



**SOPHO-NET –
Forschungsverbund zur
Psychotherapie der Sozialen Phobie**

Eric Leibing, Simone Salzer, Falk Leichsenring (Hrsg.)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2008

978-3-86727-673-3

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2008

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2008

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86727-673-3

Inhaltsverzeichnis

Eric Leibing und Falk Leichsenring

Darstellung des multizentrischen Forschungsverbundes zur Psychotherapie der sozialen Phobie SOPHO-NEI Seite 1

Jörg Wiltink, Antje Haselbacher, Claudia Subic-Wrana, Frank Schneider,

Regine Tschan, Manfred E. Beutel

Überprüfung des therapeutischen Vorgehens anhand der Adherence/ Competence Skala der supportiv-expressiven Therapie der Sozialen Phobie - erste Ergebnisse zur Reliabilität Seite 7

Katrin von Consbruch, Katrin Heinrich, Kathleen Engelhardt, David Clark,

Ulrich Stangier

Psychometrische Eigenschaften der Cognitive Therapy Competence Scale for Social Phobia und der Cognitive Therapy Adherence Scale for Social Phobia Seite 14

Mirjana Ruhleder, Eva Irle, Peter Dechent

Hirnfunktionelle und hirnanatomische Veränderungen bei sozialphobischen Patienten nach kurzer psychodynamischer Psychotherapie und kognitiv-behavioraler Psychotherapie Seite 22

Alexander Konnopka, Hans-Helmut König

Gesundheitsökonomische Evaluation am Beispiel von Angststörungen Seite 31

Anna Dietrich, Gaby Bleichhardt, Wolfgang Hiller

Therapieeffekte bei der Routinebehandlung von sozialer Phobie in einer Hochschulambulanz Seite 49

Karin Pöhlmann, Susanne Döbbel, Claudia Schönberg, Matthias Israel,

Peter Joraschky

Wie verändert sich das Selbstkonzept von Sozialphobikern durch stationäre psychodynamische Psychotherapie? Seite 67

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren Seite 92

- Otto, M.W., Pollack, M.H. and Maki, K.M. (2000) Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol* 68, 556-63
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J. and Baldwin, D. (2002) The economic consequences of social phobia. *J Affect Disord* 68, 221-33
- Rees, C.S., Richards, J.C. and Smith, L.M. (1998) Medical utilisation and costs in panic disorder: a comparison with social phobia. *J Anxiety Disord* 12, 421-35
- Salvador-Carulla, L., Segui, J., Fernandez-Cano, P. and Canet, J. (1995) Costs and offset effect in panic disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 23-8
- Siegel L., J.W.W. JO (1990) Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorder* 4, 201-211
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R. and Beekman, A. (2006) Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ* 9, 193-200.
- Souetre, E., Lozet, H., Cimarosti, I., Martin, P., Chignon, J.M., Ades, J., Tignol, J. and Darcourt, G. (1994) Cost of anxiety disorders: impact of comorbidity. *J Psychosom Res* 38 Suppl 1, 151-60.
- Statistisches Bundesamt Krankheitskostenrechnung 2004 Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2008.
- Wittchen HU, Jacobi F (2004) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21 Angststörungen*, Berlin: Robert-Koch Institut

Therapieeffekte bei der Routinebehandlung von sozialer Phobie in einer Hochschulambulanz

Anna Dietrich, Gaby Bleichhardt, Wolfgang Hiller

In der Literatur wird zunehmend darüber diskutiert, inwiefern Therapieeffekte, die im Kontext randomisiert-kontrollierter Studien erreicht werden, auch auf Routinetherapien übertragen werden können. Die vorliegende Analyse evaluiert die klinischen Effekte kognitiv-behavioraler Routinetherapien der sozialen Phobie an einer Hochschulambulanz. Von zwei Stichproben mit Patienten mit Sozialer Phobie als Haupt- oder Nebendiagnose wurden verschiedene Maße der Psychopathologie bei der Anmeldung sowie vor und nach der Behandlung erhoben. Effektstärken wurden für die Intention-to-Treat- und die Completer-Stichprobe berechnet. Eine Responder- und Remissionsanalyse wurde durchgeführt. Die Prä-Post-Analyse zeigte große Effektstärken für die Completer-Stichprobe (Cohen's $d = 1.55$) und mittlere für die Intention-to-Treat-Stichprobe ($d = 0.78$). Im Vergleich mit den Ergebnissen anderer randomisiert kontrollierter Studien können die Effektstärken für die Completer-Stichprobe als zufriedenstellend bewertet werden. Die Responderraten (etwa 50%) bedürfen aus klinischer Sicht einer Verbesserung.

Einleitung

Eine der aktuellen Fragen der Psychotherapieforschung beschäftigt sich damit, inwiefern in Routinetherapien Therapieeffekte erreicht werden können, die mit den im Kontext randomisiert-kontrollierter Studien erreichten Effekten vergleichbar sind (Gaston, Abbott, Rapee & Neary, 2006; Westbrook & Kirk, 2005).

Im Rahmen des Anlaufens der Sopho-Net Studie zur Behandlung sozialer Phobie haben wir uns gefragt, welche Therapieeffekte in der Routinebehandlung von Patienten mit sozialer Phobie in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie in Mainz erreicht werden

Die Routinebehandlung sozialer Phobien erfolgt bei uns nach dem Manual von Stangier, Clark & Ehlers (2006), sodass inhaltlich eine sehr ähnliche Behandlung erfolgt wie in den Behandlungen im Rahmen der Sopho-Net Studie

Grundsätzlich kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass Therapiemethoden, die im Setting kontrollierter Therapiestudien entwickelt und evaluiert werden, auch in der Routineversorgung zu ähnlichen Effekten führen (Westbrook & Kirk, 2005)

Deshalb erscheint es wichtig, psychotherapeutische Routinebehandlungen direkt zu evaluieren (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000) Die Ergebnisse können nicht nur für die Kostenträger, sondern auch für Therapeuten und Patienten wichtige Informationen liefern, die Verbesserungen und Innovationen anstoßen können und sollen

Das aus der Pharmakotherapie heraus entwickelte Phasenmodell der Therapieevaluation bezeichnet Studien in der Routineversorgung als Phase-IV Forschung (Buchkremer & Klingberg, 2001; Linden, 1989).

Schwierigkeiten der naturalistischen Therapieforschung ergeben sich unter anderem aus der Tatsache, dass es noch keine allgemein akzeptierten Standards für die Durchführung und Darstellung gibt. Randomisiert kontrollierte Studien unterscheiden sich in mehreren Punkten erheblich von den Bedingungen der naturalistischen Therapieevaluation. So beziehen sich Routinetherapien nicht auf einen festgelegten Evaluationszeitraum, Auswertungen sind aber meist nur mit den Daten aus abgeschlossenen Therapien möglich und sinnvoll. Weiterhin bilden die behandelten Patienten meist eine heterogenere klinische Gruppe als die Patienten in entsprechenden klinischen Studien, da es keine bzw wenig explizit formulierte Ausschlusskriterien gibt und keine Randomisierung der Patienten zu unterschiedlichen

Behandlungsarten oder in eine Wartekontrollgruppe im klassischen Sinne erfolgt (Hiller & Bleichardt, in Druck)

Methode

An der Poliklinischen Institutsambulanz in Mainz wurden im Jahr 2007 etwa 600 Patienten von über 50 Therapeuten, hauptsächlich Ausbildungstherapeuten, behandelt. Alle Therapeuten arbeiten verhaltenstherapeutisch (Hiller & Bleichardt, 2004; Hiller, Bleichardt, Haaf, Legenbauer, Mauer-Matzen & Rübler, 2006; siehe auch Jahresbericht 2007 der Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie unter www.klinische-psychologie-mainz.de)

Wir verstehen unsere Evaluation als naturalistische Prozess- und Ergebnisevaluation. Mit Hilfe einer fortlaufenden wissenschaftlichen Begleitung der Therapien werden nicht nur Informationen über individuelle Therapien erhoben und z.B. an Therapeuten und Supervisoren rückgemeldet, sondern seit 2004 auch allgemeine im Rahmen des Qualitätsmanagements formulierte Qualitätskriterien überprüft. So sollen z.B. hohe Rücklaufquoten (> 90%) garantieren, dass die erhaltenen Daten aussagekräftig sind und systematische Verzerrungen wie beispielsweise die Antwortbereitschaft der Patienten keine entscheidende Rolle spielen.

Messzeitpunkte

Die erste Datenerhebung in unserem Evaluationssystem findet unmittelbar nach der meist telefonischen Anmeldung des Patienten statt (M1). Der Patient erhält einen Anamnesebogen sowie BSI-, BDI- und SKID-II-Fragebögen.

Diese sogenannte Baseline -Messung kann dann mit dem zweiten Messzeitpunkt (M2) unmittelbar vor dem Erstgespräch verglichen werden, zudem erneut BDI und BSI erhoben

werden. Durchschnittlich liegen zwischen M1 und M2 vier bis sechs Monate, sodass diese Zeitspanne als Warteperiode ähnlich einer Wartekontrollgruppe gesehen werden kann, mit der spätere Therapieeffekte verglichen werden können.

In der probatorischen Phase (P1-P5) wird vom Therapeuten die Diagnostik der psychischen Störungen nach DSM-IV durchgeführt, es werden Maße der allgemeinen Psychopathologie und störungsspezifische Diagnostik erhoben. Hier wird z.B. bei Patienten mit sozialer Phobie routinemäßig die deutschsprachige Version des Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI) (Fydrich 2003) eingesetzt.

Während der Therapie werden dann ungefähr nach jeder 10. Sitzung große Messzeitpunkte mit BDI, BSI und störungsspezifischer Diagnostik sowie etwa nach jeder 5. Sitzung kleine Messzeitpunkte mit BDI und einer Kurzversion des BSI durchgeführt. Auf die letzte Therapiesitzung folgen zwei Katamnesemessungen nach 6 und nach 12 Monaten.

Messinstrumente

Für die folgenden Analysen haben wir als Haupt-Out-Come-Maß das Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI) (Fydrich, Scheurich, Kastem 1995) als standardisiertes, symptomorientiertes diagnostisches Verfahren gewählt, das in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie in Mainz routinemäßig bei Patienten mit sozialer Phobie als störungsspezifische Verlaufsdagnostik eingesetzt wird. Der SPAI erfasst somatische, kognitive und behaviorale Aspekte von sozialen Ängsten.

Um auch Daten aus der Warteperiode analysieren zu können und einen Überblick über Veränderungen in der allgemeinen Psychopathologie zu erhalten, wurden Kennwerte aus dem Brief Symptom Inventory BSI (Franke, 2000) analysiert. Zunächst wurde die Veränderung des Global Severity Index (GSI), der die grundsätzliche psychische Belastung misst, zu M1, M2 und Post berechnet. Anschließend wurden auch Veränderungen in der Unterskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ zu den oben genannten Messzeitpunkten analysiert. Die

Unterskala 3 „Unsicherheit im Sozialkontakt“ besteht aus 4 Items: Verletzlichkeit in Gefühlsdingen, das Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder sie nicht leiden können, Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen, starke Befangenheit im Umgang mit anderen.

Prä-Post-Analysen / Effektstärken

Um Prä-Post-Veränderungen nicht nur hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz, sondern auch hinsichtlich der Größe des Effekts beurteilen zu können, wurden hier Effektstärken für den Prä-Post-Vergleich berechnet. Wir haben für unsere Analyse naturalistische Eingruppen-Prä-Post-Effektstärken nach (Cohen, 1992) verwendet, bei denen die Mittelwertsdifferenz an der Standardabweichung relativiert wird.

Allerdings ist nicht auszuschließen, dass auch Patienten, die die DSM-IV-Kriterien einer sozialen Phobie erfüllen, im SPAI einen nicht pathologischen Wert erreichen. Wenn z.B. ein Patient sehr umschriebene Ängste in sehr spezifischen Situationen berichtet, kann es sein, dass klinisch und laut DSM-IV die Kriterien einer sozialen Phobie erfüllt sind, sich dies aber nicht mit dem SPAI abbilden lässt. Patienten ohne pathologischen Anfangswert sind jedoch grundsätzlich von der Analyse auszuschließen, da keine dazugehörige Behandlungshypothese begründet werden kann (Hiller & Bleichardt, in Druck).

Die Stichprobe der in die Therapie aufgenommenen Patienten, d.h. alle Patienten mit mindestens einer therapeutischen Sitzung, bildet die Grundlage für eine Intention-to-Treat-Analyse. Bei Therapieabbrüchen wird der jeweils letzte erhaltene Messwert als Post-Messung angesehen. Patienten, die die Therapie bereits in der probatorischen Phase beenden, werden nicht in die Intention-to-Treat Stichprobe aufgenommen, da die probatorische Phase gemeinsam mit dem Erstgespräch dazu dient, die Anfangsvoraussetzungen für eine Behandlung zu prüfen (z.B. genaue Indikationsabklärung, Klärung von Behandlungsmotivation und Therapiezielen). Dies entspricht dem Vorgehen bei einer

Forschungsstudie, bei der vor Beginn einer Behandlung die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft werden

In eine Completer-Analyse werden nur diejenigen Patienten aufgenommen, die die Therapie regulär beendet haben (Hollis & Campbell, 1999; Little & Yau, 1996)

Response- und Remissionsanalysen / klinische Signifikanz

Mit Hilfe von Mittelwertsvergleichen, wie sie den Effektstärken zugrunde liegen, können keine Aussagen über das individuelle Ansprechen der Patienten auf die Behandlung gemacht werden

Es ist denkbar, dass ein Teil der behandelten Patienten keine klinisch bedeutsame Verbesserung zeigt, obwohl die Mittelwertsunterschiede signifikant sind. Hier können Response- und Remissionsanalysen zusätzliche Informationen liefern

Da bei psychotherapeutischen Behandlungen nicht nur von Erfolg gesprochen werden sollte, wenn der Post-Wert im nicht-pathologischen Bereich liegt, sondern auch dann, wenn sich ein Patient aus einer anfänglich sehr schwer ausgeprägten Symptomatik in einen mittleren oder geringen Störungsbereich verändert hat, erscheint es sinnvoll, Response unabhängig von Remission zu definieren

Fraglich ist, wie Response definiert werden sollte. In der Literatur werden unter der Überschrift der „klinischen Signifikanz“ dazu unterschiedliche Vorschläge gemacht. Am bekanntesten ist der von Jacobson und Truax (1991) entwickelte „Reliable Change Index“ (RCI).

Damit lässt sich errechnen, wie groß eine individuell erreichte Veränderung auf einer bestimmten Skala mindestens sein muss, um als „klinisch bedeutsam“ bewertet zu werden (ausführliche Darstellung und Diskussion z.B. bei Wise, 2004). Der kritische Wert ist abhängig von Verteilungsparametern der jeweils zugrunde liegenden Stichprobe und der Reliabilität des eingesetzten Messverfahrens

Wie Hiller & Bleichardt (in Druck) ausführen, haben wir uns hier für ein prozentuales Kriterium, nämlich eine Reduktion um mindestens 50% entschieden, um eine verteilungsabhängige Definition zu vermeiden. Dabei gehen wir dann von einer klinisch bedeutsamen Verbesserung aus, wenn ein Patient unter Therapie eine prozentuale Reduktion seines Psychopathologiescores um mindestens 50% erreicht. Diese Methode hat sich in vielen Feldern der Psychopharmaforschung bereits als Standard durchgesetzt (Bandelow et al., 2006)

Um aber die Vergleichbarkeit des Responsekriteriums über verschiedenen Messinstrumente mit unterschiedlich „breiten“ Normbereichen in Relation zum Gesamtwertebereich zu gewährleisten, bezieht sich dieses Kriterium auf die Reduktion innerhalb des pathologischen Wertebereichs (für ausführlichere Erklärungen siehe Hiller & Bleichardt, in Druck).

Zusätzlich wird eine Mindestreduktion von 25% auf der Gesamtskala gefordert, um zu verhindern, dass im Grenzbereich zwischen „pathologisch“ und „unauffällig“ bereits minimale Besserungen als Response gelten

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein Patient mit einem Anfangs SPAI-Wert von 80 müsste sich also um mindestens 10 Punkte auf 70 verbessern, um eine 50% Reduktion im pathologischen Wertebereich zu erreichen. Bei einem Ausgangswert von 62 müssten jedoch zusätzlich zur 50% Reduktion im pathologischen Wertebereich (die ja schon bei einem Punkt Verbesserung erreicht wäre) eine zusätzliche Reduktion um 15,5 (16) Punkte erreicht werden (25% des Gesamtwertebereichs), um den Responsestatus zu erreichen

Eine Remission liegt dann vor, wenn sich ein Patient unter Therapie aus dem pathologischen Bereich einer Psychopathologieskala in den unauffälligen Bereich verändert hat. Außerdem sollte der Response-Status erreicht sein, damit nicht geringfügige Veränderungen im Grenzbereich zwischen pathologisch und nicht-pathologisch als Therapieerfolg gewertet werden

Vergleich mit der Literatur

Die Ergebnisse unserer Analysen wurden zum besseren Vergleich mit den Ergebnissen verschiedener bereits publizierter randomisiert-kontrollierter Therapiestudien zur Behandlung sozialer Phobie verglichen (Clark, Ehlers, Hackmann, McManus, Fennell, Grey, Waddington & Wild, 2006; Ruhmland & Margraf, 2001; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003).

Durchführung

Zunächst haben wir eine Prä-Post-Analyse durchgeführt, um so die Effektstärken zu berechnen. Folgende Messzeitpunkte wurden gewählt:

Als Prä-Wert diente die Messung in der Probatorik P2-P5, da dies die früheste Messung mit dem SPAI ist. Als Post-Wert diente die letzte vorhandene Messung, die bei regulär beendeten Therapien im Allgemeinen 5 Sitzungen vor Therapieende stattfindet.

Stichprobe

Es wurden zwei Stichprobe in die Analyse mit einbezogen. Die erste Stichprobe (Stichprobe 1) setzt sich aus denjenigen Patienten zusammen, die in den letzten vier Jahren in der Ambulanz behandelt wurden und die die Kriterien einer sozialen Phobie als Hauptdiagnose erfüllten. Da aber auch bei Patienten mit komorbider sozialer Phobie häufig Elemente der sozialen Phobie Therapie durchgeführt werden, haben wir uns entschlossen eine weitere Stichprobe aus allen Patienten zu bilden, die die Kriterien der Sozialen Phobie entweder als Haupt- oder als Nebendiagnose erfüllten (Stichprobe 2).

Stichprobe 1

Es wurde N= 37 abgeschlossene Fälle aus den Jahren 2004 - 2007 ausgewählt. Tabelle 1 zeigt generelle Merkmale der Gesamtstichprobe 1.

N = 36 Patienten absolvierten mindestens eine therapeutische Sitzung und wurden in die Intention-to-Treat-Stichprobe aufgenommen. Bei N = 1 ist zwar ein Erstgespräch geführt worden, die Behandlung kam jedoch nicht zustande.

Tabelle 1. Stichprobenmerkmale (Stichprobe 1)

Merkmale	Mittelwert (Range) oder %
Alter bei Therapiebeginn	29 (18 – 53)
Weiblich (%)	46 %
Anzahl der Sitzungen	32 (5-72)

N = 32 Patienten wiesen zu Behandlungsbeginn im SPAI einen pathologischen Prä-Wert auf. Wir haben im SPAI 60 als Cut-off Wert für ein pathologisches Ergebnis festgelegt, da dieser genau zwischen den Mittelwerten von klinischen Vergleichsgruppen mit sozialer Phobie und klinischen Vergleichsgruppen ohne soziale Phobie liegt (siehe auch Fydrich et al. 1995).

Die Completer-Stichprobe schließlich setzt sich aus N = 17 Patienten zusammen, die die Therapie regulär beendet haben, d.h. das beantragte Stundenkontingent wurde ausgeschöpft.

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Komorbiditäten in Stichprobe 1.

Tabelle 2. Komorbiditäten (Stichprobe 1)

Komorbidie Störung	% (N)
Depression oder Dysthymie	60% (N = 19)
Substanzabhängigkeit, -missbrauch	13% (N = 4)
Angststörungen (ohne soziale Phobie)	22% (N = 7)
Essstörungen	6% (N = 2)
Somatoforme Störungen	6% (N = 2)
Psychotische Störungen	3% (N = 1)
Persönlichkeitsstörungen	3% (N = 1)

Stichprobe 2

Von N = 77 abgeschlossenen Fällen haben N = 74 mindestens eine therapeutische Sitzung absolviert. Davon haben N = 65 einen pathologischen Prä-Wert (SPAI > 60) und bilden damit die Intention-to-Treat-Stichprobe. N = 43 Patienten, die die Therapie regulär beendet haben, wurden in die Completer-Stichprobe aufgenommen. Tabelle 3 zeigt generelle Merkmale von Stichprobe 2.

Tabelle 3 Stichprobenmerkmale (Stichprobe 2)

Merkmal	Mittelwert (Range) oder %
Alter bei Therapiebeginn	30 (18 – 61)
Weiblich (%)	47 %
Anzahl der Sitzungen	33 (4 – 80)

Die Komorbiditäten unterscheiden sich nicht deutlich von Stichprobe 1 und ergeben sich wie Tabelle 4 zeigt.

Tabelle 4 Komorbiditäten (Stichprobe 2)

Komorbidie Störung	% (N)
Depression oder Dysthymie	63% (N = 42)
Substanzabhängigkeit,-missbrauch	3% (N = 2)
Angststörungen (ohne soziale Phobie)	29% (N = 19)
Essstörungen	3% (N = 2)
Somatoforme Störungen	3% (N = 2)
Psychotische Störungen	4,5% (N = 3)
Persönlichkeitsstörungen	3% (N = 2)

Ergebnisse

Stichprobe 1

Die Prä-Post-Analyse ergab folgende Ergebnisse: für die Intention-to-Treat-Analyse eine Effektstärke von $d = 0,78$ ($t = 3,74$, $p < 0,01$) und für die Completer-Analyse eine Effektstärke von $d = 1,55$ ($t = 4,42$, $p < 0,01$). Tabelle 5 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe. Abbildung 1 zeigt die Prä-Post-Veränderung von Intention-to-Treat und Completer Stichprobe im graphischen Vergleich.

Tabelle 5 Mittelwerte und Standardabweichungen der Prä-Post-Analyse

	Prä		Post	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
ITT	90,41	15,96	74,03	25,92
Completer	87,02	16,44	59,19	19,39

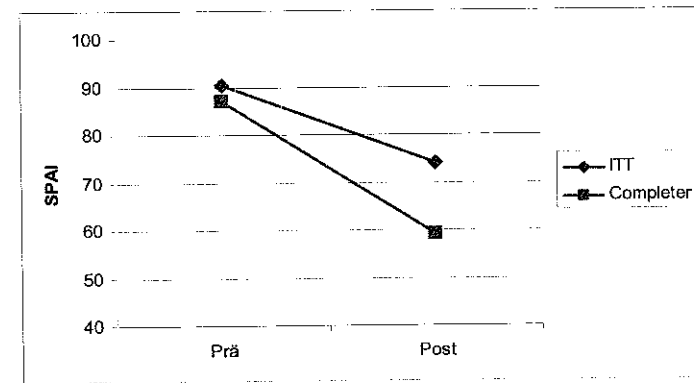


Abbildung 1 Prä-Post-Verlauf SPAI (Stichprobe 1)

Die Ergebnisse der Responder- und Remissionsanalyse sind in Tabelle 6 beschrieben. Gut 50% der Completer hatten sich unter der Therapie entscheidend gebessert, während etwa 4 von 10 Patienten unser Remissionskriterium erreichten.

Tabelle 6. Responder- und Remissionsanalyse (Stichprobe 1)

	ITT (N= 32)	Completer (N = 17)
Responder	12 (38%)	9 (53%)
Remission	8 (25%)	7 (41%)

Tabelle 7 fasst die Ergebnisse für die Daten des Brief Symptom- Inventory für Stichprobe 1 zusammen: Für die Unterskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ in der Warteperiode eine Effektstärke von $d = 0,07$ ($t = 0,65$, $p > 0,05$) und in der Prä-Post-Analyse eine Effektstärke von $d = 0,65$ ($t = 3,50$, $p < 0,01$).

Für den GSI ergab sich in der Warteperiode eine Effektstärke von $d = 0,20$ ($t = 2,39$, $p < 0,05$) Die Prä-Post-Analyse für den GSI ergab einen hoch signifikanten Effekt mit einer Effektstärke von $d = 0,54$ ($t = 3,24$, $p < 0,01$) Die hier berichteten Analysen zu den BSI - Daten beziehen sich jeweils auf die Intention-to-Treat-Stichprobe. Die Warteperiode zwischen M1 und M2 betrug für Stichprobe 1 durchschnittlich 104 Tage (13-523) Tabelle 7 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der BSI Daten

Tabelle 7 Mittelwerte und Standardabweichungen (BSI)

	Anmeldung		Prä		Post	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Unterskala 3	1,99	0,90	1,92	1,07	1,27	0,93
GSI	1,23	0,64	1,10	0,67	0,77	0,56

Stichprobe 2

Die Prä-Post- Analysen zum SPAI unterscheiden sich mit einer Effektstärke von $d = 0,88$ ($t = 6,24$, $p < 0,01$) für die Intention-to-Treat-Analyse und einer Effektstärke von $d = 1,45$ ($t = 7,13$, $p < 0,01$) für die Completer-Analyse nicht wesentlich von den Ergebnissen von

Stichprobe 1. Tabelle 8 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe. Abbildung 2 stellt die Prä-Post-Veränderung für die Intention-to-Treat- und die Completer-Stichprobe graphisch dar.

Tabelle 8 Mittelwerte und Standardabweichungen der Prä-Post-Analyse

	Prä		Post	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
ITT	87,30	15,09	69,69	25,06
Completer	83,95	14,18	59,43	19,64

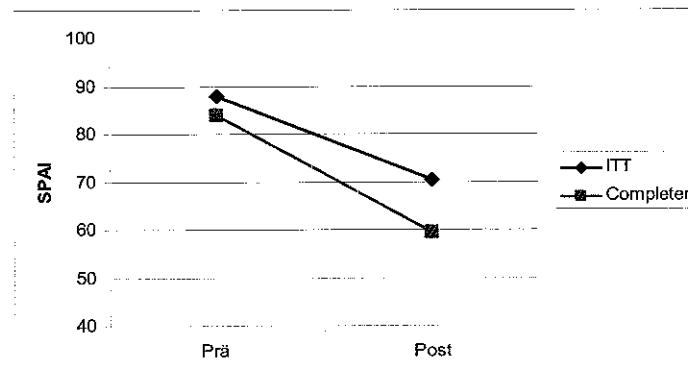


Abbildung 2 Prä-Post-Verlauf SPAI (Stichprobe 2)

Die Ergebnisse der Responder- und Remissions-Analyse sind in Tabelle 9 beschrieben

Tabelle 9 Responder- und Remissionsanalyse

	ITT (N= 65)	Completer (N = 43)
Responder	27 (42%)	22 (51%)
Remission	18 (28%)	16 (37%)

Würde man als Remissionskriterium lediglich einen Post-Wert im nicht pathologischen Wertebereich des SPAI festlegen, würden N = 22 Patienten der Intention-to-Treat -Stichprobe und N = 20 Patienten der Completer-Stichprobe das Remissionskriterium erfüllen

Tabelle 10 beschreibt die Ergebnisse der Analyse der BSI- Daten für Stichprobe 2 Für die Unterskala Unsicherheit im Sozialkontakt fand sich in der Warteperiode eine Effektstärke von $d = 0,06$ ($t = 0,56$, $p > 0,05$) und in der Prä-Post- Analyse eine Effektstärke von $d = 0,51$ ($t = 4,17$, $p < 0,01$)

Für den GSI ergab sich in der Warteperiode eine Effektstärke von $d = 0,11$ ($t = 1,57$, $p > 0,05$) Die Prä-Post- Analyse für den GSI ergab einen hoch signifikanten Effekt mit einer Effektstärke von $d = 0,56$ ($t = 5,07$, $p < 0,01$) Die durchschnittliche Wartezeit zwischen Anmeldung der Patienten (M1) und Erstgespräch (M2) lag für Stichprobe 2 bei 102 Tagen (13 – 330)

Tabelle 10 Mittelwerte und Standardabweichungen (BSI)

	Anmeldung		Prä		Post	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Unterskala 3	1,91	0,95	1,85	1,08	1,32	1,00
GSI	1,34	0,69	1,26	0,71	0,86	0,72

Vergleich mit der Literatur

Um die berichteten Effektstärken in ihrer Bedeutung besser einordnen zu können, haben wir einen Vergleich mit einigen RCT-Studien und einer Metaanalyse zu Therapieeffekten bei der Behandlung von sozialer Phobie vorgenommen, um diese mit unseren Ergebnissen zu vergleichen Tabelle 11 beschreibt diesen Vergleich.

Tabelle 11 Vergleich mit der Literatur

	Hauptsymptomatik (Prä-Post)	Allg Psychopathologie / Symptome insgesamt
Institutsambulanz Mainz	0,78 - 1,55 (SPAI) ITT < Completer	0,52 – 0,54 (ITT)
Metaanalyse Ruhmland & Margraf (2001)	1,07 (kognitiv-behavioral)	0,71
Stangier et al. (2003)	1,17 (SPAI)	0,25
Clark et al. (2006)	2,36 (Composite) 1,82 (SPAI)*	

* von den Autoren nachträglich aus den publizierten Mittelwerten und Standardabweichungen berechnet.

In der Metaanalyse von Ruhmland und Margraf (2001) zeigten sich die höchsten Effektstärken bezogen auf die Kategorie Hauptsymptomatik für reine Konfrontationsbehandlungen ($d = 1,76$) Für unseren Vergleich haben wir die Effektstärken für kognitiv-behaviorale Therapie ausgewählt ($d = 1,07$), da die bei uns durchgeführte Therapie der sozialen Phobie auch als kognitiv-behavioral zu bezeichnen ist In der Studie von Stangier et al. (2003) wurden ebenfalls der SPAI als Maß verwendet Clark und Kollegen (Clark et al., 2006) berichten von einer Effektstärke von $d = 2,36$ für kognitive Therapie Diese Effektstärke bezieht sich auf ein zusammenfassendes Maß aus unterschiedlichen Fragebögen Berechnet man aus den veröffentlichten Mittelwerten und Standardabweichungen für den SPAI, so erhält man eine Effektstärke von $d = 1,82$

Interpretation und Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich für beide Stichproben sehr ähnliche Ergebnisse zeigen. Die in der Mainzer Hochschulambulanz erreichten Effektstärken für das Haupt-Outcome-Maß SPAI lassen sich nach den von Cohen (1988) vorgeschlagenen Konventionen als mittel (0.50-0.79) bzw. groß (> 0.80) klassifizieren und sind insgesamt als zufriedenstellend zu bewerten. Insbesondere die Effektstärken für die Completer-Stichproben liegen mit $d = 1,45 - 1,51$ im exzellenten Bereich.

Die Daten zur allgemeinen Psychopathologie sind insofern als zufriedenstellend zu bewerten, als hier alle Patienten einer Stichprobe eingeschlossen wurden, sowie auch solche, die zu Behandlungsbeginn keinen pathologischen Wert im BSI aufwiesen. Weiterhin handelt es sich hier um die Intention-to-Treat-Stichprobe, so dass entsprechend niedrigere Ergebnisse zu erwarten waren. Der statistisch signifikante, als klein zu bewertende Effekt in den GSI-Daten in der Warteperiode für Stichprobe 1 kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass einige Messungen erst nach dem Erstgespräch vorgenommen wurden und dieses bereits die Einschätzung der subjektiven Belastung verändert hat. Die Effekte der Routinebehandlung von sozialer Phobie an der Mainzer Hochschulambulanz insgesamt sind zwar insgesamt etwas niedriger als die in der Literatur berichteten Effektstärken, dennoch sprechen die Ergebnisse für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse von Forschungsstudien und die Umsetzbarkeit der entwickelten Manuale für soziale Phobie.

Die Ergebnisse der Response- und Remissionsanalyse zeigen, wie wichtig es ist, neben Mittelwertvergleichen auch noch das individuelle Ansprechen auf die Therapie zu betrachten. Wir haben hier auf einen direkten Vergleich verzichtet, da die meisten anderen Studien den Reliable Change Index berechnen.

Insgesamt zeigen die Completer deutlich bessere Ergebnisse als die Intention-to-Treat-Stichproben. Über 80% der Responder und Remissionen insgesamt gehen auf die Completer-Stichproben zurück.

Aus klinischer Sicht kann eine Response-Rate von 36–53 % (Completer > ITT) und eine Abbruchrate von 45–49% natürlich nicht als zufriedenstellend bewertet werden und wir müssen uns fragen, was mit den Patienten ist, die nicht profitieren. Vor diesem Hintergrund erscheinen weiterführende Analysen hinsichtlich Indikatoren und Wirkfaktoren sinnvoll und notwendig.

Literatur

- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, I. & Wild, J. (2006). Cognitive Therapy Versus Exposure and Applied Relaxation in Social Phobia: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 568-578.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Franke (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis*. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.
- Fydrich, I., Scheurich, A., Kastem, E. (1995). Deutsche Bearbeitung des „Social Phobia Anxiety Inventory“ SPAI. *Testform*, Heidelberg.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Hiller, W. & Bleichardt, G. (2004). Qualitätssicherung in einer psychotherapeutischen Hochschulambulanz. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 315-344.
- Hiller, W. & Bleichardt, G. (in Druck). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie*.
- Hiller, W., Bleichardt, G., Haaf, B., Legenbauer, T., Mauer-Matzen, K. & Rübler, D. (2006). Zertifizierung einer Psychotherapeutischen Hochschulambulanz nach DIN EN ISO 9001. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 225-233.

- Hollis, S. & Campbell, F. (1999) What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*. 319, 670-674
- Jacobson, N.S., Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59 (1) 12-19.
- Linden, M. (1989) Die Phase IV der Therapie-Evaluation. *Nervenarzt*. 60, 453-461
- Little, R. & Yau, L. (1996) Intention-to-treat analysis for longitudinal studies with drop-outs. *Biometrics*. 52, 1324-1333
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Shadish, W. R., Matt, G., Navarro, A. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies and clinically representative conditions: a meta-analysis.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. & Clark, D. M. (2003) Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 41, 991-1007
- Stangier, U., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2006) Soziale Phobie. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen Hogrefe
- Westbrook, D. & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*. 43, 1243-1261
- Wise, E. A. (2004) Methods for analysing psychotherapy outcomes: a review of clinical significance, reliable change and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*. 82 (1), 50-59

Wie verändert sich das Selbstkonzept von Sozialphobikern durch stationäre psychodynamische Psychotherapie?

Karin Pöhlmann, Susanne Döbel, Claudia Schönberg, Matthias Israel und Peter Joraschky

1 Selbstkonzept und Sozialphobie

Die Sozialphobie ist eine häufig vorkommende psychische Störung, die in einer Reihe von Lebensbereichen zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen führt (Stein & Kean, 2000). Angaben zur Einjahresprävalenz liegen zwischen zwei und acht Prozent, Angaben zur Lebenszeitprävalenz bei bis zu 16 Prozent (Andlin-Sobocki & Wittchen, 2005; Kessler et al., 1994; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996). In der stationären Psychotherapie weisen 45% der Patienten eine Sozialphobie auf (Dally et al., 2005). Die Sozialphobie stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Erkrankungen dar. Vier von fünf Betroffenen leiden an einer weiteren psychischen Störung, am häufigsten sind Angststörungen (56,9%), depressive Störungen (41,4%) und Substanzmissbrauchsstörungen (39,6%) (Consbuch & Stangier, 2007; vgl. auch Andlin-Sobocki & Wittchen, 2005).

Sowohl psychodynamische als auch kognitiv-behaviorale Störungsmodelle beschreiben negative Einstellungen zum eigenen Selbst als Charakteristikum der Sozialphobie. Das kognitive Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Sozialphobie von Clark und Wells (1995) z. B. beschreibt die selbstfokussierte Aufmerksamkeit und die Nutzung interner Informationen zur Generierung eines verzerrten, negativen Bildes des beobachteten Selbst als wesentlichen Mechanismus der Störung. Übertrieben hohe soziale Standards, konditionale Überzeugungen über die fatalen Konsequenzen des eigenen Verhaltens sowie unbedingte