dies führte in letzter Zeit zu Kritik an der Psychoanalyse unter Kosten-Nutzengesichtspunkten (Grawe 1994).

Die begrenzten finanziellen Ressourcen und die zunehmend restriktive Handhabung medizinischer Gesundheitsausgaben konzentriert die Aufmerksamkeit der Gesundheitsadministration daher vermehrt auf Kosten-Nutzenfragen und die Langzeitstabilität des Behandlungserfolges.

Eine 1962 von Dührssen durchgeführte Studie wies anhaltende Effekte von Langzeitpsychotherapie durch eine Reduktion der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen nach. Dies konnte auch die Kostenträger von der Wirksamkeit der Langzeitpsychotherapie überzeugen und bewirkte 1967 die Kostenübernahme analytischer Langzeittherapie durch die Krankenkassen. Dieser Forschungsansatz wurde für die Langzeitpsychotherapie seitdem nicht mehr verfolgt. Einige psychosomatische Studien verweisen auf die langfristige Kostenwirksamkeit von Psychotherapie auch bei somatischen Erkrankungen (Deter 1986, Zielke 1993, zusammenfassend Sobel 1995).

Auf diesem Hintergrund entstand 1991/92 eine über Drittmittel finanzierte Studie zur Wirksamkeit von (jungianischen) Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapie².

1.2. Ziele der Studie

1. Ein Wirksamkeitsnachweis von Langzeitanalysen > 100 Stunden in der Versorgungspraxis und die Überprüfung der Stabilität des Behandlungsergebnisses durch eine Nachuntersuchung 6 Jahre nach Therapieende.

² Stiftung für Bildungs- und Behindertenforschung: Robert Bosch
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)

2. Evaluation der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen in einem prae-post-Vergleich auf der Basis der Daten der Krankenkassen.

3. Etablierung von Forschungsstrategien in den ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbereich als eine Maßnahme zur Quaslitätssicherung.

Aus Gründen der Realisierbarkeit in einem akzeptablen zeitlichen und finanziellen Rahmen entschieden wir uns trotz methodischer Einschränkungen für ein retrospektives, naturalistisches Mehrebenendesign mit einem prospektiven Ansatz für Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhaustage.

1.3. Finanzierung von Psychotherapie/ Psychoanalyse in Deutschland, Dokumentation von Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustagen

Zum Verständnis der mit dem deutschen Gesundheitssystem nicht Vertrauten und der hier angewendeten Untersuchungsmethode der Erhebung von Krankenkassendaten und der retrospektiven Einschätzung der Diagnosen und Krankheitsschwere anhand der schriftlichen Anträge der Psychoanalytiker zur Kostenübernahme der Behandlung seien hier zunächst einige Informationen vorangestellt.

In der BRD hat jeder Patient ein Recht auf notwendige Behandlung und kann den Behandler frei wählen. Über die Behandlungsnotwendigkeit entscheidet der Arzt bzw. Psychotherapeut. Alle Personen in der BRD sind über eine Krankenkasse versichert sowohl gegen Krankheitskosten als auch zeitlich begrenzt gegen Lohnausfall, soweit sie in einem Arbeitsverhältnis stehen. Eine Krankschreibung oder Krankenhauseinweisung wird durch den untersuchenden Arzt veranlaßt. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), der Krankenhaustage (KH-Tage) und die entsprechenden Diagnosen werden bei der jeweiligen Krankenkasse dokumentiert. Aus organisatorischen und Datenschutzgründen sind von den Krankenkassen nur die angefallene Anzahl der beanspruchten AU- und KH-Tage zu erfahren, soweit der Patient sein schriftliches Einverständnis gibt. Alle weitere Daten, die zur Beurteilung des Krankheitsverhaltens von Bedeutung sind wie beispielsweise die Zahl der Arztbesuche, der Verbrauch an Medikamenten und medizinischen Untersuchungsleistungen sind in der BRD auf der Basis objektiver Daten von den Krankenkassen nicht zu erhalten. Aus dem Vergleich der AU und KH-Tage vor und nach Therapie kann auf das Krankheitsverhalten geschlossen werden. Der prae- post Vergleich der AU bzw. KH-Daten ist ein direktes Outcome Maß der Psychotherapie (Dührssen 1962, Mumford 1984, Richter 1994).

Psychoanalyse und Psychotherapie wird in Deutschland in der Regel von den Krankenversicherungen bezahlt. Die Kostenübernahme erfolgt nach den Psychotherapierichtlinien in einem Antrags- und Gutachterverfahren vor Beginn der Behandlung.

Die Kostenübernahme einer Psychotherapie durch die Krankenkassen hat die schriftliche Erstellung eines ausführlichen Krankheitsberichtes (Symptomatik, Krankheitsverlauf, Diagnose, Biographie, Psychodynamik, Behandlungsplan und Prognoseeinschätzung) zur Voraussetzung.

Auf diese uns vorliegenden schriftlichen Berichte der Therapeuten vor Behandlungsbeginn stützt sich unsere retrospektive Klassifikation nach ICD-10 und die Einschätzung der Krankheitsschwere nach der Methode von Schepank vor Behandlungsbeginn sowie die Dauer der Leitsymptomatik.

In einer naturalistischen follow-up Untersuchung können die ehemaligen Patienten nur über ihre früheren Therapeuten erreicht werden. Zur Teilnahme an der Studie müssen die früheren Therapeuten ihre ehemaligen Patienten um eine schriftliche Erlaubnis bitten. Erst dann können diese Patienten zur Nachuntersuchung angeschrieben werden. Dies führt naturgemäß zu einer vielschichtigen Selektion der teilnehmenden Patienten.

2. Design und Untersuchungsmethode

2.1. Therapeuten:

Alle teilnehmenden Therapeuten hatten eine Ausbildung zum Psychoanalytiker entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und Psychosomatik (DGPT) und der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP) absolviert.

Eine Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie lag vor, wenn der Psychoanalytiker im Rahmen der in Deutschland geltenden Psychotherapierichtlinien eine Psychoanalyse nach dem Standardverfahren oder eine Psychotherapie beantragt hat.

Alle Mitglieder der DGAP, der Fachgesellschaft der Deutschen Psychoanalytiker nach der Fachrichtung C. G. Jung wurden 1993 angeschrieben, sich an der Studie zu beteiligen. Mehr als Dreiviertel (78%) antworteten auf unsere Anfrage, 24.6% nahmen an der Studie teil. Die Gründe für die Verweigerung der Teilnahme sind in Tab. 1 aufgelistet. Über 40% verweigerten (aktiv oder passiv) die Teilnahme, weitere 15% der Therapeuten nahmen nachfolgend nicht mehr an der Studie teil. Die verbleibende Stichprobe (Therapeuten und Patienten) werden in Tab. 2 beschrieben. Letztlich beteiligten sich etwas weniger als ein Drittel der über die

Basisdokumentation erfassten Patienten und knapp 16% der potentiell möglichen Therapeuten an der Studie.

Hier etwa einfügen Tab. 1 und 2

Die Selektion der teilnehmenden Therapeuten wurde durch eine unabhängige Befragung aller DGAP-Mitglieder (Westhoff et al. in Vorb.) kontrolliert hinsichtlich der Rahmenbedingungen, zentraler Therapeuten- und Setting- Charakteristika. Bei einer Grundgesamtheit von 223 psychoanalytisch tätigen Verbandsmitgliedern im März 1994 und einem Rücklauf von 73,5% basiert dieser survey auf 164 vollständig ausgefüllten Fragebögen. Zwischen den an der Kattmenseuntersuchung teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Therapeuten gab es keine signifikanten Unterschiede. (s. Tab. 3). Dies unterstützt die Annahme, daß die teilnehmenden Therapeuten repräsentativ für die Gesamtheit der jungianischen Psychoanalytiker sind.

Hier etwa einfügen Tab. 3

2. 2. Patienten:

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

- Behandlung durch ausgebildete Psychoanalytiker und Mitglied der DGAP
- Behandlungsabschluss 1987 oder 1988
- Ausschluss von Ausbildungsfällen
- Einverständnis des Patienten

Anhand ihrer Erstanträge für den psychoanalytischen Gutachter zur Kassenfinanzierung und Prozessaufzeichnungen dokumentierten die teilnehmenden Therapeuten retrospektiv alle ihre 1987/ 88 beendeten Fälle (einschließlich der Therapieabbrecher) mit einem Basisbogen hinsichtlich klinischer, soziodemographischer und Settingcharakteristika für den Zeitpunkt vor Beginn der Behandlung und gaben eine globale Therapieerfolgsschätzung für den Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung.

Basierend auf den Erstanträgen vor Behandlungsbeginn zur Kostenübernahme der Krankenkassen wurde in einem Konsensusrating von zwei geschulten Experten eine retrospektive ICD-10 Diagnose vergeben und das Ausmaß der Krankheitsschwere zu Behandlungsbeginn anhand des Beeinträchtigungsschwerescores (BSS) nach der Methode von Schepank

(1987,1994) bestimmt. Bei dieser Methode wird das Ausmaß der Beeinträchtigung durch die Symptomatik auf einer psychischen, psychosozialen und körperlichen Ebene auf einer fünfstufigen Skala (0-4) gerated und die Werte der drei Skalen addiert. Die Spannbreite dieses Summationswertes liegt zwischen 0-12 (keine - maximale Beeinträchtigung).

1994 konnten 111 ehemalige Patienten, die 1987 oder 1988 ihre Psychoanalyse oder Psychotherapie beendet hatten, den Katamnesefragebogen vollständig ausgefüllt zurücksandten und die ihr Einverständnis gaben, in die Studie eingeschlossen werden. Der Katamnesefragebogen enthielt in dem ersten standardisierten Teil Fragen zu Anlaß, Verlauf der Behandlung, Beziehung zum Analytiker, Selbstbeurteilungsskalen zu den soziodemographischen Charakteristika, zum aktuellen Gesundheits -und Beschwerdestatus, zum globalen Wohlbefinden, Lebensqualität, sozialen Fähigkeiten, beruflichen, familiäre Beziehungen, interpersonellen Problemen, Lebensqualität, zur Persönlichkeitsstruktur und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen sowie standardisierte Fragebögen: SCL-90R (Derogatis 1978, Franke 1995), Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV (Zielke und Kopf-Mehnert 1978), Gießen-Test (Beckmann, Brähler & Richter 1991), Fragen zur Lebenszufriedenheit IRES (Gerdes und Jäckel 1992). Ein weiterer Teil des Fragebogens zielte speziell auf den Vergleich der o.a. Skalen zu dem Status vor Behandlungsbeginn.

In 33 Fällen (die Regionalstichprobe von Berlin) wurde durch zwei unabhängige Psychoanalytiker ein leitfadenorientiertes tiefenpsychologisch orientiertes Interview zum aktuellen Gesundheitsstaus erhoben und dokumentiert sowie das Behandlungsergebnis eingeschätzt.

Weiterhin wurden objektive Daten zum Krankheitsverhalten (Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) und Krankenhaustage (KH-Tage)) von den Krankenkassen für den Zeitraum 5 Jahre vor Behandlungsbeginn und 5 Jahre nach Behandlungsende erhoben. Aus verschiedenen Gründen reduzierte sich die Stichprobengröße für den Vergleich dieser Zeiträume auf 47 (AU-Tage) bzw. 58 (KH-Tage). Diese beiden Subgruppen unterscheiden sich jedoch nicht von der Gesamtstichprobe hinsichtlich soziodemographischer Daten, klinischer Charakteristika vor der Behandlung oder den Erfolgskriterien zum Katamnesezeitpunkt.

Ein systematischer Selektionseffekt bei der Gewinnung der Katamnesezeitprobe (n=111) läßt sich weitgehend ausschließen durch den Vergleich der teilnehmenden Patienten mit den nichtteilnehmenden Patienten anhand der Daten der Basisdokumentation (n=351) aller 1987/ 88 abgeschlossenen Fälle hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika. Beide Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander (Tab. 4).

Hier etwa einfügen Tab. 4

3. Ergebnisse

3. 1. Status vor Behandlungsbeginn

3. 1. 1. Dauer der Leitsymptomatik vor Behandlungsbeginn

34% der Patienten hatten bei Behandlungsbeginn eine Dauer der Leitsymptomatik von mehr als 10 Jahren bei weiteren 11% war die Symptombdauer 5-10 Jahre.

3. 1. 2. Diagnosen nach ICD-10

In 17% wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, 46% wurden als affektive Störung entsprechend ICD-10 bewertet. (Tab. 5)

Hier etwa einfügen Tab. 5

3. 1. 3. Einfluss von Life-events

Ein Einfluß von life-events auf die verschiedenen Outcome -Kriterien war nicht nachweisbar nach einem Fragebogen zur retrospektiven Patienteneinschätzung und Gewichtung von Life-events (ILE, Siegrist 1983).

3. 1. 4. Experteneinschätzung der Krankheitsschwere vor Behandlungsbeginn (BSS nach Schepank)

96% der Patienten hatten emotionale, psychosozialer Störungen oder Störungen in der körperlichen Funktionsfähigkeit oberhalb des klinischen cut-off-Wertes. Die mittlere Beeinträchtigungsschwere der Gesamtstichprobe lag zu Beginn der Behandlung bei BSS= 6,8. Der klinische cut-off-Wert für dieses Maß liegt bei 5.0 oder darüber (Schepank 1987, 1994). 13% der Stichprobe hatte zu Behandlungsbeginn einen Score von 9 oder darüber, was als Indikation für eine stationäre Behandlung angesehen wird. In Fig. 1 ist die Häufigkeitsverteilung des Beeinträchtigungsschwerescores vor Behandlungsbeginn dargestellt.

Hier etwa einfügen Fig. 1

3. 2. Ergebnisse zum Zeitpunkt der Katamnese

3. 2. 1. Soziodemographische Daten der Patienten

Die soziodemographischen Daten der Katamnese-Stichprobe sind in Tab. 6 dargestellt. Das Durchschnittsalter der Katamnese-Patienten lag bei 44,5 Jahren (27-69); mehr als 2/3 (69,1%) waren Frauen. Der Anteil unverheirateter oder getrennt lebender Patienten lag bei 26%, eine höhere Ausbildung hatten 17%, die Anzahl der Arbeiter lag bei 4% und der Anteil von Angestellten bzw. Beamten lag bei 62%.

Hier etwa einfügen Tab. 6

3. 2. 2. Charakteristika der Katamnese-Stichprobe

Die durchschnittliche Katamnesezeit betrug knapp 6 Jahre. Berücksichtigt man eine mittlere Behandlungszeit von etwas weniger als 3 Jahre sind die Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Katamnese im Schnitt 10 Jahre älter als zu Beginn der Behandlung. Damit hat sich jedoch auch das Erkrankungsrisiko erhöht. 76% der Teilnehmer hatten eine Psychoanalyse abgeschlossen mit einer durchschnittlichen Stundenzahl von 193 und einer Dauer von 3 Jahren; 63% von den Psychoanalysepatienten hatten mehr als 100 Therapiesitzungen. 17,5% der Untersuchungsteilnehmer waren Therapieabbrecher zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Therapieverlaufes. Dieser relativ hohe Anteil an Therapieabbrechern in der Gesamtstichprobe haben wir als "Vertrauensvariable" bewertet. Daraus zogen wir den Schluß, daß die Therapeuten nicht nur ihre erfolgreichen Patienten in die Studie eingebracht haben. (siehe Tab. 7).

Hier etwa einfügen Tab. 7 und 8

3. 2. 3. Auswahl der Ergebnisse der Selbsteinschätzung der Patienten zum Katamnesezeitpunkt

Verglichen zum Zeitpunkt vor der Behandlung gaben 6 Jahre nach Behandlungsende 70-94% der früheren Patienten in verschiedenen Kriterien hinsichtlich ihrer psychischen und körperlichen Befindlichkeit, ihrer globalen Befindlichkeit, Lebens- und Berufszufriedenheit, der Partner- und Familienbeziehungen und dem allgemeinen sozialen Funktionsniveau vergleichsweise

eine gute bis sehr gute Verbesserung an. Eine Auswahl der untersuchten Variablen sind in Tab. 8 dargestellt.

(die 5-7 fach gestuften Skalen wurden zu 3 Stufen zusammengefaßt).

Hier etwa Tab. 9 einfügen

3. 2. 3. 1. *Gesundheit:*

51 % bezeichnen zum Untersuchungszeitpunkt ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, weitere 37 % als zufriedenstellend, d. h. 88 % sind 6 Jahre nach Behandlungsende mit ihrer Gesundheit zufrieden. Nur 9,9% sind weniger zufrieden, 1,8% beklagen einen schlechten Gesundheitszustand.

3. 2. 3. 2. *Die Leitsymptomatik*

70.3% berichteten, ihre Probleme und Beschwerden, die sie in die Psychoanalyse geführt hätten, seien behoben oder gut gebessert, weitere 22.5% schätzten ihre Beschwerden als etwas gebessert ein, 7.2% als unverändert oder verschlechtert.

3. 2. 3. 3. *Körperliche Befindlichkeit*

2/3 (65,7%) beurteilten ihre körperliche Gesundheit heute im Vergleich vor der Therapie als besser oder sehr viel besser, knapp ¼ (24,2%) als unverändert.

In der Hälfte der Fälle (50,5%) gehörten auch körperliche Erkrankungen zu den Gründen eine Therapie zu beginnen. Genannt wurden beispielsweise Colitis ulcerosa, Rückenschmerzen, Magen-Darm-Symptomatik, Migräne, Herzschmerzen. Diese von körperlichen Beschwerden Betroffenen berichteten zum Katamnesezeitpunkt, ihre körperlichen Beschwerden seien jetzt zu 29% behoben und zu weiteren 54% gebessert oder sehr gut gebessert (10% unverändert und 6,5% verschlechtert).

3. 2. 3. 4. *Psychische Befindlichkeit*

Die psychische Befindlichkeit war von 94% (93,7%) verbessert oder sehr verbessert angegeben worden, von etwas mehr wie 5% (5,4%) als unverändert.

Die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens wurde entsprechend des Grades an Zustimmung durch die Patienten in eine Rangreihe gebracht. Die Therapie hatte die beste Wirkung auf das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen, gefolgt von der Grundstimmung, geistigen Verfassung, der allgemeinen Lebenszufriedenheit und Leis-

tungsfähigkeit. Mit der Sexualität, dem Aussehen und der Freizeitgestaltung waren die Untersuchungsteilnehmer am wenigsten zufrieden.

68% sind mit ihrer Leistungsfähigkeit im Vergleich zu früher zufriedener oder sehr viel zufriedener, 23% unverändert und 6,5% unzufriedener.

3. 2. 3. 5. Bedeutung der Therapie für die Verbesserung des Lebensgefühl und der Lebensweise

80,2% messen der Therapie für die Verbesserung ihres Lebensgefühl und der aktuellen Lebensgestaltung eine große oder sehr große Bedeutung zu, weitere 13,5% eine mittelgradige und 5,4% eine geringe Bedeutung (0,9% missing).

3. 2. 4. Klinische Signifikanz der Veränderung der Gesundheit, Lebenszufriedenheit - im Vergleich mit der Normalbevölkerung (Ires, Gerdes und Jäckel 1992) und der Befindlichkeit

3. 2. 4. 1. Gesundheit:

Vergleicht man die Angaben zur Gesundheit mit einer repräsentativen Stichprobe der Normalbevölkerung, wie sie von Gerdes und Jäckel (1992) erhoben wurden, so liegen 88,3% unserer Stichprobe in der Einschätzung ihrer Gesundheit zum Katamnesezeitpunkt im Normbereich (innerhalb der 75. Perzentile), d. h. 88,3% unserer Stichprobe beschrieben sich wie 75% der Referenzstichprobe. 11,7 % waren “auffällig” oder “sehr auffällig” vs 25% der Referenzstichprobe.

3. 2. 4. 2. Die Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit wurde auf insgesamt 8 Skalen erfasst (Arbeitsituation, Wohnsituation, Finanzielle Lage, Freizeit, Familiäre Situation, Beziehung zu Nachbarn, Freunden, Bekannten, insgesamt mit dem Leben). Alle 8 Skalen zusammengefasst ergeben die nachfolgende “durchschnittliche” Lebenszufriedenheit im Vergleich zur Normalstichprobe:

69.2% der hier untersuchten Patienten liegen innerhalb der 75. Perzentile, dem Bereich, in dem 75% der repräsentativen Referenzstichprobe der Normalbevölkerung liegen.

3. 2. 4. 3. Klinische Signifikanz der globalen Befindlichkeit

Die allgemeine Befindlichkeit der Untersuchungsteilnehmer zu unterschiedlichen Zeitpunkten wurde über eine 6-stufige Skala mit den Polen sehr schlecht bis sehr gut erfasst. 60.4% (N=67) der Untersuchungstichprobe bewerteten ihre Befindlichkeit vor Behandlungsbeginn als sehr schlecht, 6 Jahre nach Beendigung schätzten 86.6% (N=56) dieser Patientengruppe ihre Befindlichkeit als sehr gut, gut oder eher gut ein. Weitere 31,5% (N=35) beschrieben ihre Befindlichkeit bei Behandlungsbeginn als schlecht. Von diesen Patienten berichteten zum Katamnesezeitpunkt 85,7% (N=30) über eine sehr gute, gute oder eher gute Befindlichkeit.

90% stimmen der Frage zu (stimmt genau oder stimmt), die Therapie habe ihnen geholfen.

87,3% stimmen zu, dem Leben seit der Therapie besser gewachsen zu sein und 85,5% stimmen zu, daß die Therapie ein Prozeß sei, der heute noch anhalte.

8,8% geben an die Therapie habe ihnen nicht geholfen, davon 6,3% es habe an der Therapiemethode gelegen bzw. 5,4% an der Art oder Persönlichkeit des Therapeuten, 8,1% an der eigenen Persönlichkeit, 5,4% an äußeren Ereignissen oder Entwicklungen.

3. 2. 5. Therapieerfolg und Behandlungsdauer

In dieser Abbildung ist der Summenwert von 3 Globalurteilen (0-100) der Patienten zum Therapieerfolg zusammengefaßt und als Funktion der Dauer der Therapie dargestellt.

Im Einzelnen waren dies:

1. der Grad der Besserung der Beschwerden, die Anlaß für die Therapie waren
2. das Ausmaß, wie die Psychotherapie oder Psychoanalyse dem Patienten geholfen hat
3. die aktuelle psychische Befindlichkeit.

Es zeigt sich ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang mit der Behandlungsdauer ($p < 0.05$):

Je länger die Behandlung dauert, um so erfolgreicher beschrieben die Patienten ihre Behandlung auch noch 6 Jahre nach deren Ende. Langzeittherapie scheint nach diesen Kriterien erfolgreicher als Kurzzeittherapie. Dieses Ergebnis ist mit den Befunden der Consumers Report-Studie von Seligman (1995), sowie den Ergebnissen von Sandell (1996) vergleichbar.

Hier etwa einfügen Fig. 2

3. 2. 6. Globaler Therapieerfolg aus Patienten- und Therapeutesicht

Nachfolgende globalen Einschätzungen der Verfassung der Patienten bei Therapieende durch die früheren Therapeuten und die Patienten bei der katamnestischen Nachuntersuchung 6 Jahren nach Behandlungsende wurden erhoben:

Therapeut: 64,9% gute, 29,7% mäßige, 5,4% unveränderte oder verschlechterte Gesamtverfassung, Patienten: 70,3% gut gebessert, 22,5% mäßig, 7,2% unverändert oder verschlechtert.

3. 2. 7. Ergebnisse der psychometrischen Test Untersuchungen zum Follow -up Zeitpunkt

3. 2. 7. 1. Gießen-Test:

Die nach Geschlecht und Alter standardisierten Mittelwerte der Gießen-Test-Skalen (T-Werte) lagen innerhalb der Eichstichprobe (zwei SD von T= 50). Eine klinisch relevante Störung kann zum follow-up Zeitpunkt nicht nachgewiesen werden. (Tab. 9)

Hier etwa Tab. 9 einfügen

3. 2. 7. 2. VEV (*Veränderung des Verhaltens und Erlebens*):

Der VEV ist ein änderungssensitives, standardisiertes Selbstbeschreibungsinstrument mit 42 Items. Die Items sind negative und positive Vergleichsaussagen zur zurückliegenden Psychotherapie. Die Werte addieren sich zu einem Gesamtscore, der zwischen extremer Verschlechterung (=42) und extremer Verbesserung (=294) liegt.

Bei Werten unter 149 handelt es sich um eine Verschlechterung, bei Werten über 187 um eine Verbesserung.

Die Gesamtgruppe der Patienten lag bei 200.4. Damit ist auf dem 0,1%-Signifikanz Niveau gesichert, daß die Gesamtgruppe positive Veränderungen im Erleben und Verhalten wahrnimmt.

Im Vergleich zu einer 2 -Jahreskatamnese einer stationär verhaltenstherapeutischen Vergleichsgruppe (Zielke 1993) ergaben sich vergleichbare Werte hinsichtlich des Gesamtwertes und des Anteils positiv oder negativ veränderter Patienten (Tab. 10).

Hier etwa Tab. 10 einfügen

3. 2. 7. 3. SCL-90 R

Zum follow-up Zeitpunkt 6 Jahre nach der Behandlung weisen der Global Severity Index (GSI) der SCL-90R und die Subskalen-Scores keine psychopathologischen Kennwerte auf. Die vor Behandlungsbeginn hinsichtlich des Diagnosespektrums und der Krankheitsschwere relativ schwer gestörte Stichprobe zeigt jetzt auch im Vergleich mit anderen klinischen Stichproben auf allen Skalen Werte, vergleichbar mit der Normierstichprobe. In Fig. 3 sind die Mittelwerte der 9 Subskalen der SCL-90R der Normstichprobe, der Katamnesestichprobe und anderer klinischer Diagnosegruppen dargestellt (Fig. 3).

Hier etwa Fig.3 einfügen

3. 2. 8. Prae-post-Vergleich des Beeinträchtigungsscores (BSS) für die Regionalstichprobe Berlin (N=33)

Die vergleichenden “prae- post” Fremdbeurteilung des aktuellen Krankheitsstatus durch klinische Interviews bei der Nachuntersuchung einer Teilstichprobe von N=33 Patienten (Berliner Regionalstichprobe) durch unabhängige Untersucher zeigte eine signifikante ($P < 0.01$) Abnahme der Krankheitsschwere (Beeinträchtigungsschwere nach Schepank). Die errechnete Effektstärke lag bei 2.1 (Fig. 4).

Hier etwa Fig. 4 einfügen

3. 2. 9. Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen nach Patientenangaben

Da seitens der Krankenkassen keine patientenbezogene, sondern nur Arzt- bzw. apothekenbezogene Daten zum Medikamentenkonsum und die Zahl der Arztbesuche registriert werden, können hier nur die subjektiven Angaben der Patienten herangezogen werden.

3. 2. 9. 1. Einnahme von Psychopharmaka

Die Einnahme psychotroper Medikamente hat sich in der posttherapeutischen Phase substantiell reduziert (Fig. 5). Ein zunehmender Prozentsatz von Patienten nahm im Vergleich vor der Behandlung weniger Psychopharmaka ein, der Anteil der regelmäßig Medikamente einnehmenden Patienten nahm insgesamt erheblich ab.

50% der Untersuchungsteilnehmer nahmen im Vergleich vor Therapiebeginn zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung weniger Medikamente ein (ca. 40% unverändert oder nicht zutref-

finden). Knapp 70% nehmen heute weder Schlaf- noch Schmerz- oder Beruhigungsmittel, 25% gelegentlich und 5% regelmäßig.

Hier etwa Fig. 5 einfügen

3. 2. 9. 2. Häufigkeit von Arztbesuchen

Mehr als die Hälfte der Patienten berichteten von einer substantiellen Abnahme der Häufigkeit von Arztbesuchen im Vergleich vor der Therapie. Nur 8.1% gaben eine höhere Zahl von Arztbesuchen an und bei knapp 40% ist die Zahl der Arztbesuche im Jahr vor der Katamnese im Vergleich unverändert geblieben (darin enthalten Patienten, die vor und nach der Behandlung keinen Arzt aufsuchten).

Hier etwa Fig. 6 einfügen

3. 2. 9. 3. Vergleich der Häufigkeit von Arztbesuchen mit zwei repräsentativen Studien.

Die Zahl der Arztbesuche im Jahr vor der Katamnese ist im Vergleich zu zwei repräsentativen Studien (Schacht 1989, Hoffmeister, 1988) über die Anzahl von Arztbesuchen in der Allgemeinpraxis nicht erhöht. Die Häufigkeit der Arztbesuche ist wegen der bekannten Geschlechtsabhängigkeit getrennt aufgeführt.(Fig. 7).

Hier etwa Fig 7 einfügen

3. 2. 10. Prae - Post-Vergleich der Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhaustage auf der Basis von objektiven Krankenkassendaten

3. 2. 10. 1 AU-Tage 1 Jahr vor und 1 Jahr nach der Therapie:

Im Vergleich der durchschnittlich angefallenen Anzahl von AU-Tagen/ Patient im Jahr vor der Therapie mit dem Jahr nach der Therapie zeigte sich eine Reduktion der beanspruchten durchschnittlichen AU-Tage um 66,6% von 24 auf 8 Tage ($p=0.054$).

3. 2. 10. 2 AU-Tage für den Gesamtzeitraum 5 Jahre vor und 5 Jahre nach Beendigung der Therapie.

Die zusammenfassende durchschnittliche Anzahl der AU-Tage/ Jahr für den gesamten Prävalenzabschnitt 5 Jahre vor und 5 Jahre nach der Psychotherapie zeigte eine Abnahme um 50%. Ausgehend von durchschnittlich 16 AU-Tagen/ Jahr in den 5 Jahren vor Beginn der Therapie

erfolgte in den 5 Jahren nach Beendigung der Therapie eine Halbierung der Anzahl der AU-Tage auf durchschnittliche 8 AU-Tage/ Jahr ($p=.057$) (Fig. 8).

Hier etwa Fig. 8 und 9 einfügen

3. 2. 10. 3 KH-Tage 1 Jahr vor und 1 Jahr nach Therapieende

Hinsichtlich der beanspruchten Krankenhaustage finden sich vergleichbare Ergebnisse: im Jahr vor der Therapie fallen durchschnittlich 8 KH-Tage pro Patient an, im Jahr nach Therapieende hingegen durchschnittlich nur 1 KH-Tag / Patient, was einer Reduktion um 87,5% entspricht ($p= .037$) (Fig. 9).

3. 2. 10. 4 KH-Tage 5 Jahre vor und 5 Jahre nach der Therapie:

Beim Vergleich der beiden 5-Jahresprävalenzzeiträume vor und nach der Therapie ist eine Halbierung von durchschnittlich 3,7 KH-Tage/ Jahr auf 1,8 Tage/ Jahr und Patient zu verzeichnen entsprechend einer Reduktion um 51,4% ($p=.173$).

3. 2. 10. 5 Vergleich der AU-Tage mit den Durchschnittswerten der Barmer Ersatzkasse

58% der Probanden waren bei Ersatzkassen versichert. Ein Vergleich mit den statistischen Daten der von uns als repräsentativ angesehenen Barmer Ersatzkasse erscheint daher gerechtfertigt. Vergleicht man die administrativen Daten der Kostenträger unserer Stichprobe mit dem statistischen Mittel aller erwerbstätigen Mitglieder (freiwillige und pflichtversicherte) der Barmer Ersatzkasse (BEK) 1 Jahr vor Behandlungsbeginn mit dem Jahr nach Behandlungsende, so lassen sich, bezogen auf die studienrelevanten Jahre (1987/88), die nachfolgenden Zahlen ermitteln. Hierbei mußte unsere Stichprobe auf die Referenzzahl von 100 Versicherungsnehmer hochgerechnet werden.

In dem Jahr vor Therapiebeginn liegt unsere Stichprobe in der Summe der angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage/ 100 Fälle ³ (1456 Tage/100 Patienten) deutlich über dem durchschnittlichen Wert der BEK- Mitglieder des Jahres 1985 entsprechend "1 Jahr vor Therapiebeginn" (BEK-Statistik: 1083 AU-Tage/100). Unsere Studienpopulation war also vor Behandlungsbeginn deutlich länger krank geschrieben als der Durchschnitt der BEK- Pflichtversicherten. Im Jahr nach Beendigung der Therapie hingegen liegen die beanspruchten AU-Tage unserer Stichprobe erheblich unterhalb des Durchschnitts der Krankenkassen des entsprechenden Re-

³ Versicherungstechnisch wird ein Patient entsprechend der Häufigkeit seiner Krankschreibungen/ Jahr oder Krankenhausbehandlungen/ Jahr als mehrere Fälle gerechnet, d.h. die Zahl der Fälle ist in der Regel größer als die Zahl der Patienten.

ferenzjahres (820 vs 1229 Tage). Die Reduktion der Summe der angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage/ 100 Fälle von 1456 Tage/ 100 Fälle im Jahr vor auf 820 Tage/100 im Jahr nach der Behandlung entspricht einer Abnahme von 43,7%. Ähnlich sind die Verhältnisse bezüglich der durchschnittlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro Fall: Unsere Stichprobe weist im Jahr vor Therapiebeginn eine durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit von 41,6 AU-Tage/ Fall auf und fällt im Jahr nach Therapieende ab auf 13,5 AU-Tage/ Fall, was einer Reduktion um 67,5% entspricht. Der Versicherungsdurchschnitt liegt im entsprechenden Jahr "vor Therapiebeginn" (1984/ 1985) bei 16 Tagen und im Jahr "nach Therapieende" (1988/ 1989) bei 15 AU-Tagen (Fig. 10).

Hier etwa Fig. 10 einfügen

3. 2. 10. 6 Vergleich Krankenhaustage mit den Durchschnittswerten der BEK

Bei der Summe der Krankenhaustage/ 100 Fälle findet sich ein Ausgangswert unserer Stichprobe, der weit über dem Versicherungsdurchschnitt liegt (912 vs 168). mit einem Abfall im Jahr nach Therapieende auf unterdurchschnittliche 116 Tage/ 100 Fälle. Diese Reduktion um 87,3% kommt im wesentlichen durch eine Reduktion der Zahl der Krankenhausfälle im Jahr nach Therapieende zustande (19 auf 4 entsprechend einer Abnahme von 79%) und weniger durch die Dauer der Krankenhausaufenthalte (47 auf 34 Tage/ Fall) (Fig. 11).

Hier etwa Fig. 11 einfügen

4. Diskussion:

Bei einer naturalistischen Studie wie der vorliegenden wird die Stichprobengewinnung durch das Filter der Therapeuten selektiert. Eine systematische Verfälschung wurde hier jedoch weitgehend ausgeschlossen durch die Kontrolle der Therapeutencharakteristika über einen unabhängig von der vorliegenden Untersuchung durchgeführten survey des Gesamtverbandes der DGAP. Bei einem Rücklauf von 73,5% kann davon ausgegangen werden, daß die Erhebung repräsentativ ist für den Gesamtverband der deutschen jungianischen Psychoanalytiker. Die Stichprobe der Katamnesepatienten unterscheidet sich hinsichtlich zentraler Variablen nicht von allen basisdokumentierten Fällen, darüber hinaus ist die Abbrecherquote (Therapeuteinschätzung) von 17% relativ hoch, eine systematische Selektion erscheint uns daher wenig wahrscheinlich.

Die durchschnittliche Anzahl der abgeschlossenen Fälle pro Therapeut und Jahr in den Jahren 1987/ 88 stimmt in der Größenordnung überein mit den Angaben der durchschnittlichen Anzahl abgeschlossener Fälle im Jahr 1994, die über eine separate Erhebung der DGAP erfasst wurden. Wir können daher davon ausgehen, daß sowohl die eingeschlossenen Patienten, als auch die teilnehmenden Therapeuten weitgehend repräsentativ sein dürften für eine durchschnittliche (jungianische) psychoanalytische Praxis in Deutschland.

Anhand der retrospektiv eingeschätzten ICD-10 Diagnosen, der Krankheitsschwere (BSS) und der chronifizierten Leitsymptomatik weisen die Patienten zu Beginn der Behandlung erhebliche psychopathologische Störungsgrade auf, die im Schnitt nach 6 Jahren nicht mehr nachweisbar waren. Die Reliabilität einer retrospektive Diagnosestellung- und Einschätzung der Krankheitsschwere auf der Basis der Therapeutenanträge zur Kostenübernahme ist aus methodischen Gründen eingeschränkt. Die katamnestisch erhobenen Daten und vor allen Dingen die prospektiven Daten der Krankenkassen weisen jedoch in dieselbe Richtung. In unserem naturalistischen UnTERSUCHUNGSANSATZ lässt sich eine unbehandelte Kontrollgruppe z. B. Wartegruppe nicht realisieren. In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, daß bereits nach 1 Jahr ca. 80% der Patienten einer Warteliste aus eigener Initiative eine Psychotherapie begonnen haben, so daß aus diesen Gründen eine Kontrollgruppe nicht realisierbar ist (Sandell 1996, Rudolf 1991). Ein möglicher Einwand einer Spontanremission ist mit den Untersuchungen von Schmidt, Glass et al. 1980, Grawe 1994, Franz 1991 widerlegt worden.

Um trotzdem die Befunde aus der Katamnese mit anderen Stichproben vergleichen zu können haben wir u.a. standardisierte Instrumente bzw. Skalen verwendet (Normwerte für die psychometrische Tests und Ergebnisse der vergleichenden Selbstaussagen der Patienten mit den Eichstichproben - IRES-Skalen). Im Vergleich zu diesen Populationen bzw. anderen klinischen Gruppen ließ sich zeigen, daß unsere Stichprobe in den Selbsteinschätzungen der Patienten und den psychometrischen Testuntersuchungen zum Katamnesezeitpunkt nicht signifikant unterschieden ist.

Ein Einfluss von life-events auf das Behandlungsergebnis konnte von uns statistisch ausgeschlossen werden.

In den unterschiedlichen Outcome- Kriterien durch die Selbstbeurteilung der Untersuchungsteilnehmer ergeben sich Erfolgsquoten von durchschnittlich 70 bis über 90%. Dies könnte durch eine systematische Verfälschung des Erinnerungsvermögens der Patienten z. B. durch Loyalität gegenüber dem Therapeuten, zur Vermeidung einer kognitiven Dissonanz zustande gekommen sein. Die Outcome- Ergebnisse auf unterschiedlichen Beurteilungsebenen weisen

jedoch in dieselbe Richtung. Das Globalurteil der Patienten zum Therapieerfolg stimmt relativ gut überein mit dem Globalurteil der früheren Therapeuten. Die Therapeuten schätzten den Therapieerfolg eher konservativer als die Patienten ein. Die Regionalstichprobe der Berliner Patienten, die sich in den wesentlichen Charakteristika nicht von dem Rest der Stichprobe unterscheidet wurde von unabhängigen (psychoanalytischen) Experten untersucht und nach vergleichbaren Kriterien beurteilt wie die Selbstbeurteilung der Patienten, ohne daß hier eine wesentliche Diskrepanz festzustellen war. Die Befunde der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen weisen in dieselbe Richtung.

Aus den objektiv von den Krankenkassen erhobenen Daten ließ sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Krankheitsverhaltens, das auch noch nach 5 Jahren zu einer deutlich anhaltenden Reduktion der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen (AU-Tage, Krankenhaustage, Zahl der Arztbesuche und der Medikamenteneinnahme) eines großen Teils der behandelten Patienten und damit zu einer erheblichen Kostenersparnis führte). Diesem Ergebnis kommt unter klinischen Aspekten eine große Bedeutung zu, da auf diese Weise über einen langen Prävalenzzeitraum von 5 Jahren, der sonst in kaum einer anderen vergleichbaren Ergebnisstudie (außer der von Dührssen 1962) berücksichtigt wurde. Zusammen mit den bereits dargestellten weiteren klinischen Ergebnissen deutet dies auf eine langanhaltende Wirkung der Psychotherapie hin. Durch die verringerte Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen kommt diesem Befund vor allem auch eine große ökonomische und damit auch berufspolitische Bedeutung zu.

Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen und Krankenhaustagen nach Psychotherapie wurden von Dührssen (1962) in einem 5-Jahresvergleich bei ambulant behandelten und von Zielke (1993) bei stationär kognitiv- behavioural behandelten Patienten bei einer zwei Jahres Katamnese gefunden. Dieser Effekt wurde auch von Deter (1989) bei psychosomatischer Behandlung von Asthmapatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nachgewiesen.

Kosten-Nutzen Erwägungen spielen als Erfolgskriterien besonders für die Gesundheitsverwaltung eine zunehmende Rolle. Wie wir anhand dieser retrospektiven Studie nachweisen konnten hat die Psychotherapie offenbar einen langanhaltenden Effekt auch auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten. Die lückenlose Erhebung dieser Daten erfordert jedoch eine große Sorgfalt und ein methodisch abgesichertes Vorgehen für die Interpretation der Daten (Richter et al. 1994). Eine Reduktion der AU- und KH-Tage nach psychotherapeutischer Behandlung ist um so bedeutsamer einzuschätzen, wenn man in Rechnung stellt, daß die Stu-

dienteilnehmer zum Untersuchungszeitpunkt im Durchschnitt 10 Jahre älter geworden sind und damit das Krankheitsrisiko mit erhöhten AU- bzw. KH-Tagen zugenommen hat.

Mehr als 3/4 der hier untersuchten Patienten bezogen sich auf Langzeitanalysen, so daß für diese, bisher wenig empirisch untersuchte Therapieform ein empirischer Wirksamkeitsnachweis vorliegt, der auch noch nach durchschnittlich 6 Jahren nachweisbar ist.

Zusammenfassung

Ziel der katamnestischen Untersuchung an ehemaligen Psychoanalyse -und Langzeitpsychotherapie -Patienten aus der Versorgungspraxis niedergelassener jungianischer Psychoanalytiker war der Nachweis der Wirksamkeit der Behandlung und die Reduktion der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen.

Die Resultate basieren auf der Nachuntersuchung einer repräsentativen Stichprobe von 111 Probanden von insgesamt 351 ehemaligen Patienten mittels eines standardisierten Katamnesefragebogens und den objektiven Beanspruchungsdaten der Krankenkassen bezüglich Arbeitsfehltagen und Krankenhaustagen. Aus Sicht der ehemaligen Patienten und Therapeuten sowie anhand von psychometrischen Testuntersuchungen verbesserte sich die Verfassung der Patienten bei 70-95% der Probanden anhaltend 6 Jahre nach Abschluß der Behandlung hinsichtlich psychischer, körperlicher und sozialer Parameter. Über 90% berichten über eine hohe subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung.

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten halbieren sich von durchschnittlich 16 Tage/Jahr im Zeitraum 5 Jahre vor der Psychotherapie auf 8 Tage/Jahr im Zeitraum 5 Jahre nach Beendigung der Psychotherapie. Die durchschnittlichen Anzahl der Krankenhaustage reduzierte sich von 8 Tagen im Jahr vor auf 1 Tag im Jahr nach der Psychotherapie. Im Zeitraum 5 Jahre vor Therapiebeginn zu 5 Jahre nach Therapieende war die Reduktion von durchschnittlich 3,7 Tage/ Jahr auf 1,8 Tage/ Jahr.

Die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit von Langzeitpsychotherapien wurde über einen Zeitraum von 6 Jahren nach Beendigung der Behandlung nachgewiesen.

In 1994 the members of the „Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)“ (all working with adult clients) were asked to participate in a follow-up, naturalistic multi-level

designed study to investigate the effectivity of long-term psychotherapy and psychoanalysis. 78% responded to our inquiry, 24.6 % participated in the study and contacted their former patients. Central component of the study was a follow-up examination of former patients via a questionnaire six years after termination of psychotherapy or analysis, and the recording of treatment-seeking data from health insurance companies five years before and after treatment. The objectives were 1. Proving the effectiveness of long-term analyses (more than 100 sessions) and examining the stability of treatment results by a follow-up study six years after therapy. 2. Evaluating cost-benefit data. 3. Justifying Jungian psychotherapy and analysis to the cost carrier and the health-care administration.

111 cases could be included in the study who finished their psychoanalysis or psychotherapy in 1987 or 1988. The selection of the participating therapists was controlled by a separate survey of the members of the DGAP consisting personal characteristics and data of their patients and the selection of the included patients was controlled against a total of 353 therapist documented therapies completed between 1987 and 1988.

More than three-fourths of the patients examined underwent psychoanalysis. 70-94 % of the study participants reported good to very good improvement of the patients' physical, psychological state and social functioning 5 years after therapy. This results in a marked reduction of health insurance claims - disability days, hospital days, number of visits to a doctor and drug intake and, thus, in a reduction of costs.

In the psychometric test studies of the actual state of health in terms of symptoms (SCL-90R), personality (Gießen Test) and change in experience and behaviour (VEV), compared to a random sample of healthy subjects our study sample did not show any difference contrasting other clinical groups.

We conclude Jungian psychotherapy and psychoanalysis is for the most patients effective and cost reducing.

Kurztitel: Wirksamkeit von Jungianischer Langzeit-Psychotherapie

5. Literatur

- Bachrach, HM., Galatzer-Levy, R., Skolnikoff, A., Waldron, S. (1991).** On the efficacy of psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39, 871-917.
- Beckmann et al. (1991),** Der Gießen-Test (GT): Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Beltz (Weinheim).
- Deter, HC. (1986).** Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale. Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo.
- Deter, HC. (1989).** Zur Kosten-Nutzen-Analyse der tiefenpsychologisch- orientierten Gruppentherapie bei Patienten mit Asthma bronchiale. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 7, 154-162.
- Derogatis, LR. (1986).** Self Report Symptom Inventory. Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz (Weinheim).
- Dührssen, A. (1962).** Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med* 9, 94-113
- Frank, E., Kupfer, DJ., Perel, JM., Cornes, C., Jarret, DB., Mallinger, AG., Thase, ME., McEachran, AB., Grochocinski, VJ. (1990).** Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1093-1099.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994).** Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe.
- Gerdes, N., Jäckel, WH. (1992).** "Indikatoren des Reha-Status (IRES)" - Ein Patientenfragebogen zur Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit und -erfolg. *Rehabilitation* 31, 73-79.
- Hoffmeister J., Hoeltz J., Schön D., Schröder E., Güther B. (1988).** Nationaler Untersuchungs-Survey und regionale Untersuchungs-Surveys der DHP (Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie). *DHP Forum* 3. Heft1.
- Horowitz, LM. et al. (1988).** Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 885-892.
- Kantrowitz, J., Katz, AL., Greenman, D., Morris, H., Paolitto, F., Sashin, J., Solomon, L. (1989).** The patient analyst match and the outcome of psychoanalysis: a pilot study. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 37, 893-920.
- Kantrowitz, J., Katz, AL., Paolitto, F. (1990).** Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change:

J Amer Psychoanal Assn 38, 471-496.

Kantrowitz, J., Katz, AL., Paolitto, F. (1990) Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: II. Development of the self-analytic function.

J Amer Psychoanal Assn 38, 637-654

Kantrowitz, J., Katz, AL., Paolitto, F. (1990). Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination: III. The relation of the transference neurosis to the patient-analyst match.

J Amer Psychoanal Assn 38, 655-678.

Potthoff, P. (1983). MEDIS; Materialien zur Studie "Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit". Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (München).

Richter, R., Hartmann, A., Meyer AE., Rüger, U. (1994). Die Kränksten gehen in eine psychoanalytische Behandlung? - Kritische Anmerkung zu einem Artikel in Report Psychologie. Zsch. psychosom. Med. 40, 41-51.

Rudolf, G. (1991). Die therapeutische Arbeitsbeziehung.

Springer, Berlin-Heidelberg.

Rudolf, G., Manz R, Öri C. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapien.

Z. Psychosom Med 30, 25-40.

Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A. (1996). Repeated follow-up of long-term psychotherapy and psychoanalysis. Paper presented at Stuttgart Kolleg: "Measuring progress in long-term psychodynamic psychotherapy", at Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart, February.

Schacht, E., Schwartz, FW., Kerek-Bodden, HE. (1989)Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der BRD. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln

Schepank, H. (1987). Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung - eine epidemiologische Studie in Mannheim. Springer, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo.

Schepank, H. (1994). Der Beeinträchtigungsschwere-score (BSS) für psychogene Erkrankungen. Beltz, Weinheim)

Seligman, MEP. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy- The Consumers Reports Study. American Psychologist, 50, 965-974.

Siegrist, J., Dittman, KH. (1983). Inventar zur Erfassung lebensverändernder Ereignisse.

ZUMA-Skalen Handbuch

Sobel, DS. (1995). Rethinking Medicine: Improving Health Outcomes with Cost-Effective Psychosocial Interventions.

Psychosomatic Med 57, 234-244.

- Shapiro, DA., Harper, H., Startup, M., Reynolds, S., Bird, D., Suokas, A.** (1994). The high water-mark of the drug metaphor: A meta-analytic critique of process-outcome research. In: Russel, RL. (Ed.). Reassessing psychotherapy research, New York, Guilford, pp. 1-35.
- Smith, ML., Glass, GV., Miller, TI.** (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore, John Hopkins University.
- Strupp HH., Fox RE., Lessler K.** (1969). Patients view their psychotherapy. John Hopkins Press (Baltimore).
- Tress, W** (1986). Das Rätsel der seelischen Gesundheit. V&R (Göttingen).
- Wallerstein, R. S.** (1986). Forty-two lives treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. New York (Guilford Press).
- Wampold, BE.** (1997). Methodological problems in Identifying Efficacious Psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7 (1), 21-43.
- Weber, J., Bachrach, H., Solomon, M.** 1985. Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). *Int Rev Psychoanal* 12, 127-141.
- Weber, J., Bachrach, H., Solomon, M.** (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). *Int Rev Psychoanal* 12, 251-262.
- Zielke M., Kopf-Mehnert, F.** (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Beltz (Weinheim).
- Zielke, M.** (1993). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Beltz, Psychologie Verlags Union.

Dr. med. Wolfram Keller

Bayerischer Platz 3

D-10779 Berlin