

**Nachhaltigkeit der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen
Behandlung in der Klinik SGM Langenthal und Überprüfung von
Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden als mögliche Prädiktoren für
den längerfristigen Behandlungsverlauf**

Masterarbeit von Daren Sunthareswarar

Universität Bern
Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät
Institut für Psychologie
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Betreuung:
Dr. med. René Hefti
Begutachtung:
Prof. Dr. Thomas Berger

Mai 2023

Daren Sunthareswarar, Stiglenstrasse 59, 8052 Zürich

daren.sunthareswarar@students.unibe.ch

Matrikelnummer: 17-104-704

Zusammenfassung

Obwohl stationäre Psychotherapie grundsätzlich als wirksam erwiesen ist, können Verlaufsmessungen wichtige Erkenntnisse zur Verbesserung des längerfristigen Therapieergebnisses liefern. Dementsprechend werden in der Qualitätsforschung regelmässig Ergebnismessungen durchgeführt, wobei der Grossteil der Untersuchungen sich auf das unmittelbare Therapieende einer stationären Behandlung beschränkt. Zudem konnte gezeigt werden, dass Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden einen Zusammenhang zur psychischen Gesundheit haben. Diese Arbeit untersucht die Nachhaltigkeit der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Klinik SGM in Langenthal und überprüft Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden als mögliche positive Prädiktoren für den längerfristigen Therapieverlauf. Hierzu werden Messungen mittels standardisierten Selbstbeurteilungsfragebögen bei Ein- und Austritt aus der Klinik und ein Jahr nach dem Austritt gemacht. Es zeigte sich, dass die psychische Symptomatik ein Jahr nach dem Klinikaustritt stabil blieb. Mit Hilfe einer hierarchischen linearen Regression konnte Sinnempfinden als signifikanter, positiver Prädiktor ermittelt werden. Korrelative Zusammenhänge zwischen Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden liefern Hinweise für mögliche indirekte Einflüsse von Religiosität und Spiritualität auf das Therapieergebnis. Die Verstärkung von Sinnempfinden bei stationären Patient:innen kann somit längerfristig zu einem besseren Therapieverlauf beitragen. Mögliche indirekte Einflüsse von Religiosität und Spiritualität, z.B. über das Sinnempfinden, gilt es weiter zu untersuchen.

Keywords: stationäre Psychotherapie, Prädiktoren, Religiosität, Spiritualität, Sinnempfinden, Ein-Jahres-Katamnese, längerfristige Therapieverlauf

Einleitung

Auch wenn die Psychotherapie grundsätzlich als Behandlungsansatz etabliert ist (Grawe et al., 1994) und sich in diversen Kosten-Nutzen-Analysen im Vergleich zu medizinischen Behandlungsformen als wirksamer und kostengünstiger erwiesen hat (Baltensperger & Grawe, 2001; Lambert, 2013), müssen die Therapieergebnisse regelmässig überprüft werden. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden in der Psychotherapie die drei Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden (Donabedian, 2005; Schulte, 1993). Dabei liefert die Überprüfung der Ergebnisqualität wichtige Erkenntnisse für die klinische Tätigkeit (Kazdin, 2008; McLeod, 2016). Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Überprüfung und der Sicherstellung der Ergebnisqualität, konkret mit der Nachhaltigkeit der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Klinik SGM in Langenthal. Zudem untersucht sie Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden als mögliche Prädiktoren für den längerfristigen Therapieverlauf.

Studien konnten die längerfristige Effektivität von stationären psychiatrischen Behandlungen nachweisen, wobei die psychische Symptomatik der Patient:innen sich sechs bis zwölf Monate nach dem Klinikaustritt weiter verbesserte oder zumindest stabil blieb (Melchior et al., 2016; Probst et al., 2009). Allerdings beschränkt sich der Grossteil der Ergebnisforschung stationärer Behandlungen auf das unmittelbare Therapieende (Langrock & Bonnet, 2016; Spitzer et al., 2015; Valdés-Stauber et al., 2018).

Eine Metaanalyse zu psychotherapeutischen Krankenhausbehandlungen im deutschsprachigen Raum konnte die Wirksamkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen bestätigen (Liebherz & Rabung, 2013). Die Autor:innen berichten darin aber auch von konträren Ergebnissen zwischen dem Austritts- und Katamnese-Zeitpunkt. Während ihre Daten dafür sprechen, dass die Verbesserung nach dem Austritt zugenommen hat (Liebherz & Rabung, 2013), gehen andere Metaanalysen von einem Rückgang der stationär erzielten Verbesserung aus (Steffanowski et al., 2005). Auch ist in der Zusammenstellung der aufgeführten Studien wiederum ersichtlich, dass die meisten Ergebnisvariablen sich auf den unmittelbaren Klinikaustritt beschränken (Liebherz et al., 2016; Liebherz & Rabung, 2013).

Dabei ist die Untersuchung des längerfristigen Behandlungsergebnisses im Sinne der Nachhaltigkeit von stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen sehr wichtig, da stationäre Behandlungen mit enormen Kosten verbunden sind. Auch kommt die Nachhaltigkeit der Behandlung nicht nur dem Patientenwohl zugute, sondern sie ist auch mit einer Reduktion von wiederholten Hospitalisierungen verbunden (Juven-Wetzler et al., 2012).

Um die Nachhaltigkeit der psychotherapeutischen Behandlung zu verbessern, müssen relevante Einflussfaktoren für den Therapieverlauf identifiziert werden. Dabei müssen neben Faktoren der Psychotherapiemethode (vgl. Woike et al., 2019) oder therapeutenbezogenen Merkmalen (vgl. Vitinius et al., 2018) auch patientenbezogene Prädiktoren (vgl. Herrmann & Huber, 2013) berücksichtigt werden.

Bei patientenbezogenen Prädiktoren wird in dieser Arbeit zwischen positiven und negativen Prädiktoren unterschieden. Während positive Prädiktoren einen günstigen Verlauf voraussagen, sprechen negative Prädiktoren für einen ungünstigeren Verlauf der psychischen Symptomatik. Als negative Prädiktoren lassen sich in der Literatur beispielsweise interpersonelle Probleme (Kuehner & Huffziger, 2013; Schaefer et al., 2008) oder die Symptombelastung bei Eintritt (Chae et al., 2019) finden. Bezüglich der Symptombelastung konnte in einem Review gezeigt werden, dass Patient:innen mit einer erhöhten Symptombelastung, weniger auf therapeutische Interventionen ansprechen (De Carlo et al., 2016). Chae et al. (2019) bringen die Symptombelastung bei Klinikeintritt mit schlechterem Therapieergebnis in Verbindung. Erkenntnisse zu negativen Prädiktoren können in der Praxis genutzt werden, indem in der Therapie gezielt an solchen Themen gearbeitet wird. Beispielsweise kann daran gearbeitet werden, mit entsprechenden Interventionen interpersonellen Problemen entgegenzuwirken (Kuehner & Huffziger, 2013).

Die Identifikation von positiven Prädiktoren dient dazu, im Rahmen einer stationären Psychotherapie personale Ressourcen zu aktivieren (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Willutzki & Teismann, 2013) und dadurch den Therapieverlauf positiv zu beeinflussen (Valdés-Stauber et al., 2018). Auch wenn Religiosität und Spiritualität negative Einflüsse haben können, überwiegen die positiven Effekte deutlich (Bonelli & Koenig, 2013). Damit können Religiosität und Spiritualität als positive Prädiktoren betrachtet werden. Sowohl für Psychotherapeut:innen (Hofmann & Walach, 2011) als auch für Patient:innen (Baetz et al., 2004) hat dieses Thema im Rahmen der Psychotherapie eine hohe Relevanz. In Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen Religiosität / Spiritualität und einer besseren psychischen Gesundheit besteht (Hodapp & Zwingmann, 2019). Diese drückt sich zum Beispiel durch eine geringere Ausprägung von psychischen Störungen aus (Bonelli & Koenig, 2013). Eine Langzeitstudie konnte Religiosität und Spiritualität als mögliche Ressourcen für den Schutz vor Depressionen identifizieren (Miller et al., 2012). Obwohl es sich in dieser Studie um eine prospektive Langzeituntersuchung handelte, wurden hier gesunde Patient:innen untersucht. Inwiefern diese Effekte bei bereits erkrankten Menschen zu finden sind, wird dadurch nicht geklärt. Zur Untersuchung wurde bei den Betroffenen die

Wichtigkeit von Religiosität und Spiritualität gemessen. Ähnlich dazu bestätigt Friedrich-Killinger (2020), dass die Zentralität der Religiosität bei Patient:innen einen signifikanten Einfluss auf das Therapieergebnis hat.

Religiöse und spirituelle Elemente wurden auch bereits in die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung integriert. Untersuchungen legen nahe, dass Religiosität und Spiritualität das Therapieergebnis bei Klinikaustritt positiv beeinflussen (Hefti, 2011). Offen bleibt auch hier die Frage nach der Nachhaltigkeit und der längerfristigen Stabilität dieser Ergebnisse.

Die begriffliche Unterscheidung zwischen Religiosität und Spiritualität ist in der Literatur sehr unscharf. Die beiden Begriffe werden in der Forschung oft synonym verwendet (vgl. Grom, 2012; Koenig, 2012). Zinnbauer und Pargament (2005) beschreiben die grosse Komplexität und die Vielzahl an Möglichkeiten, diese beiden Konstrukte zu definieren. Schon früh in der Literatur wird dabei die Multidimensionalität von Religiosität betont, die eine einfache und einheitliche Definition deutlich erschwert (Bergin, 1983; Glock, 1969). Forschende haben in der Vergangenheit unterschiedliche Definitionen und Herangehensweisen für diese beiden Begriffe gewählt.

Koenig et al. (2012) definieren Religion zum Beispiel als etwas Transzendentes, das diverse Glaubensvorstellungen, Praktiken und Rituale beinhaltet. Das Transzendente kann zum Beispiel Gott oder eine andere Form höherer Macht sein. Dazu gehören oft auch mystische oder übernatürliche Vorstellungen, Gedanken zum Leben nach dem Tod oder Zeremonien, die privat oder öffentlich abgehalten werden können.

Ähnlich dazu hat auch die Spiritualität mit dem Transzendenten zu tun, das als Gott oder eine andere Form höherer Macht betrachtet werden kann. Auch hier spielen mystische oder übernatürliche Vorstellungen eine Rolle. Spiritualität kann zwar organisierte, religiöse Elemente enthalten, aber geht auch darüber hinaus. Sie lädt zu einer Suche des Transzendenten ein, die durch Hinterfragen zu gewissen Glaubensüberzeugungen führt. Dadurch entsteht eine Hingabe zum Transzendenten (Koenig et al., 2012).

Als einen weiteren Ansatz beschreiben Zinnbauer und Pargament (2005) die Spiritualität als eine Suche nach dem Heiligen, die auf persönlicher sowie Gruppenebene stattfinden kann. Auch die Religion ist in diesem Definitionsansatz eine Suche nach dem Heiligen, wobei diese in einem traditionellen Kontext eingebunden ist.

Die Spiritualität enthält in beiden Definitionsversuchen grosse Anteile der Religiosität. Jedoch kann der Begriff der Spiritualität auch offener und breiter verstanden werden und geht über den Begriff der Religiosität hinaus (Koenig et al., 2012; Utsch, 2018; Zinnbauer &

Pargament, 2005). Die gesellschaftliche Veränderung in den letzten Jahren mit einer zunehmenden Ablehnung der traditionsorientierten kirchlichen Religiosität und einer gleichzeitigen Zuwendung zu einer individuellen Spiritualität, sprechen ebenfalls für eine begriffliche Unterscheidung zwischen Religiosität und Spiritualität (Utsch, 2013, 2020). In dieser Arbeit werden die beiden Begriffe unterschieden, wobei der Begriff der Spiritualität offener gehalten und Religiosität enger und traditions- und institutionsgebundener definiert wird.

Weiter werden in Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität oft Themen zu Sinnfragen diskutiert (Utsch, 2018). In der hier vorliegenden Arbeit wird das Sinnempfinden im Leben als ein weiterer positiver Prädiktor untersucht. Hierzu konnten sowohl das physische als auch psychische Wohlbefinden mit Sinnempfinden in Zusammenhang gebracht werden (Aftab et al., 2019). Diverse Befunde legen nahe, dass Sinnempfinden im Leben bei stationären Patient:innen längerfristig mit einem höheren Wohlbefinden einhergeht (De Smet & Meganck, 2018; Jun & Yun, 2020). Ähnlich dazu konnten auch Hinweise dafür gefunden werden, dass das Sinnempfinden im Rahmen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung mit einer besseren physischen Lebensqualität zusammenhängt (Czekierda et al., 2019). Als eine Ergänzung zu den bereits vorliegenden Befunden, soll in dieser Studie spezifisch auf den Zusammenhang zur psychischen Symptomatik eingegangen werden. Es wird untersucht, ob Sinnempfinden auch in Bezug auf den längerfristigen Symptomverlauf von stationär behandelten Patient:innen einen Einfluss hat.

Der Begriff Sinn kann als eine Richtung oder ein Weg verstanden werden, den man einschlägt. Sinn enthält dabei eine dynamische Komponente und lässt sich nicht als ein bestimmtes Endprodukt definieren (Schnell, 2016). Sinn im Leben wird meistens als ein multidimensionales Konstrukt verstanden (Martela & Steger, 2016; Schnell, 2016). Er kann in die drei Bereiche Kohärenz (*coherence*), Bestimmung (*purpose*) und Bedeutsamkeit (*significance*) unterteilt werden. Kohärenz beschreibt die Verständlichkeit und die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens. Bestimmung meint die persönlichen Ziele im Leben und die Lebensausrichtung. Schliesslich beschreibt die Bedeutsamkeit persönliche Werte im Leben und inwiefern das Leben als lebenswert erachtet wird (Martela & Steger, 2016). Ähnlich dazu beschreiben auch George und Park (2016) drei Dimensionen. Sie nennen die drei Dimensionen Verständnis (*comprehension*), Bestimmung (*purpose*) und Bedeutsamkeit (*mattering*) und lehnen sich damit stark an die Konzeptualisierung von Martela und Steger (2016) an. Auch hier beschreibt die erste Dimension ein Gefühl von Kohärenz und inwiefern ein Verständnis bezüglich des eigenen Lebens vorliegt. Die Dimension Bestimmung ist

identisch zu der oben genannten Definition. Schliesslich beschreibt Bedeutsamkeit (*mattering*) in ihrem Ansatz das Gefühl, dass die eigene Existenz bedeutend, wichtig und wertvoll ist. Schnell (2016) fügt zu den eben genannten Dimensionen die Orientierung und Zugehörigkeit als weitere Elemente hinzu. Diese verschiedenen Definitionsversuche zeigen die inhaltliche Komplexität und die Breite dieses Begriffes. Weiter kann diesbezüglich zwischen der Suche nach dem Sinn im Leben und dem tatsächlichen Sinnempfinden im Leben differenziert werden (Steger, 2005; Steger et al., 2009). Letzteres beschreibt die subjektive Wahrnehmung (Schischkoff, 1991) oder Bewertung (Schnell, 2016), dass das eigene Leben sinnerfüllt ist oder nicht. Diese Arbeit befasst sich mit Sinnempfinden im Leben als weiteren möglichen Prädiktor für den längerfristigen Therapieverlauf.

Neben soeben dargelegten empirischen Befunden und Begriffsdefinitionen, werden nun verschiedene theoretische Modelle präsentiert, die als Grundlage für diese Arbeit dienen. Koenig (2012) diskutiert in seinem Review-Artikel ein theoretisches Modell von Koenig et al. (2012) über den Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf die psychische Gesundheit. Darin enthalten sind unterschiedliche Pfade, wodurch diese Effekte zustande kommen. Koenig (2012) argumentiert, dass Religiosität und Spiritualität nicht zwingend einen direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit haben, sondern indirekt durch verschiedene Mechanismen wie religiöses Coping oder Reduktion von negativen Emotionen wirken. Dabei wird auch ein höheres Sinnempfinden bei negativen Lebensereignissen als möglicher Mechanismus beschrieben. Das Modell stellt Religiosität und Spiritualität als Ressourcen dar, die helfen mit Widrigkeiten im Leben besser klarzukommen. Dadurch werden Mechanismen, wie erhöhtes Sinnempfinden im Leben gestärkt, die schliesslich zu einer besseren psychischen Gesundheit führen (Koenig et al., 2012). Weil in neueren Studien korrelative Zusammenhänge zu Religiosität und Spiritualität (Hodapp & Zwingmann, 2019) untersucht und direkte Effekte von Religiosität (Friedrich-Killinger, 2020) bestätigt worden sind, sollen in dieser Arbeit für den längerfristigen Therapieverlauf Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden als direkte Prädiktoren untersucht werden.

Als Grundlage für die Untersuchungsmethoden dieser Studie wird an dieser Stelle auf zwei Konzepte eingegangen. Dabei werden das Stuttgarter-Heidelbergmodell (Kordy & Bauer, 2003) und das biopsychosoziale Modell (Engel, 1977) mit der Erweiterung einer spirituellen Komponente vorgestellt (Hefti, 2013).

Das Stuttgarter-Heidelbergmodell bietet die Grundlage für eine multimodale und systematische Datenerhebung im stationären Setting. Die Untersuchungsergebnisse bieten eine Möglichkeit für ein direktes Feedback während der

Behandlung. Dadurch erhalten Praktizierende fortlaufend Rückmeldungen über den Fortschritt ihrer Arbeit und den Zustand der Patient:innen. Die Datenerhebung wird dabei möglichst sparsam und dennoch allumfassend durchgeführt (Kordy & Bauer, 2003). Dabei werden im stationären Klinikalltag standardisierte Fragebögen, wie etwa die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) (Franke, 2002), der Giessener Beschwerdebogen (GBB) (Brähler & Scheer, 1995) oder das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) (Horowitz et al., 2000) eingesetzt. Es sollen sowohl psychologische als auch somatische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Empfohlen werden Messungen vor und nach der Behandlung. Zwischenmessungen sowie Folgemessungen werden ebenso angeraten (Kordy & Bauer, 2003).

Diese Herangehensweise geht auf das biopsychosoziale Modell von Engel (1977) zurück. Engel (1977) argumentierte, dass das bis dahin geltende biomedizinische Modell nicht ausreiche, da wichtige psychologische, soziale und kulturelle Faktoren unberücksichtigt blieben. Das biopsychosoziale Modell wird als ein Modell der Pathogenese bzw. als Krankheitsmodell bezeichnet (Faltermaier, 2005) und schafft es, das Organische und das Psychische in einem Modell zu vereinen (Egger, 2015).

Egger (2015) beschreibt Krankheit und Gesundheit im biopsychosozialen Modell nicht als klar definierte Zustände, sondern als ein dynamisches Geschehen. Krankheit entsteht, wenn der Organismus nicht ausreichend auf entstehende Störungen reagieren kann und Bewältigungsstrategien auf den unterschiedlichen Ebenen nicht greifen. Das Modell wird als ein ganzheitliches Modell bezeichnet und beschreibt die Entstehung von Krankheiten über biologische, psychische und soziale Faktoren. Die biologische Dimension beinhaltet alles organische, die psychische Dimension beschreibt mentale Prozesse und die soziale Dimension befasst sich mit umweltbezogenen, sozialen Lebensbedingungen. Die verschiedenen Dimensionen sind dabei nie losgelöst voneinander zu verstehen, sondern stehen stets in einer Wechselwirkung zueinander.

Aufbauend auf diesen Annahmen beschreibt Hefti (2011) eine mögliche Umsetzung der Integration von Religiosität und Spiritualität in die Behandlung von psychischen Störungen. Der Einbezug von Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapie und die damit verbundenen, unmittelbaren, positiven Effekte konnten bereits nachgewiesen werden (Hefti, 2011; Smith et al., 2007).

Hefti (2013) postulierte eine Erweiterung des bereits bestehenden biopsychosozialen Modells. Religiosität und Spiritualität bilden dabei die vierte Ebene und ermöglichen eine ganzheitlichere Herangehensweise. Das erweiterte biopsychosoziale Modell vereint nun für

die Behandlung pharmakotherapeutische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und spirituelle Elemente. Auf der spirituellen Ebene können im Rahmen einer Psychotherapie genau gleich wie auf den anderen Ebenen Ressourcen und Belastungen identifiziert werden. Auch können beispielsweise spirituelle Ziele formuliert werden, die als Copingstrategien für die eigentliche psychische Störung genutzt werden können (Hefti, 2011). Zentral ist dabei eine neutrale und offene Haltung der Behandelnden, die sich auf die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der Patient:innen einlässt (Heinz, 2020).

Zu beachten ist, dass die Untersuchung von Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden in dieser Arbeit auf Patientenvariablen und nicht auf die gerade diskutierten therapeutischen Konzepte fokussiert. Vielmehr sollen die Erkenntnisse, die aus dieser Studie hervorgehen, rückschliessend dafür genutzt werden, solche Modelle anzupassen und die Integration in die klinische Praxis weiter zu verbessern.

Methode

Das Ziel dieser Studie ist die Beantwortung von zwei Hauptfragestellungen. Die erste Fragestellung lautet: „Ist das Therapieergebnis der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik SGM Langenthal nachhaltig, gemessen an der psychischen Symptomatik ein Jahr nach dem Austritt aus der Klinik?“ Die zweite Fragestellung geht der Frage nach, ob Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden Prädiktoren des längerfristigen Behandlungsverlaufes sind.

Die Hypothese für die erste Fragestellung lautet: „Ein Jahr nach dem stationären Klinikaufenthalt bleibt die psychische Symptomatik gegenüber dem Austrittswert unverändert oder verbessert sich.“ Für die zweite Fragestellung wird die Hypothese aufgestellt, dass Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden positive Prädiktoren des längerfristigen Therapieergebnisses im Sinne von personalen Ressourcen sind.

Datenerhebung

Die Daten für die vorliegende Studie wurden zu drei Messzeitpunkten erhoben. Zeitpunkt 0 (T0) ist der Klinikeintritt und Zeitpunkt 1 (T1) ist der Austritt aus der stationären Behandlung. In beiden Fällen handelt es sich um eine Routinediagnostik der Klinik SGM Langenthal, die alle Patient:innen durchlaufen. Der Zeitpunkt 2 (T2) ist die Nachuntersuchung ein Jahr nach dem Klinikaustritt (Ein-Jahres-Katamnese). Damit besteht ein longitudinales within-subjects Design. Von 01. Juni 2019 bis 31. März 2022 wurde allen

Patient:innen, die jeweils vor einem Jahr aus der stationären Behandlung ausgetreten sind, ein Katamnese-Fragebogen zugestellt. Damit wurden alle Patient:innen, die zwischen **01. Juni 2018 und 31. März 2021** aus der stationären Behandlung ausgetreten sind, für die Ein-Jahres-Katamnese angefragt.

Die erste Erhebung T0 wurde in den ersten zwei Tagen nach dem Klinikeintritt durchgeführt. Die nächste Befragung bei T1 wurde 1-3 Tage vor dem Austritt aus der Klinik erhoben. Die Patient:innen wurden jeweils durch Psycholog:innen in Ausbildung angeleitet, die Fragebögen am Computer selbständig auszufüllen. Nach einem Jahr wurden die Patient:innen brieflich angeschrieben und gebeten, die Katamnese-Fragebögen via beigefügten Internet-link elektronisch von zu Hause auszufüllen.

Alle Patient:innen, die im Rahmen ihrer stationären Behandlung eine vollständige Eintritts- und Austrittsdiagnostik durchlaufen haben und ein Jahr später den Katamnese-Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, wurden in diese Studie eingeschlossen. Vorausgesetzt wurde, dass die Patient:innen das Einverständnis zur Weiterverwendung ihrer Daten gegeben haben.

Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus den Patient:innen, die einen vollständigen Datensatz in der Eintritts- und Austrittsdiagnostik vorweisen und an der Ein-Jahres-Katamnese teilgenommen haben. Daraus ergibt sich eine Stichprobe von 128 Teilnehmenden (N = 128) für diese Studie. Die untersuchten Patient:innen waren zwischen 18 und 81 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 45.5 (SD = 14.12). Es zeigte sich, dass Frauen (69.5 %) mehr als zwei Drittel der Stichprobe ausmachten.

Fast die Hälfte (48.4%) der Patient:innen hatten eine Anlehre oder eine Lehre absolviert, während 7.0 % eine Bildung bis zur Primarstufe (1. bis 6. Klasse) oder der Oberstufe vorzuweisen hatten. Weiter hatten 8.6% mindestens eine berufliche, fachliche oder gymnasiale Maturität und 36.0 % einen Abschluss an einer höheren Berufsschule (HF), einer Fachhochschule (FH), einer pädagogischen Hochschule, einer universitären Hochschule (Uni, ETH) oder doktorierten. Patient:innen ohne Schulabschluss gab es in dieser Stichprobe keine.

Ungefähr die Hälfte (55.5%) der Patient:innen hatten Kinder und 63.3% hatten zum Zeitpunkt des Klinikaustritts eine feste Partner:in. In Bezug auf den Familienstand waren 30.5% ledig, 53.1% verheiratet, 1.6% verwitwet, 8.6% geschieden und 6.3% lebten getrennt.

Als Hauptdiagnose wurden Affektive Störungen (78.1%), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (15.6%), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (0.8%) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (5.4%) vergeben. Diese Diagnosen wurden zum Zeitpunkt 1 beim Austritt aus der Klinik festgelegt.

Ein Vergleich zur ursprünglichen Gesamtstichprobe (N = 712) zeigte, dass 18.0% an der Katamnese-Erhebung teilnahmen und somit die Kriterien für die Aufnahme in die vorliegende Studie erfüllten. Die Gesamtstichprobe meint alle Patient:innen, die zwischen 01. Juni 2018 und 31. März 2021 ihren Austritt aus der stationären Behandlung hatten, einen vollständigen Datensatz aufwiesen und somit für die Ein-Jahres-Katamnese in Frage kamen. Daraus wurde die Reststichprobe (RS) abgeleitet, die alle Patient:innen enthält, die für die Ein-Jahres-Katamnese in Frage gekommen wären, aber nicht an der Ein-Jahres-Katamnese teilnahmen. Demnach enthält die RS alle Patient:innen, die Teil der Gesamtstichprobe sind, aber nicht der Katamnese-Stichprobe (KS).

Ein Vergleich zwischen der RS (N = 584) und der KS (N=128) zeigte in Bezug auf Alter und Geschlecht keine markanten Unterschiede. Das Durchschnittsalter der RS ist mit 44.9 (SD = 15.4, Spannweite 18-83 Jahre) leicht tiefer. Der Anteil der Frauen betrug 72.1 % und ist damit leicht höher. Da die Differenzen nur minimal sind, werden sie in der Diskussion nicht weiter berücksichtigt.

Rein deskriptiv hatten Patient:innen in der RS im Vergleich zu der KS öfters die Primarstufe (1. bis 6. Klasse) oder die Oberstufe (17.1 %) als höchsten Abschluss. Dementsprechend wiesen sie deutlich weniger eine höhere Berufsschule (HF), eine Fachhochschule (FH), eine pädagogische Hochschule, eine universitäre Hochschule (Uni, ETH) oder ein Doktorat (20.4%) als den höchsten Ausbildungsabschluss auf. Weiter hatten 1.2% keinen Schulabschluss vorzuweisen.

Schliesslich zeigte sich bei der RS im Durchschnitt ein höherer Gesamtsummenwert des BDI-II (M = 17.0, SD = 11.4) sowie ein höherer GSI-Wert des BSCL (M = 44.4, SD = 32.5) bei Austritt. Die Durchschnittswerte für die KS waren für den Gesamtsummenwert des BDI-II (M = 13.6, SD = 9.4) und für den GSI-Wert (M = 38.1, SD = 31.4).

Stationäre Behandlung in der Klinik SGM Langenthal

Die Patient:innen erhalten in der Klinik SGM Langenthal eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, die interdisziplinär ausgerichtet ist. Behandlungen werden während 4-6 Wochen durchgeführt und finden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting

statt. Bei den Therapeut:innen handelt es sich um Psycholog:innen mit einem Masterabschluss, die eine vierjährige Psychotherapieweiterbildung absolvieren oder um bereits eidgenössisch anerkannte Psychotherapeut:innen. Neben Psychotherapie und ärztlichen Gesprächen findet auch eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachdisziplinen, wie Ergo-, Gestaltungs- und Musiktherapie, Physiotherapie, Sozialdienst und der Seelsorge statt. Für den stationären Klinikaufenthalt werden Patient:innen mit psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen aufgenommen. Sucht- und Schizophreniekranken, sowie Personen mit Demenzen sind dabei ausgeschlossen.

Messinstrumente

Für diese Studie wurden ausschliesslich standardisierte Selbstbeurteilungsfragebogen eingesetzt. Die Veränderung der psychischen Symptomatik zwischen dem Klinikaustritt und der Ein-Jahres-Katamnese wird sowohl mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI-II, Beck et al. (2006) als auch mit der Brief-Symptom-Checklist (BSCL, Franke, 2017) erfasst. Dabei wird der Gesamtsummenwert des BDI-II als primäre und der General Severity Index (GSI) des BSCL als der sekundäre Endpunkt definiert. Der Gesamtsummenwert des BDI-II gibt die Schwere der depressiven Symptomatik an (Beck et al., 1961, 2006), während der GSI beim BSCL die durchschnittliche psychische Belastung angibt. Der GSI-Wert wird als bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der Belastung beschrieben (Franke, 2002, 2017). Für den BDI-II konnte in einer Gemeindestichprobe aus Mannheim (N = 50, Zeitraum von 5 Monaten) eine Retestreliabilität von $r = .78$ und in einer Patient:innenstichprobe (N = 50) eine Retestreliabilität von $r = .47$ gemessen werden. Da der Fragebogen strikt nach den DSM-IV Diagnosekriterien aufgebaut ist, wird die Inhaltsvalidität angenommen (Kühner et al., 2007). Für den GSI-Wert des BSCL konnte ebenfalls in einer studentischen Stichprobe (N = 343, Zeitraum von einer Woche) eine Retestreliabilität von $r = .87$ berechnet werden. Dabei wurde die Augenscheinvalidität der einzelnen Items als gegeben betrachtet (Franke, 2017). Insgesamt enthält der BDI-II 21 Items, bei denen angegeben werden musste, inwiefern die Aussagen rückblickend auf die vergangenen zwei Wochen auf die Betroffenen zutrafen. Beispielsweise muss für das Item Traurigkeit zwischen den folgenden vier Antwortmöglichkeiten ausgewählt werden: „Ich bin nicht traurig (0). Ich bin oft traurig (1). Ich bin ständig traurig (2). Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalten kann (3).“ Anschliessend können die angewählten Punktzahlen zum Gesamtsummenwert addiert werden (Beck et al., 2006). Der BSCL besteht aus 53 Items, die in Bezug auf das

Befinden der letzten sieben Tage beurteilt werden muss. Es handelt sich dabei um eine fünfstufige Likert-Skala. Gefragt wurde zum Beispiel, „Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind?“ oder „Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Furchtsamkeit?“ (Franke, 2017).

Als Prädiktoren werden die Religiosität, die Spiritualität und das Sinnempfinden gemessen. Der Religiositäts-Struktur-Test (RST, Huber, 2008a) liefert einen Gesamtwert für die Zentralität von Religiosität. Patient:innen wurden beispielsweise gefragt, „Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?“ oder „Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?“. Auf einer Skala mit fünf Punkten mussten die Patient:innen von 1 (*gar nicht*) bis 5 (*sehr*) angeben, wie wichtig es ihnen jeweils war (Huber, 2008b). Bei über 2000 Befragten in acht Stichproben konnte ein Cronbachs Alpha zwischen .89 und .94 berechnet werden. Aufgrund hoher Korrelationen zu anderen Merkmalerfassungen wie Religiöse Prägung des Selbstbildes ($r = .87$) oder Konsequenzen der Religiosität im Alltag ($r = .84$) wird von einer hohen Validität der Zentralitätsskala ausgegangen (Huber, 2004).

Die Zentralität beschreibt die Position des religiösen Systems in Bezug auf andere psychische Systeme. Je zentraler der Wert, desto höher der Einfluss von religiösen Inhalten auf andere psychische Systeme. Patient:innen, die einen hohen Wert aufweisen, werden auch als hochreligiös kategorisiert. Die Religion hat in diesem Fall einen grossen Einfluss für den Alltag der Patient:innen und nimmt somit einen hohen Stellenwert ein (Huber, 2008a).

Der World Health Organization Quality of Life Fragebogen (WHOQOL, Angermeyer et al., 2000) enthält eine Subskala für Spiritualität. Die Subskala enthält Fragen, wie „Geben Ihnen Ihre Überzeugungen Kraft, um Schwierigkeiten durchzustehen?“ oder „In welchem Masse helfen Ihnen Ihre persönlichen Überzeugungen, die Schwierigkeiten des Lebens zu verstehen?“. Hier mussten die Patient:innen ebenfalls auf einer Skala mit fünf Punkten von 1 (*überhaupt nicht*) bis 5 (*äusserst*) angeben, inwiefern diese Fragen auf ihr Leben in Bezug auf ihre Spiritualität zutrafen (Angermeyer et al., 2000).

Der WHOQOL dient grundsätzlich der Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität. Mit dem Einsatz der Subskala können dabei verschiedene Domänen, wie zum Beispiel physische Gesundheit oder umweltbezogene Gesundheit abgedeckt werden. Für diese Arbeit wurde die Subskala für Aspekte der Spiritualität verwendet (Angermeyer et al., 2000; Gunzelmann & Brähler, 2002). Das Subskala enthält vier Items und definiert den Begriff Spiritualität sehr allgemein. Es wird der Wortlaut „persönliche Überzeugungen“

verwendet, wodurch auch nichtreligiöse Patient:innen diese Fragen ohne Probleme beantworten können (Zwingmann et al., 2011). Der Cronbachs Alpha für den WHOQOL schwankt zwischen .74 und .91. Die Konstruktvalidität konnte mit Hilfe konfirmatorischer Faktorenanalyse untersucht und bestätigt werden (Conrad et al., 2016).

Das Sinnempfinden wurde mit der Existenz-Skala (ESK, Längle, Orgler, et al., 2000) erfasst. Für diese Studie wird dazu das Globalmass verwendet. Das Globalmass beschreibt das Ausmass an innerer Sinnerfülltheit (Längle, Goertz, et al., 2000). Dabei werden beispielsweise Items wie „Ich glaube, dass mein Leben, so wie ich es führe, für nichts gut ist“ oder „Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen“ abgefragt. Die Skala enthält sechs Punkte von 1 (*stimmt*) bis 6 (*stimmt nicht*) (Längle, Orgler, et al., 2000). Eine Normstichprobe (N = 1028) ergab für den hier verwendeten ESK-Gesamtwert ein Cronbachs Alpha von $r = .93$ (Orgler, 1990). Weiter konnte auch bezüglich der Validität die Homogenität des Verfahrens nach Rasch bestätigt werden und Zusammenhänge zu anderen Messverfahren, wie den Purpose-in-Life-Test von Crumbaugh und Maholick (1964) mit Korrelationen zwischen .45 und .49 für die übergeordneten ESK-Faktoren und den Gesamtwert aufgezeigt werden (Längle, Orgler, et al., 2000).

Die Skala setzt sich aus vier Faktoren zusammen. Nämlich der Selbst-Distanzierung (SD), der Selbst-Transzendenz (ST), der Freiheit (F) und der Verantwortung (V), die weiter zu den zwei Stufen des Persönlichkeitsbereichs (Person-Faktor = SD + ST) und der Interaktion mit der Umwelt (Existenz-Faktor = F + V) zusammengefasst werden können. Schliesslich werden diese zwei Stufen zum oben erwähnten Globalmass addiert. Für diese Studie wurde die Kurzversion eingesetzt, die aus 8 Items besteht (Längle, Orgler, et al., 2000).

Zusätzlich zu den hier beschriebenen Fragebögen werden ebenfalls diverse soziodemographische Variablen erfasst. Für die Berechnungen dieser Studie wird auf die Variablen Alter, Geschlecht und Bildung zurückgegriffen. Die Symptombelastung bei Eintritt wird ebenfalls mitberücksichtigt, da sich dieser in der Literatur als negativer Prädiktor gezeigt hat (Chae et al., 2019; De Carlo et al., 2016). Gemessen wird dieser mit den beiden Symptommassen BDI-II und BSCL zum Zeitpunkt T0 (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1*Untersuchungszeitpunkte und eingesetzte Messinstrumente*

| Eintrittsdiagnostik (T0) | Austrittsdiagnostik (T1) | Ein-Jahres-Katamnese (T2) |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Symptomatik | Symptomatik | Symptomatik |
| BDI-II | BDI-II | BDI-II |
| BSCL | BSCL | BSCL |
| | Prädiktoren | |
| | RST (Religiosität) | |
| | WHOQOL (Spiritualität) | |
| | ESK (Sinnempfinden) | |

Anmerkungen. In dieser Tabelle sind nur die für diese Arbeit relevanten Fragebögen abgebildet. Zu allen drei Zeitpunkten wurden als Teil der Routinediagnostik gemäss Kordy und Bauer (2003) weitere Fragebögen eingesetzt, die in dieser Studie nicht weiter berücksichtigt werden.

Datenauswertung

Um die erste Forschungsfrage zu beantworten, werden der Gesamtsummenwert des BDI-II und der GSI-Wert des BSCL zum Austrittszeitpunkt (T1) und zum Zeitpunkt der Nachbefragung ein Jahr danach (T2) miteinander verglichen. Dazu wird ein gepaarter t-Test gerechnet, der eine Normalverteilung der Daten voraussetzt. Ein Shapiro-Wilk-Test für den BDI-II ($W = 0.95, p < .001$) sowie den BSCL ($W = 0.90, p < .001$) zeigt, dass die Normalverteilung nicht gegeben ist. In beiden Fällen gab es ein signifikantes Ergebnis, womit die Nullhypothese einer Normalverteilung verworfen werden muss. Da jedoch gezeigt werden konnte, dass der gepaarte t-Test robust ist gegenüber nicht-normalverteilten Daten, wird mit der geplanten Auswertung fortgefahren (Pagano, 2010; Wilcox, 2012).

Die statistischen Berechnungen werden mit der Software RStudio (RStudio Team, 2020) durchgeführt. Es wird jeweils ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ (5%) angenommen. Die Stichprobengrösse beträgt $N = 128$ und enthält, wie bereits beschrieben, alle Personen,

die seit Beginn der Katamnese-Messung an der Klinik SGM 2018 erhoben wurden und einen vollständigen Datensatz aufwiesen.

Bei dieser retrospektiven Untersuchung stand die Stichprobengrösse von $N = 128$ fest. Eine post-hoc Poweranalyse mit der Software G*Power (Faul et al., 2007) zeigte, dass für die primäre Fragestellung bezüglich Veränderungen während des Katamnese-Zeitraums, die mit einem abhängigen t-Test analysiert wurde, bei einem Alpha-Niveau von 5%, einer Stichprobengrösse von $N = 128$ und einer Effektstärke von Cohen's d von 0.24, die im Bereich der Depression als «minimal important difference» vorgeschlagen wurde, eine Power von 0.77 erreicht wird (Cohen, 1988; Döring & Bortz, 2016).

Für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden hierarchische lineare Regressionsmodelle gerechnet, wobei der BDI-II-Gesamtwert (primärer Endpunkt) und BSCL-Gesamtwert (GSI) (sekundärer Endpunkt) als abhängige Variable (AV) eingesetzt wurden. Religiosität mit dem RST, Spiritualität mit dem WHOQOL und das Sinnempfinden mit dem ESK bildeten die unabhängigen Variablen. Zusätzlich wurden neben standardmässig eingesetzten demographischen Variablen wie Geschlecht, Alter und Bildung (vgl. Jun & Yun, 2020) auch die Symptombelastung bei Klinikeintritt als Kontrollvariable in die Berechnungen miteinbezogen (vgl. Chae et al., 2019).

Ergebnisse

Für die Beantwortung der Frage zur Nachhaltigkeit des Therapieergebnisses wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Der zweiseitige t-Test für den BDI-II war nicht signifikant ($t(127) = -0.81, p = .419$). Die schwere der depressiven Symptomatik hat sich somit zwischen dem Austritt aus der stationären Behandlung und der Ein-Jahres-Katamnese nicht signifikant verändert. Die Verlaufsrechnung mit dem GSI-Wert des BSCL war ebenfalls nicht signifikant ($t(127) = 0.15, p = .878$). Somit zeigte auch die Messung der psychischen Belastung keine Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten. Der BDI-II zeigte zu beiden Zeitpunkten ($M = 13.55$ bei T1; $M = 14.25$ bei T2) eine leichte Depression (14-19 Punkte) an (Beck et al., 2006). Beim BSCL liegt der GSI-Wert zu beiden Zeitpunkten ($M = 38.14$ bei T1; $M = 37.77$ bei T2) im psychisch unauffälligen Bereich. Psychisch auffällig wäre ein GSI-Wert ≥ 63 (Franke, 2017). Die Ergebnisse des t-Tests sind nachfolgend in der Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2*Vergleich der Symptombelastung zwischen Austritt (T1) und Katamnese (T2)*

| | T1 | | T2 | | <i>t</i> (127) | <i>p</i> | 95% KI | | |
|--------|----------|-----------|----------|-----------|----------------|----------|--------|------|-----------------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | | UG | OG | Cohens <i>d</i> |
| BDI-II | 13.55 | 9.45 | 14.25 | 11.29 | -0.81 | 0.419 | -2.42 | 1.01 | -0.07 |
| BSCL | 38.14 | 31.42 | 37.77 | 32.15 | 0.15 | 0.878 | -4.45 | 5.20 | 0.01 |

Anmerkungen. N = 128. KI = Konfidenzintervall. UG = untere Grenze. OG = obere Grenze.

Die zweite Fragestellung befasst sich zusätzlich mit den Prädiktoren Spiritualität, Sinnempfinden und Religiosität. Hierfür wurden zunächst korrelative Zusammenhänge berechnet. Spiritualität ($r = -.45, p < .01$) und Sinnempfinden ($r = -.50, p < .01$) zum Zeitpunkt des Klinikaustritts korrelierten signifikant negativ mit den beiden Variablen der Symptombelastung BDI-II und BSCL zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese (siehe Tabelle 3). Die Korrelationswerte dieser beiden Prädiktoren sind zum BDI-II als auch zum BSCL gleich stark ausgeprägt. Nach Cohen (1988) handelt es sich hierbei um starke Korrelationen. Je stärker die Spiritualität und das Sinnempfinden beim Austritt ausgeprägt war, desto tiefer war die Symptombelastung ein Jahr danach.

Die Religiosität zeigte keine signifikanten Zusammenhänge zu den beiden Massen der Symptombelastung. Sie korrelierte jedoch stark positiv mit der Spiritualität ($r = .47, p < .01$) und moderat mit Sinnempfinden ($r = .28, p < .01$). Ebenfalls zu beobachten ist, dass die beiden Masse für die Symptombelastung sehr stark miteinander korrelieren ($r = .86, p < .01$).

Tabelle 3*Mittelwerte, Standardabweichungen und Korrelationen mit Konfidenzintervallen*

| Variable | <i>M</i> | <i>SD</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|----------|-----------|------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| 1. BDI-II (T2) | 14.25 | 11.29 | | | | |
| 2. BSCL (T2) | 37.77 | 32.15 | .86** [.80, .90] | | | |
| 3. Spiritualität (T1) | 15.66 | 2.94 | -.45** [-.58, -.30] | -.45** [-.58, -.30] | | |
| 4. Sinn-E. (T1) | 34.58 | 7.91 | -.50** [-.62, -.36] | -.50** [-.62, -.36] | .69** [.59, .77] | |
| 5. Religiosität (T1) | 27.50 | 9.00 | -.17 [-.33, .01] | -.12 [-.29, .05] | .47** [.32, .59] | .28** [.11, .43] |

Anmerkungen. T1 = Austrittsmessung. T2 = Ein-Jahres-Katamnese. [] = Konfidenzintervall.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Um den Einfluss der Prädiktoren zu ermitteln wurde eine hierarchische lineare Regression gerechnet. Dabei wurden das Alter, das Geschlecht, die Bildung und die Symptomschwere bei Klinikeintritt als Kontrollvariablen in das erste Modell eingerechnet. Modell 2 zeigt die Auswertung, nachdem die Prädiktoren Spiritualität, Sinnempfinden und Religiosität mitberücksichtigt wurden. Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse, die den BDI-II als AV hat, während Tabelle 5 dieselben Berechnungen mit dem BSCL als AV aufweist.

Der Modellvergleich zwischen Modell 1 und Modell 2 mit BDI-II als AV ist signifikant. Modell 2 mit den Prädiktoren Spiritualität, Sinnempfinden und Religiosität erklärt mehr Varianz auf ($\Delta R^2 = 0.16$, $p < .001$) und ist im Vergleich zum Modell 1 ($AIC = 975$) das sparsamere Modell ($AIC = 954$). Dabei ist nur das Sinnempfinden ($B = -0.43$, $p < .01$) signifikant negativ. Je höher das Sinnempfinden im Leben zum Zeitpunkt des Austritts, desto tiefer die Schwere der depressiven Symptomatik ein Jahr danach. Bei den Kontrollvariablen ist einzig die Symptomschwere bei Klinikeintritt gemessen am BSCL in beiden Modellen signifikant ($B = 0.13$, $p < .001$ bei Modell 1; $B = 0.06$, $p < .05$ bei Modell 2). Insgesamt hat das Modell 2 eine Varianzaufklärung von 31% ($R^2 = 0.31$). Das korrigierte R^2 liegt erwartungsgemäss tiefer ($R^2 = 0.27$).

Tabelle 4*Prädiktoren für den Therapieverlauf gemessen am BDI-II*

| | Therapieerfolg | | |
|--------------------------------------|----------------|----------|----------------|
| | Modell 1 | Modell 2 | |
| | <i>B</i> | <i>B</i> | 95% KI |
| Alter | 0.08 | 0.11 | [-0.02, 0.24] |
| Geschlecht | -1.13 | 0.18 | [-3.79, 4.16] |
| Bildung | -0.08 | 0.30 | [1.65, 0.44] |
| Symptomschwere bei Klinikeintritt | 0.13*** | 0.06* | [0.12, 2.07] |
| Spiritualität | | -0.73 | [0.15, -1.64] |
| Sinnempfinden | | -0.43** | [-0.12, -2.72] |
| Religiosität | | -0.01 | [0.21, -0.13] |
| R ² | 0.15 | 0.31 | |
| korrigierte R ² | 0.12 | 0.27 | |
| ΔR ² | | 0.16*** | |
| AIC | 975 | 954 | |
| F | | 9.43 | |

Anmerkungen. N = 128. KI = Konfidenzintervall. B = Koeffizienten (Beta-Werte).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < 001$.

Tabelle 5*Prädiktoren für den Therapieverlauf gemessen am BSCL*

| | Therapieerfolg | | |
|--------------------------------|----------------|----------|----------------|
| | Modell 1 | Modell 2 | |
| | <i>B</i> | <i>B</i> | 95% KI |
| Alter | 0.07 | 0.16 | [-0.21, 0.52] |
| Geschlecht | 8.07 | 8.52 | [-2.62, 19.66] |
| Bildung | -1.24 | -0.34 | [-4.14, 3.47] |
| Symptomschwere bei Eintritt | 1.34*** | 0.67* | [1.25, 2.31] |
| Spiritualität | | -2.15 | [0.37, -1.69] |
| Sinnempfinden | | -1.22** | [-0.35, -2.78] |
| Religiosität | | 0.15 | [0.78, 0.47] |
| R ² | 0.17 | 0.32 | |
| korrigierte R ² | 0.14 | 0.28 | |
| ΔR^2 | | 0.15*** | |
| AIC | 1240 | 1219 | |
| F | | 9.08 | |

Anmerkungen. N = 128. KI = Konfidenzintervall. B = Koeffizienten (Beta-Werte).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < 001$.

Die Ergebnisse der hierarchischen linearen Regression mit BSCL als AV zeigen sehr ähnliche Werte. Die Auswertung dazu ist in Tabelle 5 ersichtlich. Modell 2 klärt signifikant mehr Varianz auf ($\Delta R^2 = 0.15$, $p < .001$) und ist im Vergleich zum Modell 1 ($AIC = 1240$) auch sparsamer ($AIC = 1219$). Die Resultate zeigen, dass von den untersuchten Prädiktoren nur Sinnempfinden ($B = -1.22$, $p < .01$) zum Zeitpunkt des Austritts einen signifikant negativen Einfluss auf die psychische Belastung ein Jahr danach hat. Je höher das Sinnempfinden zum

Zeitpunkt des Austritts, desto tiefer die psychische Belastung ein Jahr nach dem Klinikaustritt. Religiosität und Spiritualität erwiesen sich wiederum nicht als signifikante Prädiktoren. Bei den Kontrollvariablen ist auch hier einzig die Symptomschwere bei Klinikeintritt gemessen am BDI-II in beiden Modellen signifikant ($B = 1.34, p < .001$ bei Modell 1; $B = 0.67, p < .05$ bei Modell 2). Je höher die Symptombelastung bei Klinikeintritt, desto höher ist die psychische Belastung ein Jahr nach dem Klinikaustritt. Insgesamt hat Modell 2 eine Varianzaufklärung von 32% ($R^2 = 0.32$). Das korrigierte R^2 ist auch hier erwartungsgemäss tiefer ($R^2 = 0.28$)

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, erstens die Nachhaltigkeit der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Klinik SGM Langenthal zu untersuchen und zweitens die Ressourcen Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden als mögliche Prädiktoren zu überprüfen. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst, mit den entsprechenden Hypothesen verglichen und neue Erkenntnisse in die bestehende Literatur integriert.

Die erste Hypothese lautete, dass die psychische Symptomatik ein Jahr nach dem stationären Klinikaufenthalt (T1) im Vergleich zum Austrittswert (T2) unverändert bleibt oder sich verbessert. Der Vergleich der BDI- und BSCL-Werte zwischen den beiden Messzeitpunkten mittels eines t-Testes für abhängige Stichproben zeigte keine signifikanten Veränderungen. Die psychische Symptomatik blieb ein Jahr nach dem Austritt stabil. Eine Verbesserung konnte nicht gezeigt werden. Somit kann auch eine Verschlechterung der psychischen Symptomatik in der untersuchten Stichprobe ausgeschlossen werden. Die Befunde widersprechen sowohl den Annahmen von Liebherz und Rabung (2013), dass sich Patient:innen nach dem Austritt noch einmal verbessern, als auch den älteren Befunden von (Steffanowski et al., 2005), die von einem Rückgang der stationär erzielten Verbesserung ausgingen. Die Resultate dieser Studie sprechen für eine Stabilität der erzielten Verbesserungen der stationären Behandlung.

Bemerkenswert ist, dass der BDI-II Gesamtwert weder zum Austrittszeitpunkt noch ein Jahr danach eine Vollremission erreichte. Dieser Befund deckt sich mit Studienergebnissen, die darauf hindeuten, dass Patient:innen oft auch bei adäquater Behandlung nicht vollständig genesen (vgl. Barkham & Lambert, 2021; Chae et al., 2019; Trivedi et al., 2006). Demnach wäre es für zukünftige Untersuchungen wichtig, vollremittierte Patient:innen im Besonderen zu betrachten. Eine reine Betrachtung von

Symptomveränderungen lässt keine Schlüsse auf die vollständige Genesung der Patient:innen zu.

Die zweite Hypothese befasste sich mit der Frage, ob Religiosität, Spiritualität und Sinnempfinden im Leben als positive Prädiktoren fungieren, die einen längerfristig besseren Behandlungsverlauf voraussagen. Die Untersuchung unter Anwendung einer hierarchischen linearen Regression ergab, dass nur Sinnempfinden ein signifikant positiver Prädiktor für den längerfristigen Verlauf ist. Religiosität und Spiritualität konnten nicht als direkte Prädiktoren identifiziert werden. Die Befunde, die für einen Einfluss von Religiosität und Spiritualität sprachen, beschränkten sich nur auf das unmittelbare Therapieergebnis (Bonelli & Koenig, 2013; Friedrich-Killinger, 2020) oder wurden mit gesunden Personen durchgeführt (Miller et al., 2012). Die daraus abgeleitete Annahme, dass ein positiver Langzeiteinfluss von Religiosität und Spiritualität bei stationär behandelten Patient:innen vorliegt, kann mit den hier untersuchten Daten nicht bestätigt werden.

Im Gegensatz dazu kann Sinnempfinden als ein positiver Prädiktor betrachtet werden, der die psychische Symptomatik ein Jahr nach Austritt positiv beeinflusst. Patient:innen, die bei Klinikaustritt mehr Sinn empfinden, haben ein Jahr danach weniger psychische Symptome. Diese Befunde können als eine weiterführende Ergänzung zu den Untersuchungen von De Smet und Meganck (2018) oder Jun und Yun (2020) betrachtet werden, die bei stationären Patient:innen bereits prädiktive Zusammenhänge zu physischen und psychischen Wohlbefinden aufzeigen konnten. Die Ergebnisse dieser Studie beziehen sich spezifisch auf die Symptombelastung und liefern Hinweise dafür, dass Sinnempfinden als ein positiver Prädiktor für den längerfristigen Therapieerfolg wirkt. Bemerkenswert ist auch, dass das Sinnempfinden angesichts der Symptomschwere, welche als starker negativer Prädiktor dokumentiert ist (Chae et al., 2019), den signifikanten Einfluss behält.

Neben der Überprüfung der beiden Hauptfragestellungen, lieferten korrelative Berechnungen einige interessante Hinweise. Einerseits zeigten alle drei Prädiktoren einen negativen Zusammenhang zu den beiden Symptommassen. Signifikant waren nur die Zusammenhänge der psychischen Symptomatik zu Spiritualität und Sinnempfinden. Dabei handelte es sich in allen Fällen um starke Korrelationen (Cohen, 1988). Dies lässt vermuten, dass neben Sinnempfinden auch die Spiritualität einen Zusammenhang zu der psychischen Symptomatik hat.

Weiter zeigen die Befunde signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen den drei untersuchten Prädiktoren. Spiritualität und Sinnempfinden korrelieren stark positiv. Religiosität und Sinnempfinden weisen eine kleine bis moderate Korrelation auf. Schliesslich

haben auch Spiritualität und Religiosität einen moderat bis grossen Zusammenhang. Der letztgenannte Zusammenhang lässt sich gut begründen aufgrund vorheriger Forschung und den Schwierigkeiten bei der Differenzierung der Begriffe (Koenig et al., 2012; Utsch, 2018; Zinnbauer & Pargament, 2005). Darin wurden diese beiden Begriffe teilweise aufgrund ihrer Ähnlichkeit auch synonym verwendet (vgl. Grom, 2012; Koenig, 2012).

Interessant sind die positiven Zusammenhänge zwischen Religiosität und Spiritualität zu Sinnempfinden. Obwohl sich Religiosität und Spiritualität nicht als direkte Prädiktoren für den längerfristigen Behandlungsverlauf erwiesen haben, liefern die korrelativen Zusammenhänge Hinweise für mögliche indirekte Einflüsse dieser beiden Variablen. Diese Hinweise decken sich mit den theoretischen Annahmen von Koenig et al. (2012). In ihrem theoretischen Modell gehen die Autor:innen davon aus, dass Religiosität und Spiritualität indirekt durch andere Mechanismen die psychische Gesundheit beeinflussen. Weiter beschreibt Koenig (2012) Sinnempfinden bei kritischen Lebensereignissen als eine mögliche Variable, die von Religiosität und Spiritualität positiv beeinflusst wird. Dabei wird angenommen, dass eine erhöhte Religiosität und Spiritualität zu mehr Sinnempfinden bei kritischen Lebensereignissen führen, die wiederum die psychische Gesundheit positiv beeinflusst.

Darüber hinaus konnte Schnell (2010) Religiosität und Spiritualität neben anderen Variablen als signifikante Prädiktoren für eine generelle Sinnerfüllung identifizieren. Ähnlich dazu argumentiert Utsch (2018) sogar für eine Unterscheidung zwischen religiöser und säkularer Sinngebung. Die korrelativen Befunde der hier vorliegenden Studie in Zusammenhang mit den theoretischen (Koenig et al., 2012) und empirischen (Schnell, 2010) Erkenntnissen liefern somit wichtige Implikationen für weiterführende Untersuchungen. Dabei sollte das Ziel sein, die Zusammenhänge zwischen Religiosität und Spiritualität zu Sinnempfinden genauer zu erforschen und dadurch ein besseres Verständnis für die Einflüsse auf die psychische Gesundheit zu erhalten.

Implikationen für die Praxis

Da sich in dieser Studie Sinnempfinden als signifikanter Prädiktor für den längerfristigen Behandlungsverlauf erwiesen hat, ist es sicherlich angebracht, diesen Faktor in einem stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting genauer zu betrachten. Weil es sich hierbei um einen positiven Prädiktor handelt, sollte das Ziel sein, das Sinnerleben der Patient:innen zu erhöhen.

Grundsätzlich gibt es hierzu bereits Befunde, die darlegen, dass eine Veränderung des Sinnempfindens in der Psychotherapie möglich ist und auch ohne gezielte Interventionen stattfindet (Hill et al., 2019). Damit die Veränderungen auch in die gewünschte Richtung gehen und das Sinnempfinden der Patient:innen gesteigert werden kann, werden spezifische Trainings empfohlen (Hill et al., 2017). In einer qualitativen Studie berichten praktizierende Psychotherapeut:innen von einsichtsorientierten, handlungsorientierten oder explorativen Interventionen, die in diesem Kontext bereits angewandt werden. Beispielsweise kann in einer einsichtsorientierten Intervention mit den Patient:innen versucht werden, ein besseres Verständnis für vergangene sowie zukünftige Lebensereignisse zu erhalten und diesen Ereignissen neue Bedeutungen zuzuordnen. Die in dieser Studie befragten Psychotherapeut:innen empfanden es als sehr wichtig, Sinnempfinden bei Patient:innen zu thematisieren und in die Therapie einzubinden. (Hill et al., 2017).

Folglich stellt sich die Frage, wie Patient:innen mit geringem Sinnempfinden im klinischen Alltag ausfindig gemacht werden. Im Vergleich zu Patient:innen, die explizit von Schwierigkeiten im Bereich des Sinnempfindens berichten, gibt es auch Betroffene, bei denen solche Themen nur implizit vorliegen (Hill et al., 2017). In diesem Fall könnten umfangreiche Verlaufsmessungen gemäss dem in dieser Arbeit vorgestellten Stuttgarter-Heidelbergmodell (Kordy & Bauer, 2003) sehr wertvoll sein. Diese Messungen ermöglichen regelmässige Feedbacks für die Behandelnden, woraufhin auch bei Patient:innen, bei denen geringes Sinnempfinden nur implizit präsent ist, rechtzeitig interveniert werden kann.

Die Befunde zu Religiosität und Spiritualität schliessen deren Mitwirken für den längerfristigen Therapieerfolg nicht gänzlich aus. Die vorliegenden korrelativen Zusammenhänge zu Sinnempfinden im Leben bedürfen weiterer Forschung, um die dahinter bestehenden Mechanismen zu verstehen. Aufgrund bisheriger Forschung, kann eine Integration von Religiosität und Spiritualität in die therapeutische Arbeit sicherlich so weitergeführt werden (Bonelli & Koenig, 2013; Hefti, 2011). Besonders wichtig ist bei dieser Thematik die offene und unvoreingenommene Haltung der Behandelnden gegenüber religiösen oder spirituellen Patient:innen (Bonelli, 2018).

Limitationen der Studie

Grundsätzlich kann die Tatsache, dass für diese Untersuchung nur Patient:innen einer einzigen Klinik in der Schweiz berücksichtigt wurden als Limitation betrachtet werden. Die Aussagen können nur mit Vorsicht auf allgemeine stationäre Behandlungen generalisiert werden. Für die spezifische Fragestellung dieser Arbeit im Sinne einer Qualitätssicherung für

die Klinik SGM Langenthal sind Schlussfolgerungen für diese entsprechende Population legitim.

Bei der Betrachtung der Stichprobe ergeben sich weitere Limitationen, die im Folgenden diskutiert werden. Zunächst fällt auf, dass mit 18% nur ein kleiner Teil der Patient:innen, die zwischen 01. Juni 2018 und 31. März 2021 stationär in der Klinik behandelt wurden, an der Ein-Jahres-Katamnese teilnahmen. Daher wurden die Patient:innen, die an der Ein-Jahres-Katamnese teilnahmen, mit denen verglichen, die zwar für die Katamnese-Erhebung angefragt wurden, aber nicht teilnahmen. Diese Reststichprobe wurden in der Beschreibung der Methode bereits als RS definiert. Rein deskriptiv muss festgehalten werden, dass Patient:innen, die an der Ein-Jahres-Katamnese teilnahmen im Vergleich zur RS, eine geringere psychische Symptomatik aufwiesen und einen besseren Bildungsstand hatten.

Zwar war der BDI-II in beiden Gruppen bei Austritt kategorisch im «leicht depressiven» Bereich, doch die durchschnittlichen BDI-II-Werte unterschieden sich um 3.5 Punkte ($M = 17.0$ bei RS und $M = 13.5$ bei KS). Der BSCL-Wert unterschied sich um 6.3 Punkte und war aber in beiden Fällen im psychisch unauffälligen Bereich ($M = 44.4$ bei RS und $M = 38.1$ bei KS). Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass Patient:innen, die bei Klinikaustritt eine höhere Symptombelastung aufwiesen, weniger häufig an der Katamnese-Befragung teilnahmen. Gleichzeitig muss festgehalten werden, dass dem BDI-II zur Folge bei Klinikaustritt sowie ein Jahr danach keine Vollremission der depressiven Symptomatik erreicht werden konnte.

Auffällig war auch, dass Patient:innen in der KS mit 36.0% häufiger eine höhere Berufsschule (HF), eine Fachhochschule (FH), eine pädagogischen Hochschule, eine universitären Hochschule (Uni, ETH) oder ein Doktorat als höchsten Bildungsabschluss hatten. Bei der RS waren es nur 20.4%. Dementsprechend gaben auch weniger Patient:innen in der KS die Primarstufe (1. bis 6. Klasse) oder die Oberstufe als den höchsten Abschluss an (7.0%). In der RS waren es 17.1%. Diese beiden Unterschiede könnten limitierte Faktoren für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse sein. Da es sich aber um rein deskriptive Vergleiche handelt, müssen auch diese Interpretationen mit Vorsicht genossen werden.

Weiter kann auch von einer höheren ökologischen Validität ausgegangen werden, da es sich hierbei um eine naturalistische Studie handelt. Jedoch muss auch erwähnt werden, dass dadurch nicht immer alle konfundierenden Variablen in der Untersuchung berücksichtigt werden können. Beispielsweise könnten kritische Lebensereignisse oder weitere therapeutische Betreuungen im Jahr nach dem Klinikaustritt, wie zum Beispiel ambulante Weiterbehandlungen, auch eine Rolle spielen für den in dieser Studie untersuchten

längerfristigen Therapieverlauf. Auch wird nicht klar, ob und wie viele der untersuchten Patient:innen eine regulären Klinikaustritt hatten. Denkbar wären beispielsweise auch Klinikverlegungen aufgrund erhöhter Suizidalität oder anderen Gründen.

Des Weiteren gibt es auch in der Untersuchungsmethode Limitationen. Bezüglich der konkreten Umsetzung der Qualitätssicherung beschreiben Seidenstücker und Baumann (1987) einen multimodalen Ansatz. Die Autoren verweisen zur Datenerhebung auf die drei Bereiche Datenquelle, Datenebene und Funktionsbereiche. Schulte (1993) greift diese Unterscheidung auf und beschreibt die Datenquelle als den Informationsgeber. In diesem Kontext könnten das Patient:innen, Therapeut:innen oder zum Beispiel auch Familienangehörige sein. Weiter werden unter Datenebene verschiedene Bereiche wie Verhalten, Erleben oder Leistung verstanden. Diese Studie ist nur auf Daten aus Selbstberichten in Fragebögen aufgebaut und ist somit einseitig in der Datenquelle sowie der Datenebene. Dabei haben bekannte Effekte wie soziale Erwünschtheit oder bestimmte Antworttendenzen auch eine limitierende Wirkung. Um diese Verzerrungen zu reduzieren, wären beispielsweise Befragungen von Therapeut:innen oder Angehörigen nützlich.

Weiter argumentieren zum Beispiel De Smet und Meganck (2018) in ihrer Langzeituntersuchung von stationären Patient:innen für den vermehrten Einsatz von qualitativen Methoden. Der Einsatz von randomisiert kontrollierten Studien mit einer einzigen Variable zur Messung des Therapieerfolgs wird als zu vereinfacht beschrieben (De Los Reyes et al., 2011; De Smet & Meganck, 2018). Der Einsatz von qualitativen Methoden kann helfen die Komplexität, die eine Psychotherapie mit sich bringt, besser zu erfassen (Hill et al., 2013). Dieser Diskurs ist sicherlich hilfreich, um sich in der Forschung nicht auf eine einzige Methode zu verlassen, sondern zum Beispiel in Form von Mixed Method Untersuchungen unterschiedliche Herangehensweisen zu berücksichtigen (vgl. De Smet & Meganck, 2018).

Fazit und Ausblick

In dieser Studie konnte die Nachhaltigkeit der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik SGM Langenthal gezeigt werden. Die Therapieergebnisse haben sich ein Jahr nach dem Klinikaustritt weder verbessert noch verschlechtert und blieben somit stabil. Von den untersuchten Prädiktoren erwies sich das Sinnempfinden als signifikanter Einflussfaktor. Patient:innen, die bei Klinikaustritt ein höheres Sinnempfinden im Leben hatten, wiesen ein Jahr danach eine signifikant tiefere Symptombelastung auf. Für Religiosität und Spiritualität konnte kein direkter Einfluss auf den

längerfristigen Therapieverlauf nachgewiesen werden. Korrelative Zusammenhänge zu Sinnempfinden lassen jedoch komplexere Mechanismen vermuten, wodurch Religiosität und Spiritualität gleichwohl eine Rolle bei der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen spielen könnten. Diese Zusammenhänge gilt es in weitergehenden Untersuchungen zu erforschen, um bereits vorhandene theoretische Annahmen (Koenig et al., 2012) auch für längerfristige Therapieerfolge empirisch bestätigen zu können. Weiter kann aber bereits in therapeutischen Interventionen gezielter auf die Patientenvariable Sinnempfinden eingegangen werden. Eine Stärkung von Sinnempfinden als personale Ressource kann im Rahmen einer stationären Klinikbehandlung einen positiven Einfluss auf den längerfristigen Therapieverlauf haben und das Therapieergebnis verbessern.

Literaturverzeichnis

- Aftab, A., Lee, E. E., Klaus, F., Daly, R., Wu, T.-C., Tu, X., Huege, S., & Jeste, D. V. (2019). Meaning in Life and Its Relationship With Physical, Mental, and Cognitive Functioning: A Study of 1,042 Community-Dwelling Adults Across the Lifespan. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(1), 11357. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m13064>
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. In *Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Hogrefe.
- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., & Marcoux, G. (2004). Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *49*(4), 265–271. <https://doi.org/10.1177/070674370404900407>
- Baltensperger, C., & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, *30*(1), 10–21. <https://doi.org/10.1026//1616-3443.30.1.10>
- Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition*. (7th ed., pp. 135–189). John Wiley & Sons Inc.
- Beck, A. T., Steer, R.-A., & Brown, G. K. (2006). *Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II)* (M. Hautzinger, F. Keller, & C. Kühner (eds.); Revision). Pearson.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, *14*(2), 170–184. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.14.2.170>
- Bonelli, R. M. (2018). Das psychotherapeutische Unbehagen mit der Religion. In M. Utsch, R. M. Bonelli, & S. Pfeifer (Eds.), *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen* (2nd ed., pp. 51–57). Springer.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, *52*(2), 657–

673. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4>
- Brähler, E., & Scheer, J. W. (1995). *Gießener Beschwerdebogen (GBB)* (2nd ed.). Hans Huber.
- Chae, W. R., Nagel, J. M., Kuehl, L. K., Gold, S. M., Wingenfeld, K., & Otte, C. (2019). Predictors of response and remission in a naturalistic inpatient sample undergoing multimodal treatment for depression. *Journal of Affective Disorders*, 252, 99–106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.044>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Conrad, I., Matschinger, H., Kilian, R., & Riedel-Heller, S. G. (2016). *WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF : Manual : Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter* (1st ed.). Hogrefe.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 200–207. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196404\)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U)
- Czekierda, K., Horodyska, K., Banik, A., Wilhelm, L., Knoll, N., & Luszczynska, A. (2019). Meaning in life and physical quality of life: Cross-lagged associations during inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 64(4), 425–434. <https://doi.org/10.1037/rep0000281>
- De Carlo, V., Calati, R., & Serretti, A. (2016). Socio-demographic and clinical predictors of non-response/non-remission in treatment resistant depressed patients: A systematic review. *Psychiatry Research*, 240, 421–430. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.034>
- De Los Reyes, A., Kunder, S. M. A., & Wang, M. (2011). The end of the primary outcome measure: A research agenda for constructing its replacement. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 829–838. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.011>
- De Smet, M., & Meganck, R. (2018). Understanding Long-term Outcome from the Patients' Perspective: A Mixed Methods Naturalistic Study on Inpatient Psychotherapy. *Psychologica Belgica*, 58(1), 276–296. <https://doi.org/10.5334/pb.432>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5th ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

- Egger, J. W. (2015). Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In J. W. Egger (Ed.), *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell* (pp. 53–83). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_3
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Faltermaier, T. (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*. (pp. 31–53). Hogrefe.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual* (2nd ed.). Beltz Test.
- Franke, G. H. (2017). *Brief-Symptom-Checklist (BSCL)* (1st ed.). Hogrefe.
- Friedrich-Killinger, S. (2020). Centrality of Religiosity as a Resource for Therapy Outcome? *Religions*, *11*(4), 155. <https://doi.org/10.3390/rel11040155>
- George, L. S., & Park, C. L. (2016). Meaning in Life as Comprehension, Purpose, and Mattering: Toward Integration and New Research Questions. *Review of General Psychology*, *20*(3), 205–220. <https://doi.org/10.1037/gpr0000077>
- Glock, C. (1969). Über die Dimensionen der Religiosität. In J. Matthes (Ed.), *Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie* (2nd ed., pp. 150–168). Rowohlt.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *44*(2), 63–73. <https://doi.org/10.1007/s002780050149>
- Grom, B. (2012). Religiosität/Spiritualität - eine Ressource für Menschen mit psychischen Problemen? *Psychotherapeutenjournal*, *11*(3), 194–201.
- Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2002). C. Angermeyer, R. Kilian & H. Matschinger: Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM – Rezension. *Zeitschrift Für Medizinische Psychologie*, *11*(1), 44–48.
- Hefti, R. (2011). Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry

- and Psychotherapy. *Religions*, 2(4), 611–627. <https://doi.org/10.3390/rel2040611>
- Hefti, R. (2013). The Extended Biopsychosocial Model: a whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry. *Psyche & Geloof*, 24(2), 119–130.
- Heinz, A. (2020). Religiöse und spirituelle Bedürfnisse in einer personenzentrierten Psychiatrie und Psychotherapie - Perspektiven und Fallstricke. In N. Mönter, A. Heinz, & M. Utsch (Eds.), *Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie* (1st ed., pp. 33–40). Kohlhammer.
- Herrmann, A. S., & Huber, D. (2013). Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 59(3), 273–289. <http://www.jstor.org/stable/23871306>
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: an argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50(1), 68–76. <https://doi.org/10.1037/a0030571>
- Hill, C. E., Kanazawa, Y., Knox, S., Schauerman, I., Loureiro, D., James, D., Carter, I., King, S., Razzak, S., Scarff, M., & Moore, J. (2017). Meaning in life in psychotherapy: The perspective of experienced psychotherapists. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(4), 381–396. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1110636>
- Hill, C. E., Kline, K. V., Kivlighan, D. M., Aaron, Z., & King, S. (2019). Changes in meaning in life across the course of psychodynamic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1340260>
- Hodapp, B., & Zwingmann, C. (2019). Religiosity/Spirituality and Mental Health: A Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. *Journal of Religion and Health*, 58(6), 1970–1998. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00759-0>
- Hofmann, L., & Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy – A representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21(2), 179–192. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.536595>
- Horowitz, L. M., Strauss, B., & Kordy, H. (2000). *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version) – Testmappe* (2nd ed.). Beltz-Test.
- Huber, S. (2004). Zentralität und multidimensionale Struktur der Religiosität: Eine Synthese der theoretischen Ansätze von Allport und Glock zur Messung der Religiosität. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Eds.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung* (pp. 79–105). Waxmann.

- Huber, S. (2008a). Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Kernkonzepte und Anwendungsperspektiven. *Prävention: Zeitschrift Für Gesundheitsförderung*, 31(2), 38–39.
- Huber, S. (2008b). Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte. In W. Gräb & L. Charbonnier (Eds.), *Individualisierung - Spiritualität - Religion: Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive* (pp. 131–171). Lit.
- Jun, W. H., & Yun, S. H. (2020). Mental health recovery among hospitalized patients with mental disorder: Associations with anger expression mode and meaning in life. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 134–140.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.001>
- Juven-Wetzler, A., Bar-Ziv, D., Cwikel-Hamzany, S., Abudy, A., Peri, N., & Zohar, J. (2012). A pilot study of the “Continuation of Care” model in “revolving-door” patients. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(4), 229–233. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.05.003>
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *The American Psychologist*, 63(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 1–33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Kordy, H., & Bauer, S. (2003). The Stuttgart-Heidelberg Model of Active Feedback Driven Quality Management: Means for the Optimization of Psychotherapy Provision. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 615–631.
- Kuehner, C., & Huffziger, S. (2013). Factors predicting the long-term illness course in a cohort of depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(5), 413–423. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0379-7>
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Der Nervenarzt*, 78(6), 651–656. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert

- (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219–257). Wiley.
- Längle, A., Goertz, A., Rauch, J., Jarosik, H., & Haller, R. (2000). Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. *Existenzanalyse*, *17*(3), 17–29.
- Längle, A., Orgler, C., & Kundi, M. (2000). *Existenz-Skala*. Beltz Test.
- Langrock, C., & Bonnet, U. (2016). Zur Ergebnisqualität der allgemeinspsychiatrischen offenstationären Krankenhausbehandlung auf der Mesoebene – eine prospektive Studie aus einem urbanen Allgemeinkrankenhaus. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, *84*(6), 354–362. <https://doi.org/10.1055/s-0042-106579>
- Liebherz, S., & Rabung, S. (2013). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *63*(9/10), 355–364.
- Liebherz, S., Schmidt, N., & Rabung, S. (2016). Zusammenhang zwischen Studienqualität und Behandlungsergebnissen in Studien zur Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie – Eine Metaanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *66*(1), 31–38. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1565187>
- Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, *11*(5), 531–545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- McLeod, J. (2016). *Using Research in Counselling and Psychotherapy* (1st ed.). Sage.
- Melchior, H., Schulz, H., Kriston, L., Hergert, A., Hofreuter-Gätgens, K., Bergelt, C., Morfeld, M., Koch, U., & Watzke, B. (2016). Symptom change trajectories during inpatient psychotherapy in routine care and their associations with long-term outcomes. *Psychiatry Research*, *238*, 228–235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.046>
- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, *169*(1), 89–94. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121823>
- Orgler, C. (1990). *Die existenzanalytische Anthropologie als ätiologischer Erklärungsbeitrag für psychopathologische Prozesse. Die Existenz-Skala. Eine Validierungsstudie im Gesundheitsbereich*. [Unveröffentlichte Dissertation Universität Wien].
- Pagano, R. R. (2010). *Understanding statistics in the behavioral sciences* (10th ed.). Thomson

Wadsworth.

- Probst, T., von Heymann, F., Zaudig, M., Konermann, J., Lahmann, C., Loew, T., & Tritt, K. (2009). Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung — Ergebnisse einer multizentrischen Katamnese studie. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, *55*(4), 409–420. <http://www.jstor.org/stable/23872285>
- RStudio Team. (2020). *RStudio: Integrated Development Environment for R*. RStudio, PBC. <http://www.rstudio.com/>
- Schaefer, A., Gieler, U., Kurth, R., Brosig, B., Leweke, F., Milch, W. E., Reimer, C., & Beutel, M. E. (2008). Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*(4), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.06.003>
- Schischkoff, G. (1991). *Philosophisches Wörterbuch* (H. Schmidt (ed.)). Kröner.
- Schnell, T. (2010). Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung. In C. Klein, H. Berth, & F. Balck (Eds.), *Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. (pp. 259–271). Juventa.
- Schnell, T. (2016). Sinn definieren. In T. Schnell (Ed.), *Psychologie des Lebenssinns* (p. 202). Springer.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie*, *22*(4), 374–393.
- Seidenstücker, G., & Baumann, U. (1987). Multimodale Diagnostik als Standard in der Klinischen Psychologie. *Diagnostica*, *33*, 243–258.
- Smith, T. B., Bartz, J., & Scott Richards, P. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, *17*(6), 643–655. <https://doi.org/10.1080/10503300701250347>
- Spitzer, C., Masuhr, O., Jaeger, U., Brünig, S., Dally, A., Fricke-Neef, C., Dinger, U., & Zimmermann, J. (2015). Rolle der Bezugstherapeuten in der stationären Psychotherapie: Klinische Beobachtungsstudie zur Bedeutung für den symptombezogenen Behandlungserfolg. *Psychotherapeut*, *60*(4), 302–309. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0016-9>
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Juergen, S., Wittmann, W., & Nübling, R. (2005). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Meta-Studie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *55*(1), 51.
- Steger, M. F. (2005). *Development and validation of the Meaning in Life Questionnaire: A measure of eudaimonic well-being*. [Dissertation University of Minnesota].

- Steger, M. F., Oishi, S., & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology, 4*(1), 43–52.
<https://doi.org/10.1080/17439760802303127>
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., Norquist, G., Howland, R. H., Lebowitz, B., McGrath, P. J., Shores-Wilson, K., Biggs, M. M., Balasubramani, G. K., & Fava, M. (2006). Evaluation of Outcomes With Citalopram for Depression Using Measurement-Based Care in STAR*D: Implications for Clinical Practice. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 28–40.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.28>
- Utsch, M. (2013). Der Boom des Irrationalen. Psychodynamik alternativer Glücksrezepte. *Materialdienst Der EZW, 76*(6), 203–209.
- Utsch, M. (2018). Begriffsbestimmungen: Religiosität oder Spiritualität? In M. Utsch, R. M. Bonelli, & S. Pfeifer (Eds.), *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen* (pp. 29–40). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-56009-9_3
- Utsch, M. (2020). Psychotherapie zwischen Spiritualisierung und weltanschaulicher Neutralität - Zur Bedeutung der religiös-spirituellen Dimension für Psychiatrie und Psychotherapie. In N. Mönter, A. Heinz, & M. Utsch (Eds.), *Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie* (1st ed., pp. 52–59). Kohlhammer.
- Valdés-Stauber, J., Fuchs, A., Reiner, S., & Bachthaler, S. (2018). Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlung – Ergebnisse einer naturalistischen Zweijahresuntersuchung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 68*(7), 290–299. <https://doi.org/10.1055/s-0043-106735>
- Vitinius, F., Tieden, S., Hellmich, M., Pfaff, H., Albus, C., & Ommen, O. (2018). Perceived Psychotherapist's Empathy and Therapy Motivation as Determinants of Long-Term Therapy Success-Results of a Cohort Study of Short Term Psychodynamic Inpatient Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 660. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00660>
- Wilcox, R. R. (2012). *Introduction to robust estimation and hypothesis testing* (3rd ed.). Academic Press.
- Willutzki, U., & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie* (52nd ed.). Hogrefe.
- Woike, K., Sim, E.-J., Keller, F., Schönfeldt-Lecuona, C., Susic-Vasic, Z., & Kiefer, M. (2019). Common Factors of Psychotherapy in Inpatients With Major Depressive

Disorder: A Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 463.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00463>

- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. (pp. 21–42). The Guilford Press.
- Zwingmann, C., Klein, C., & Höfling, V. (2011). Messung von Religiosität/Spiritualität im Rahmen der Gesundheitsforschung: Ein Überblick über deutschsprachige Fragebogenskalen. In O. Klein, H. Berth, & F. Balck (Eds.), *Gesundheit - Religion - Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (pp. 65–91). Juventa.

Erklärung zur Masterarbeit

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss Artikel 36 Absatz 1 Buchstabe o des Gesetzes vom 5. September 1996 über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Für die Zwecke der Begutachtung und der Überprüfung der Einhaltung der Selbständigkeitserklärung bzw. der Reglemente betreffend Plagiate erteile ich der Universität Bern das Recht, die dazu erforderlichen Personendaten zu bearbeiten und Nutzungshandlungen vorzunehmen, insbesondere die schriftliche Arbeit zu vervielfältigen und dauerhaft in einer Datenbank zu speichern sowie diese zur Überprüfung von Arbeiten Dritter zu verwenden oder hierzu zur Verfügung zu stellen.“

Ort, Datum

Bern, 30.05.2023

Unterschrift

