ASPIS

Evaluation der Psychotherapie 2014 - 06.2015

Herr Marcel Leuschner[1]

I. Einleitung

In der Vergangenheit hat sich die psychotherapeutische Intervention durch ASPIS, insbesondere für Flüchtlinge und Asylsuchende in Kärnten, bereits mehrfach bewährt. Im Berichtzeitraum 2014 bis einschließlich Juni 2015 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 = 64 fehlende Werte (f < 0.0059 %) innerhalb der relevanten Kernvariablen von BSI und VEV-R-2001 auf. Aufgrund der Auswertungsvorgaben der beiden Tests war es letztlich nötig n = 34 Werte mittels Expectation-Maximization-Algorithmus zu imputieren, nachdem deren Ausfall nach Rubin (1976), als zumindest „Missing at Random (MAR)“ eingestuft worden ist.

Im Berichtszeitraum wurden innerhalb der Stichprobe 48 Therapien neu begonnen und 44 Therapien beendet. Zur Auswertung lag für den Zeitpunkt des Therapiebeginns in 87.5 % der Fälle eine Erhebung vor, für den Zeitpunkt des Therapieendes jedoch nur in 18.18 % der Fälle.

Für insgesamt N = 81 Personen und über alle Messzeitpunkte von Juni/Juli 2013 ($t_{1\text{-total}}$) bis Juni/Juli 2015 ($t_{5\text{-total}}$) lagen insgesamt lediglich für n = 3 Fälle Werte zu fünf Erhebungszeitpunkten vor. Für weitere n = 3 lagen Werte zu vier, für n = 4 Werte zu drei, für n = 18 Werte zu zwei und schließlich für n = 32 Werte für einen Messzeitpunkt vor. Für alle Fälle zu Therapiebeginn ($t_{0\text{-total}}$) und Therapieende (t_{end}) lagen insgesamt n = 5 über beide Messzeitpunkten vor. Schwach besetzte Messreihen sind unter anderem das Resultat des, aus Sicht der Evaluation, erst kürzlich stattgefundenen

[1] Studienassistent, Institut für Psychologie an der Alpen-Adria Universität Klagenfurt;
Kontakt: marcel.leuschner@aau.at

Wechsels der Erhebungsinstrumente. Ergänzend geben die in Tab. 1 angeführten Häufigkeiten einen Überblick zur Verteilung der gesamten Erhebung.

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

		<=2013					2014					2015		
unabh. / abh.	$f(t_0)$	16					35					7		
		$t_0 < t_1$	$t_0 = t_1$	$t_1 < t_0 < t_2$	$t_0 = t_2$	$t_2 < t_0$	$t_0 < t_3$	$t_0 = t_3$	$t_3 < t_0 < t_4$	$t_0 = t_4$	$t_4 < t_0$	$t_0 < t_5$	$t_0 = t_5$	$t_5 < t_0$
		1	4	2	3	6	16	13	1	6	0	7	0	0
	$f(t_{end})$	0					7					1		
		$t_{end} < t_1$	$t_{end} = t_1$	$t_1 < t_{end} < t_2$	$t_{end} = t_2$	$t_2 < t_{end}$	$t_{end} < t_3$	$t_{end} = t_3$	$t_3 < t_{end} < t_4$	$t_{end} = t_4$	$t_4 < t_{end}$	$t_{end} < t_5$	$t_{end} = t_5$	$t_5 < t_{end}$
		-	-	-	-	-	1	1	1	3	1	1	0	0
	$f(t_{verlauf})$	26			32		43			62		13		
		t_1	t_2		$t_{1\text{-total}}$	$t_{2\text{-total}}$	t_3	t_4		$t_{3\text{-total}}$	$t_{4\text{-total}}$		$t_{5\text{-total}}$	
		16	10		19	13	24	19		37	25		-	
abh.	repräsent. Auswahl	$t_{0\text{-total}}$		$t_{1\text{-total}}$		$t_{2\text{-total}}$		$t_{3\text{-total}}$		$t_{4\text{-total}}$		$t_{5\text{-total}}$	$t_{end\text{-total}}$	
								•	13	•				
				•	8					•				

unabh. : Unabhängige Fälle
abh. : Abhängige Fälle
t_0 : Messzeitpunkt Therapiebeginn
t_1, t_3, t_5 : Erster Messzeitpunkt (Jun./Jul.)
t_2, t_4 : Zweiter Messzeitpunkt (Okt./Nov.)
t_{end} : Messzeitpunkt Therapieende
$t_{0\text{-total}}$, $t_{1\text{-total}}$, (...): Messzeitpunkt unter Einbezug aller Werte t_0, t_{end} im relevanten Zeitraum; jeweils enthaltene Werte als Schnittmenge

Für das gegebene Design wäre die einfaktorielle, univariate Varianzanalyse mit Messwiederholungen ein passender Zugang gewesen. Bereits die geringe Stichprobengröße versagt jedoch die Durchführung komplexerer 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 die Annahme eines künstlichen Ordinalskalenniveaus und somit das Ausweichen auf nicht-parametrische Signifikanztests.

Die zusätzliche Erhebung einer Kontroll-/Wartegruppe wurde aus administrativen und inhaltlichen Gründen verworfen, die Evaluation soll jedoch ab Oktober 2015 um eine Nacherhebung erweitert werden.

II.1 Stichprobenbeschreibung

Alle Angaben mit Stand Juni 2015 zum Ende des Berichtszeitraumes. Die vorliegende Stichprobe (N = 81) setzt sich aus n = 44 Männern und n = 37 Frauen zusammen. Das Alter der Klient/innen entspricht durchschnittlich M = 37.08 Jahre (SD = 11.71) – die jüngste Person ist 16 Jahre, die älteste 61 Jahre alt. Die mittlere Therapiedauer beträgt in etwa 12 Monate (Mdn = 347 d), wobei sich n = 75 Klient/innen in Einzeltherapie und die verbleibenden n = 6 Personen in Gruppentherapie befinden. Unter allen behandelten Personen befanden sich mit letztem Stand n = 67 Asylwerber/innen sowie n = 14 Konventionsflüchtlinge bzw. Personen mit asyl-/aufenthaltsrechtlich positivem Status. Mitunter bedingt durch die multinationale Herkunft der Klient/innen (siehe Abb. 1) ließ sich deren Bildungsstand teils nicht standardisieren, zukünftig ist eine Ergänzung des Items um die Ausprägung „kein Schulabschluss“ vorgesehen. Zuletzt verteilten sich auf alle Klient/innen n = 30 Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss, n = 3 Personen mit Matura, n = 1 Person mit laufendem sowie n = 6 Personen mit abgeschlossenem Studium und n = 7 Personen mit unbekanntem Bildungsstand bzw. fehlte für weitere n = 33 Personen die Angabe.

Prototypische Person wäre daher insgesamt ein in etwa 37 Jahre alter, tschetschenischer Asylwerber ohne näher spezifizierten Bildungsstand, welcher sich seit circa 12 Monaten in Einzeltherapie befindet.

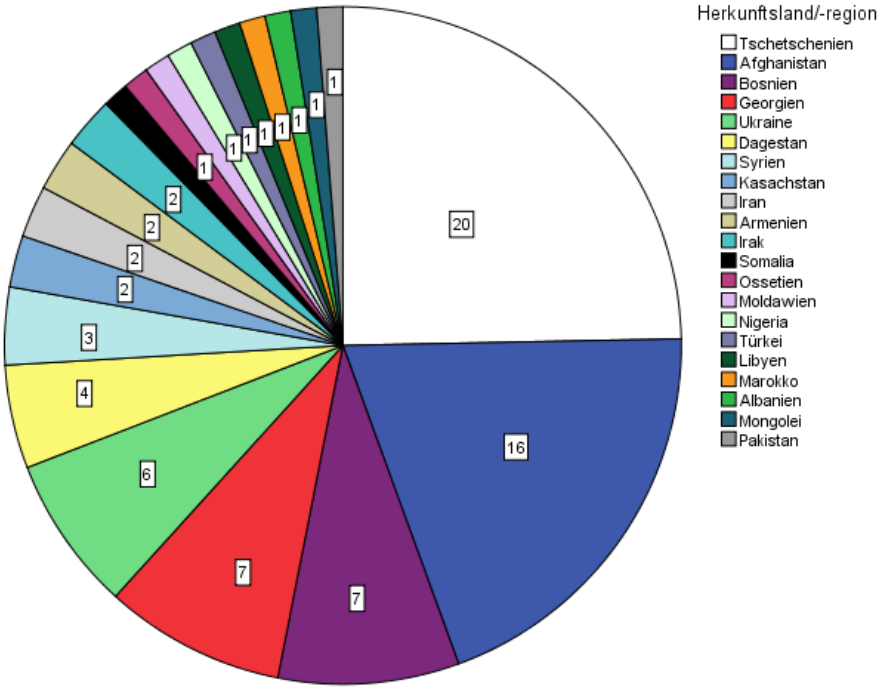

Abb.: 1 Diagramm der Herkunftsländer/-regionen – Tschetschenien und Afghanistan belegen die ersten beiden Ränge.

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 betrachtet (siehe Tab. 1).

Ein Wilcoxon - Test für verbundene Stichproben wurde zum Vergleich der Messungen zum dritten und vierten Messzeitpunkt berechnet. Das korrigierte kritische Alpha beträgt $\alpha^* = .005$, da ein Teil der Messwerte nicht als unabhängig von den anderen Messzeitpunkten betrachtet werden kann. Für $n = 13$ und $z = -2.20$, $p = .03$ konnte daher kein signifikanter Effekt gefunden werden. Im Sinne eines Trends nimmt jedoch das Maß der zentralen Tendenz zwischen dritten Messzeitpunkt (*Mdn* = 80) und vierten Messzeitpunkt (Mdn = 74) deutlich ab, d.h. die psychische Belastung verringert sich. Bei gegebenen Alpha und einseitiger Testung lag die resultierende Teststärke lediglich bei 37.14 %.

Ein Wilcoxon - Test für verbundene Stichproben wurde zum Vergleich der Messungen zum ersten und vierten Messzeitpunkt berechnet. Das korrigierte kritische Alpha beträgt $\alpha^* = .005$, da ein Teil der Messwerte nicht als unabhängig von den anderen Messzeitpunkten betrachtet werden kann. Für $n = 8$ und $z = -1.52$, $p > .05$ konnte kein signifikanter Effekt gefunden werden. Im Sinne eines Trends nimmt jedoch das Maß der zentralen Tendenz zwischen dritten Messzeitpunkt (*Mdn* = 80) und viertem Messzeitpunkt (*Mdn* = 73) deutlich ab, d.h. die psychische Belastung verringert sich. Bei gegebenen Alpha und einseitiger Testung lag die resultierende Teststärke lediglich bei 8.27 %.

Aus Abb. 2 ist die Abnahme der Gesamtbelastung im Therapieverlauf 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 $T = 50$ bereit gesellt. Ergänzend zu der unteren Abbildung sollte daher angemerkt werden, dass zum Messzeitpunkt $t_{0<=2013}$ noch n = 13 (81.25 %) diesen Wert teils weit überschritten. Für t_1 waren es noch $n = 7$ (43.75 %), bei t_2 nur noch $n = 3$ (30 %), bei $t_{0=2014}$ wieder $n = 30$ (85.71 %), bei t_3 noch $n = 15$ (62.50 %), bei t_4 noch $n = 8$ (42.11 %), bei $t_{end=2014}$ nur noch $n = 3$ (42.86 %) bei $t_{0=2015}$ wieder $n = 5$ (71.43 %) und schließlich bei t_5 noch $n = 7$ (83.85 %).

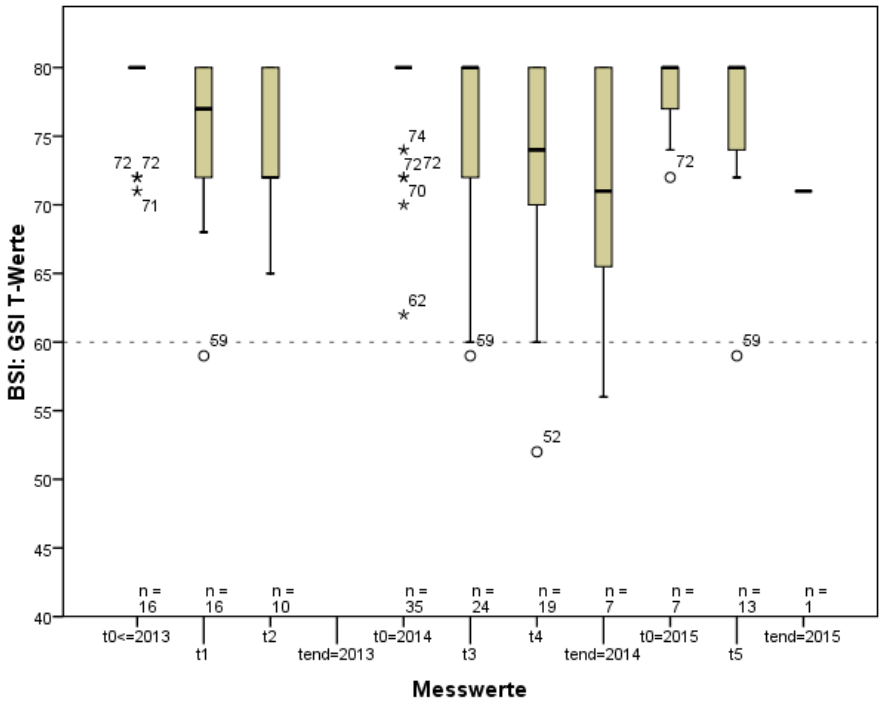

Abb.: 2 Boxplots der T-Werte des GSI– Die grundsätzliche psychische Belastung nimmt über die Messzeitpunkte innerhalb der jeweiligen Jahreszeiträume ab. T-Werte ≤ 60 markieren den als klinisch unauffällig zu betrachten Bereich einer Standartabweichung.

In Abb. 3 ist die subjektiv wahrgenommene Veränderungen der Befindlichkeit im bisherigen Therapieverlauf, welche mittels des VEV-R-2001 ermittelt wurde, innerhalb zweier Gruppen sichtbar. Für die Gruppe „laufend“ wurden die Ergebnisse (n = 23, p < .001; n = 1, p < .01; n = 4, n. s.) der jeweils letzten Therapiesitzung Berichtszeitraum verwendet. Für die Gruppe „TP Ende“ hingegen lagen Werte (n = 5, p < .001) zum Abschluss der therapeutischen Behandlung vor.

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

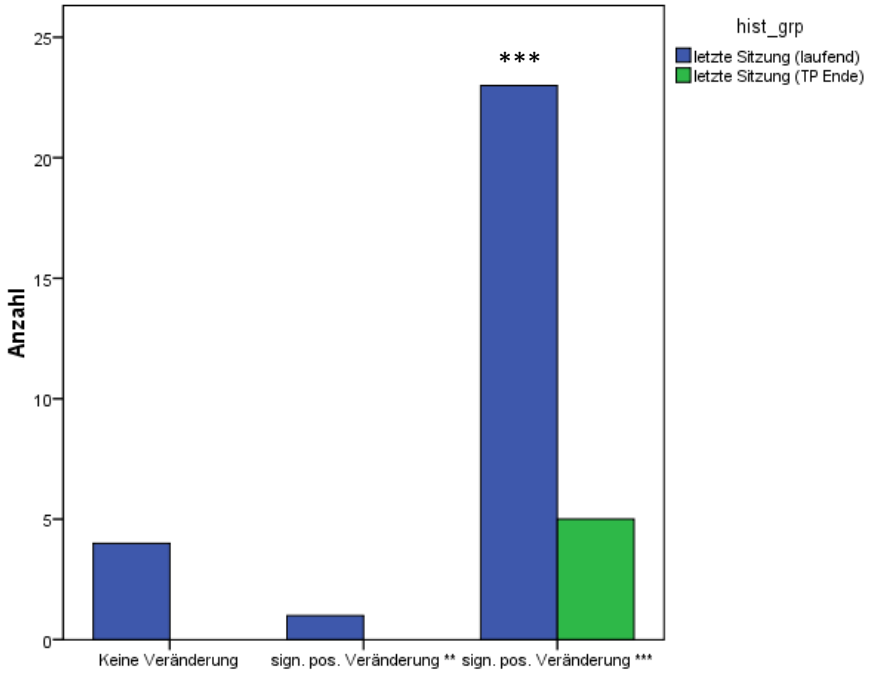

Abb.: 3 Histogramm zu den Veränderungstendenzen des VEV-R-2001 – (Hoch-)Signifikant, positive Veränderungen im Erleben und Verhalten.

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 Abnahme der Gesamtbelastung (BSI) sowie überzufällig positive Veränderungen im Erleben und Verhalten als Ergebnis der therapeutischen Arbeit (VEV-R-2001) nachgewiesen werden. Nur aufgrund der relativ geringen Schnittmenge der Klient/innen über alle Messzeitpunkte kann keine systematische Veränderung der Gesamtbelastung (BSI) 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.