

ASPIS

Evaluation der Psychotherapie 06.2015 - 2016

Herr Marcel Leuschner¹

I. Einleitung

In der Vergangenheit hat sich die psychotherapeutische Intervention durch ASPIS, insbesondere für Flüchtlinge und Asylsuchende in Kärnten, bereits mehrfach bewährt. Im Berichtszeitraum Juni 2015 bis einschließlich 2016 kamen die langjährig erfolgreich eingesetzten Erhebungsinstrumenten „Brief Symptom Inventory“ (BSI) (Franke, 2000) und der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV-R-2001) in der revidierten Fassung (Zielke & Kopf-Mehnert, 2001) nun erneut zur Anwendung.

II. Methodik

Eine zu Beginn der Auswertung durchgeführte Missing Value Analyse zeigte $n = 168$ fehlende Werte ($f = 1.55\%$) innerhalb der relevanten Kernvariablen von BSI und VEV-R-2001 auf. Aufgrund der Auswertungsvorgaben der beiden Tests konnten mit Ausnahme eines Messzeitpunktes für eine Person alle Messreihen verwendet werden; es mussten keine Imputationen vorgenommen werden. Abschließend war es nötig $n = 1$ Person von der Evaluation auszuschließen, nachdem deren fehlende Werte nach Rubin (1976) als zumindest „Not Missing at Random (NMAR)“ eingestuft worden sind.

Im Berichtszeitraum wurden innerhalb der Stichprobe 58 Therapien neu begonnen und 25 Therapien beendet. Zur Auswertung lag für den Zeitpunkt des Therapiebeginns in 91.34 % der Fälle eine BSI Erhebung vor, für den Zeitpunkt des Therapieendes jedoch nur in 36 % der Fälle.

Für insgesamt $N = 76$ Personen und über alle BSI Messzeitpunkte von Juni/Juli 2013 ($t_{1-total}$) bis Oktober/November 2016 ($t_{8-total}$) lagen lediglich für $n = 2$ Fälle Werte zu sechs Erhebungszeitpunkten vor. Für weitere $n = 1$ lagen Werte zu fünf, für $n = 3$ Werte zu vier, für $n = 1$ Werte zu drei, für $n = 12$ Werte für zu zwei und schließlich für $n = 16$ Werte für einen Messzeitpunkt vor. Für alle Fälle zu Therapiebeginn (t_0) und Therapieende (t_{end}) lagen insgesamt $n = 8$ Werte über beide Messzeitpunkten vor. Ergänzend geben die in Tab. 1 angeführten Häufigkeiten einen Überblick zur Verteilung der gesamten Erhebung.

¹ Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Kontakt: marcel.leuschner@diakonie-delatour.at

Tab.: 1 Anzahl der Tests (BSI) nach Messzeitpunkten

		<=2013					2014					2015					2016				
<i>unabh. /</i>	<i>f(t₀)</i>	3					8					30					28				
<i>abh.</i>		$t_0 < t_1$	$t_0 = t_1$	$t_1 < t_0 < t_2$	$t_0 = t_2$	$t_2 < t_0$	$t_0 < t_3$	$t_0 = t_3$	$t_3 < t_0 < t_4$	$t_0 = t_4$	$t_4 < t_0$	$t_0 < t_5$	$t_0 = t_5$	$t_5 < t_0 < t_6$	$t_0 = t_6$	$t_6 < t_0$	$t_0 < t_7$	$t_0 = t_7$	$t_7 < t_0 < t_8$	$t_0 = t_8$	$t_8 < t_0$
Gesamt		0	2	0	0	1	5	1	1	1	0	5	7	10	7	1	17	6	2	3	0
<i>f(t_{end})</i>		-					-					6					3				
		$t_{end} < t_1$	$t_{end} = t_1$	$t_1 < t_{end} < t_2$	$t_{end} = t_2$	$t_2 < t_{end}$	$t_{end} < t_3$	$t_{end} = t_3$	$t_3 < t_{end} < t_4$	$t_{end} = t_4$	$t_4 < t_{end}$	$t_{end} < t_5$	$t_{end} = t_5$	$t_5 < t_{end} < t_6$	$t_{end} = t_6$	$t_6 < t_{end}$	$t_{end} < t_7$	$t_{end} = t_7$	$t_7 < t_{end} < t_8$	$t_{end} = t_8$	$t_8 < t_{end}$
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	1	2	0	1	0	0	0
<i>f(t_{verlauf})</i>		4		6		15		17		18		35		35		44					
		t_1	t_2	$t_{1-total}$	$t_{2-total}$	t_3	t_4	$t_{3-total}$	$t_{4-total}$	t_5	t_6	$t_{5-total}$	$t_{6-total}$	t_7	t_8	$t_{7-total}$	$t_{8-total}$				
		2	2	4	2	6	9	7	10	10	8	18	17	17	18	23	21				
<i>abh.</i>	repräsent.	t_0	t_1	t_2	t_3	t_4	t_5	t_6	t_7	t_8	t_{end}										
Einzel-TP	Auswahl	<p style="text-align: center;">• ----- 12 ----- •</p> <p style="text-align: center;">• ----- 7 ----- •</p>																			

unabh. : Unabhängige Fälle
abh. : Abhängige Fälle
t₀ : Messzeitpunkt Therapiebeginn
t₁, *t₃*, *t₅*, *t₇*: Erster Messzeitpunkt (Jun./Jul.)
t₂, *t₄*, *t₆*, *t₈*: Zweiter Messzeitpunkt (Okt./Nov.)
t_{end} : Messzeitpunkt Therapieende
t_{0-total}, *t_{1-total}*, (...): Messzeitpunkt unter Einbezug aller Werte *t₀*, *t_{end}* im relevanten Zeitraum; jeweils enthaltene Werte als Schnittmenge
Gesamt: Einzel- und Gruppentherapien
Einzel-TP: Einzel-Therapien

Für das gegebene Design wäre die einfaktorielle, univariate Varianzanalyse mit Messwiederholungen ein passender Zugang gewesen. Bereits die geringe Stichprobengröße versagt jedoch die Durchführung von Varianzanalysen. Des Weiteren ist nur mehr generell von einer niedrigen Teststärke auszugehen d. h., dass die Wahrscheinlichkeit gering ist, hier gefundene Effekte – falls diese in der Population überhaupt existieren – mit dieser Untersuchung aufzeigen zu können.

Hinzu kommt das die Normalverteilungsannahme für derart kleine Stichproben nur mehr graphisch zu kontrollieren ist – insgesamt empfiehlt sich daher die Annahme eines künstlichen Ordinalskalenniveaus und somit das Ausweichen auf nicht-parametrische Signifikanztests.

Auf den letztmaligen Rückgriff auf t_{total} -Werte (BSI) wurde in dieser Evaluation aufgrund hinreichend besetzter Messreihen und zu Gunsten inhaltlicher Überlegungen verzichtet.

Die zusätzliche Erhebung einer Kontroll-/Wartegruppe sowie eine Nacherhebung („Follow-Up“) wurden aus administrativen und inhaltlichen Gründen verworfen.

II.1 Stichprobenbeschreibung

Alle Angaben mit Stand Dezember 2016 zum Ende des Berichtszeitraumes. Die vorliegende Stichprobe ($N = 76$) setzt sich aus $n = 44$ Männern und $n = 32$ Frauen zusammen. Das Alter der Klient/innen entspricht durchschnittlich $M = 35.33$ Jahre ($SD = 9.84$, $n = 75$) – die jüngste Person ist 16 Jahre, die älteste 60 Jahre alt. Die mittlere Therapiedauer beträgt in etwa 12 Monate ($Mdn = 321$ d), wobei sich $n = 71$ Klient/innen in Einzeltherapie und die verbleibenden $n = 5$ Personen in Gruppentherapie befinden. Unter allen behandelten Personen befanden sich mit letztem Stand $n = 76$ Asylwerber/innen. Mitunter bedingt durch die multinationale/-regionale Herkunft der Klient/innen (siehe Abb. 1) ließ sich deren Bildungsstand teils nicht am österreichischen Schulsystem standardisieren. Basierend auf den Angabe der Klient/innen ergibt sich daher folgende Verteilung; $n = 18$ Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss, $n = 8$ Personen mit Matura, $n = 2$ Person mit laufendem sowie $n = 8$ Personen mit abgeschlossenem Studium und $n = 8$ Personen mit unbekanntem Bildungsstand sowie $n = 2$ Personen ohne Schulabschluss bzw. fehlte für weitere $n = 30$ Personen die Angabe.

Prototypische Person wäre daher insgesamt ein in etwa 35 Jahre alter, tschetschenischer oder afghanischer Asylwerber ohne näher spezifizierten Bildungsstand, welcher sich seit circa 12 Monaten in Einzeltherapie befindet.

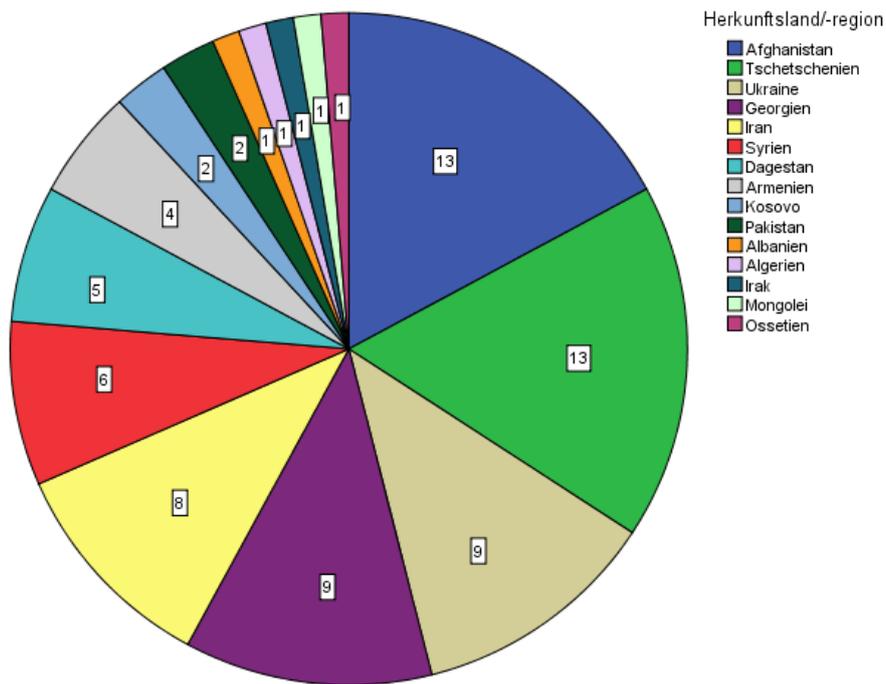


Abb.: 1 Diagramm der Herkunftsländer/-regionen – Tschetschenien und Afghanistan belegen den ersten Rang.

II.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) (Franke, 2000) ist die 53 Items umfassende Kurzform der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) nach Derogatis. Das Instrument erfasst die psychische und körperliche Symptombelastung während der vergangenen sieben Tage auf zehn 5stufigen Subskalen und mittels dreier Globalwerte. Diese Auswertung beschäftigt sich ausschließlich mit dem "Global Severity Index" (GSI), dem Kennwert für die psychische Gesamtbelastung, da nach Hüttenbrenner (2004, zitiert nach Renner, 2009, S. 5) die faktorielle Struktur des BSI in einem interkulturellen Kontext nicht replizierbar ist.

II.3 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV-R-2001)

Der VEV von Zielke und Kopf-Mehnert (2001) erlaubt eine Beurteilung von Veränderungen der subjektiven Befindlichkeit aufgrund einer einmaligen retrospektiven Befragung. Dabei werden die Befragten mittels einer entsprechende Vorgabe im Fragebogen darum gebeten sich konkret an einen

früheren Zeitpunkt, z. B. den Therapiebeginn, zu erinnern um dann anhand von 42 Items ein vergleichendes Rating auf einer 7stufigen Skala zu Ihrem Erleben und Verhalten vorzunehmen.

III. Ergebnisse

Als Alternative zu der im Methodenteil beschriebenen ANOVA sind Friedman - Tests bzw. für einzelne Gruppenvergleiche Bonferroni korrigiert Wilcoxon - Tests durchgeführt worden. Als repräsentative sowie hinreichend stark besetzte Auswahl wurden die Werte zweier Messreihen für Personen in Einzeltherapie betrachtet (siehe Tab. 1). Für Personen in Gruppentherapie ($n = 5$) lagen keine hinreichend stark besetzten Messreihen zur statistischen Auswertung vor.

Ein Wilcoxon - Test für verbundene Stichproben wurde zum Vergleich der paarweisen Messungen zwischen drittem und achtem Messzeitpunkt der Personen in Einzeltherapie berechnet. Das korrigierte kritische Alpha beträgt $\alpha^* = .003$, da ein Teil der Messwerte nicht als unabhängig von den anderen Messzeitpunkten betrachtet werden kann. Für $n = 12$ und $z = -1.97$, $p = .049$ konnte daher kein signifikanter Effekt gefunden werden. Im Sinne eines Trends nimmt jedoch das Maß der zentralen Tendenz zwischen drittem Messzeitpunkt ($Mdn = 74$) und viertem Messzeitpunkt ($Mdn = 72$) deutlich ab, d. h. die psychische Belastung verringert sich. Bei gegebenen Alpha und einseitiger Testung lag die resultierende Teststärke lediglich bei 5.51 %.

Ein Wilcoxon - Test für verbundene Stichproben wurde zum Vergleich der paarweisen Messungen zum Therapiebeginn und -ende der Personen in Einzeltherapie berechnet. Das kritische Alpha beträgt $\alpha = .05$. Für $n = 7$ und $z = -2.21$, $p = .027$ konnte ein signifikanter Effekt gefunden werden. Das Maß der zentralen Tendenz zwischen Therapiebeginn ($Mdn = 80$) und Therapieende ($Mdn = 64$) nimmt signifikant ab, d. h. die psychische Belastung verringert sich überzufällig. Bei gegebenen Alpha und einseitiger Testung lag die resultierende Teststärke bei 72.54 %.

Aus Abb. 2 ist die Abnahme der Gesamtbelastung im Einzel-Therapieverlauf für $n = 71$ Personen ersichtlich. Aufgrund der insgesamt schwach besetzten Messwertreihen wurde auf die nicht zwingend chronologische, gemischte Darstellung unabhängiger sowie abhängiger Daten (siehe Tab. 1) zurückgegriffen.

Normwerte des globalen Kennwertes GSI werden nach Franke (2000, S. 17) nur für bis zu drei Standardabweichung um $T = 50$ bereitgestellt. Ergänzend zu der unteren Abbildung sollte daher an-

gemerkt werden, dass zum Messzeitpunkt $t_{0 \leq 2013}$ noch $n = 3$ (100 %) diesen Wert teils weit überschritten. Für t_1 waren es noch $n = 1$ (50 %), bei t_2 erneut $n = 1$ (50 %), bei $t_{0=2014}$ wieder $n = 7$ (87.50 %), bei t_3 noch $n = 4$ (66.67 %), bei t_4 nur noch $n = 2$ (22.22 %), bei $t_{0=2015}$ wieder $n = 21$ (72.41 %), bei t_5 noch $n = 5$ (50 %), bei t_6 noch $n = 3$ (37.50 %), bei $t_{\text{end}=2015}$ nur noch $n = 1$ (16.67 %), bei $t_{0=2016}$ wieder $n = 20$ (83.33 %), bei t_7 noch $n = 5$ (29.41 %), bei t_8 erneut $n = 5$ (27.78 %) und schließlich gab es bei $t_{0=2016}$ keine Überschreitungen der Normwerte mehr.

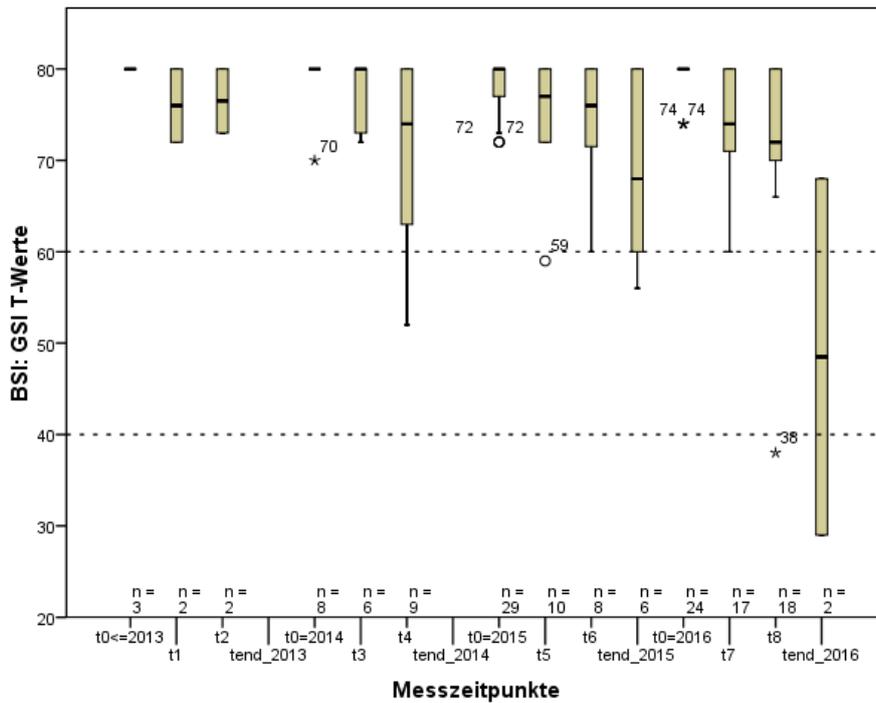


Abb.: 2 Boxplots der T-Werte des GSI– Die grundsätzliche psychische Belastung nimmt über die Messzeitpunkte innerhalb der jeweiligen Jahreszeiträume ab. T-Werte ≤ 60 und ≥ 40 markieren den als klinisch unauffällig zu betrachtenden Bereich einer Standardabweichung.

In Abb. 3 ist die subjektiv wahrgenommene Veränderungen der Befindlichkeit im bisherigen Einzel-Therapieverlauf ($n = 34$ Personen), welche mittels des VEV-R-2001 ermittelt wurde, innerhalb zweier Gruppen sichtbar. Für die Gruppe „laufende Therapie“ wurden die Ergebnisse (positiv $n = 27$, $p \leq .001$; negativ $n = 2$, $p \leq .001$) der jeweils letzten Therapiesitzung im Berichtszeitraum verwendet. Für die Gruppe „Therapieende“ hingegen lagen Werte (positiv $n = 4$, $p \leq .001$; $n = 1$, n. s.) zum Abschluss der therapeutischen Behandlung vor. Mit einem Stern gekennzeichnete Signifikanz (vgl. Abb. 3) meint dabei eine Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq .05$ bzw. kleiner als 5 %, mit zwei Sternen gekennzeichnete Signifikanz eine Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq .01$ bzw. kleiner als 1 % und mit drei Sternen gekennzeichnete Signifikanz eine Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq .001$ bzw. kleiner als 0.1 % für das jeweilige Ergebnis

Beide Gruppen zeichnen sich durch retrospektiv berichtete, überwiegende Verbesserungen in dem Globalwert der Dimensionen Entspannung, Gelassenheit und Optimismus aus.

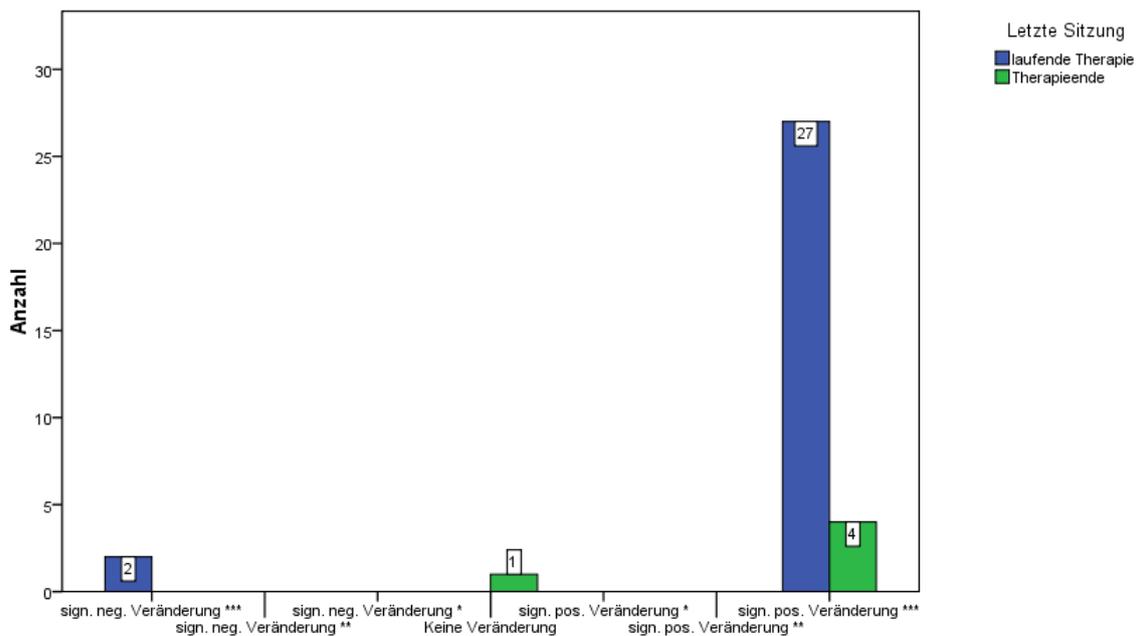


Abb.: 3 Histogramm zu den Veränderungstendenzen des VEV-R-2001 – überwiegend signifikant, positive Veränderungen in der Dimension Entspannung, Gelassenheit und Optimismus.

IV. Interpretation

Die vorliegende Evaluation zeichnet, ähnlich wie auch die vorangegangenen, ein Bild von starker psychischer Belastung und einem daraus abzuleitenden hohen Interventionsbedarf unter den Klient/innen von ASPIS.

Insgesamt konnte eine, teilweise überzufällige, Abnahme der Gesamtbelastung (BSI) sowie überzufällig positive Veränderungen in der Dimension Entspannung, Gelassenheit und Optimismus als Ergebnis der therapeutischen Arbeit (VEV-R-2001) nachgewiesen werden. Nur aufgrund der relativ geringen Schnittmenge der Klient/innen über alle Messzeitpunkte kann eine systematische Veränderung der Gesamtbelastung (BSI) nicht für alle Messungen behauptet werden.

V. Literatur

Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.

Renner, W. *Evaluationsbericht "Psychodrama im Einzel- und Gruppensetting"*. Online im Internet: URL: http://www.psychodrama-austria.at/download-allgemein/evaluation_renner_april09.pdf [Stand 2014.02.26].

Rubin, D. B. (1976). Inference and missing data. *Biometrika*, 63 (3): 581-592

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (2001). Der VEV-R-2001: Entwicklung und testtheoretische Reanalyse der revidierten Form des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53: 7-19.