Naturalistische Studie zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie

Veränderung von Symptomatik, Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung

Joachim Frank · Dorothea Huber

Angenommen: 12. März 2021 / Online publiziert: 15. April 2021
© Der/die Autor(en) 2021

Zusammenfassung Die naturalistische Studie mit 552 Patienten erfasst die Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf Symptombelastung, Mentalisierungsfähigkeit und strukturelle Beeinträchtigung mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (deutsche Übersetzung des Patient Health Questionnaire, PHQ-D), dem Mentalisierungsfragebogen (Mentalization Questionnaire, MZQ) sowie mit der 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). Alle Fragebogen wurden von den Patienten vor und nach der Behandlung ausgefüllt. Im Ergebnis zeigten sich auf allen Skalen hochsignifikante Verbesserungen vom Beginn zum Ende der Therapie. Dabei verbesserten sich Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung („borderline personality disorder“, BPD) am Behandlungsende um das Doppelte, verglichen mit Patienten ohne BPD, bezüglich Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung. Die Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf Symptombelastung, Mentalisierungsfähigkeit und strukturelle Beeinträchtigung konnte eindrücklich gezeigt werden. Die Effektstärken liegen im Bereich ähnlicher Untersuchungen. Zwischen Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung wurden starke Zusammenhänge gefunden. Ebenso hängen die Veränderungen im MZQ und IPO-16 mit den Symptomveränderungen zusammen. Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Relevanz stationärer psychodynamischer Therapie.

Im Folgenden wird die männliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

J. Frank, M.A. · Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. D. Huber (✉)
Stromstr. 3b, International Psychoanalytic University Berlin, IPU, 10555 Berlin, Deutschland
E-Mail: dorothea.huber@ipu-berlin.de

Naturalistic study on the effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy

Change of symptoms, mentalization capabilities and structural impairment

Abstract This naturalistic study with 552 patients investigated the effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy on symptom burden, mentalization capabilities and structural impairment using the German translation of the patient health questionnaire (PHQ-D), the mentalization questionnaire (MZQ) and the 16-item version of the inventory of personality organization (IPO-16). All questionnaires were completed by patients before and after treatment. The results showed that patients significantly improved on all scales from the beginning to the end of therapy. Patients with borderline personality disorder (BPD) improved twice as much as patients without BPD with respect to mentalization capabilities and structural impairment. The efficacy of inpatient psychodynamic psychotherapy on symptom load, mentalization capabilities and structural impairment could be impressively confirmed. The effect sizes were similar compared to other studies. Strong correlations were found between impairment of mentalization capabilities and structural impairment. Likewise, improvements in MZQ and IPO-16 correlated with symptom reduction. The treatment outcome in this study confirms the relevance of inpatient psychodynamic psychotherapy.

Einleitung

Die Relevanz stationärer Psychotherapie für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist seit Jahren unverändert hoch. Nicht zuletzt sind psychische Störungen auch volkswirtschaftlich ein Faktor mit zunehmendem Gewicht. Bei deutlich gesunkener Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Gesamtdurchschnitt verdoppelte sich seit dem Jahr 2000 der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen. Inzwischen stehen psychische und Verhaltensstörungen nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes an zweiter Stelle sowohl bei der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage als auch beim Ausfall an Bruttowertschöpfung (107 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage bei 21,7 Mrd. Euro Ausfall an Bruttowertschöpfung im Jahr 2017, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [2019](#)).

Im Gegensatz zur ambulanten Psychotherapie ist in der stationären Psychotherapie eine intensive Kombination verschiedener therapeutischer Angebote möglich, zusammen mit einem Milieu, das einen schützenden und strukturgebenden Rahmen aufweist. Damit lassen sich in der Regel schnellere Fortschritte erzielen als bei einem ambulanten Vorgehen. Der stationäre Ansatz mit seiner Multipersonalität, Multiprofessionalität, Multimodalität und Methodenintegration ist für strukturell gestörte Patienten sinnvoll, da er unter anderem dazu beitragen kann, gespaltene Selbst- und Objektrepräsentanzen zu integrieren. Das bedeutet, dass die Behandlung nicht nur auf die Bewusstwerdung konflikthafter Erlebens, sondern insbesondere auch auf die Verbesserung von Mentalisierungs- und strukturellen Fähigkeiten abzielt. Die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie auf die Symptombelastung ist gut belegt. Studien an psychosomatischen Kliniken zeigen wiederholt hohe Effektstärken

in der Verbesserung depressiver Symptomatik, somatischer Symptomatik und Angst-Symptomatik (einen metaanalytischen Überblick geben Liebherz und Rabung 2013; spätere, dort nicht erfasste Studien sind beispielsweise die von Franz et al. 2014, 2015; Huber et al. 2009; Herrmann und Huber 2013).

Mentalisierungsfähigkeit

Mentalisieren bedeutet, mentale Zustände in sich selbst und anderen wahrzunehmen und implizit oder explizit anzuerkennen, dass diese mentalen Zustände die Realität unter einem Blickwinkel von zahlreichen möglichen repräsentieren (Allen et al. 2016). Erworben wird die Fähigkeit zu mentalisieren in der Kindheit. Die auch als *Reflexionsfunktion* bezeichnete Mentalisierungsfähigkeit hat eine intra- und auch eine interpersonale Komponente. Beide zusammen vermitteln im Idealfall die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität, zwischen kognitiven und emotionalen Prozessen sowie zwischen intrapersonaler und interpersonaler Kommunikation zu unterscheiden. Das Verhalten des anderen erhält damit Bedeutung und wird vorhersehbar.

Auch für die Entwicklung einer erfolgreichen Affektregulierung ist das Mentalisieren unverzichtbar. Fonagy (2009) zählt Störungen der Mentalisierungsfähigkeit zu den wesentlichen Mechanismen, die zur Entstehung sowie zur Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen beitragen. Er sieht die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit als ein schulenübergreifendes, die Symptomreduzierung überschreitendes und damit strukturveränderndes Behandlungsziel in der Psychotherapie.

Strukturelle Beeinträchtigung

Das Konzept der Persönlichkeitsstruktur ist in der psychodynamischen Theorie und Praxis von zentraler Bedeutung. Im psychologischen Sinne bezeichnet Struktur das „ganzheitliche Gefüge von psychischen Positionen“ (Arbeitskreis OPD 2014, S. 114). Sie zeigt lebenslang Entwicklungsprozesse, ist aber im Allgemeinen recht stabil.

Eine der einflussreichsten Theorien zur Persönlichkeitsorganisation und zur strukturellen Beeinträchtigung stammt von Kernberg (1985). Er greift auf die psychoanalytische Ich-Psychologie sowie auf die Objektbeziehungstheorie zurück und versteht die Persönlichkeitsorganisation als relativ zeitstabiles psychisches Funktionsniveau und Organisationsprinzip. Nach Kernberg kann die Struktur oder Persönlichkeitsorganisation vor allem in drei Funktionsbereichen qualitativ und quantitativ beschrieben werden: 1. im Vorhandensein einer stabilen Identität oder dem Mangel daran (Identitätsdiffusion), das heißt, wie weit eine Person über stabile und differenzierte Bilder von sich und anderen verfügt, 2. im Vorherrschen von eher reiferen oder primitiveren Abwehrmechanismen, das heißt, inwieweit eine Person innere und äußere Bedrohungen angemessen verarbeiten kann, 3. in der Realitätsprüfung, definiert durch die Fähigkeit, innere und äußere Wahrnehmungen und Reize zu unterscheiden, sowie durch die Fähigkeit, eigene Affekte und eigenes Verhalten im Hinblick auf soziale Normen realistisch einzuschätzen. Kernberg unterscheidet zwischen einer normalen, einer neurotischen, einer Borderline- und einer psychotischen Persönlich-

keitsorganisation. Die Einteilung ist in etwa vergleichbar mit der OPD-2-Einteilung in gutes, mäßiges, geringes und desintegriertes Strukturniveau.

Die diagnostische Erfassung der psychischen Struktur oder der strukturellen Beeinträchtigung erfolgt im klinischen Bereich in der Regel mit strukturierten Interviews. Beispiele hierfür sind die Strukturachse des OPD-Interviews (Arbeitskreis OPD 2014) und das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO; Clarkin et al. 2004). Als weiteres, auf psychoanalytischer Theorie basierendes Fremdeinschätzungsinstrument zur Erfassung struktureller Veränderungen entwickelte eine Forschergruppe um Wallerstein die „Scales of Psychological Capacities (SPC)“ (DeWitt et al. 1991). Die *Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK)* wurden von Huber et al. (2006) ins Deutsche übertragen und psychometrisch überprüft. Sie stehen als reliables, valides und vor allem änderungssensitives Messinstrument zur Verfügung. Inzwischen sind auch Selbsteinschätzungsinstrumente zur Erfassung struktureller Beeinträchtigung verfügbar, beispielsweise der OPD-Strukturfragebogen (Ehrenthal et al. 2012) oder das Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO, Clarkin et al. 1998). Diese sind effizienter und praxistauglicher als strukturierte Interviews und daher auch für Studien mit einer höheren Zahl von Teilnehmern praktikabel. Mögliche Nachteile sind unter anderem sozial erwünschtes Antwortverhalten oder mangelnde Motivation beim Ausfüllen der Fragebogen (siehe auch Diskussion).

Psychische Störungen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, gehen verschiedenen Studien zufolge sowohl mit einer Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit als auch der Struktur oder Persönlichkeitsorganisation einher. So fanden Hörz et al. (2010) einen Zusammenhang zwischen der klinischen Schwere und der Beeinträchtigung des Strukturniveaus der Persönlichkeitsorganisation, gemessen mit dem STIPO. Dabei wiesen Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (beispielsweise die emotional instabile Persönlichkeitsstörung) besonders hohe Zusammenhänge mit Identitätsdiffusion, primitiven Abwehrmechanismen, Aggression und brüchigen Wertvorstellungen auf und korrelierten am höchsten mit einem schlechteren Gesamtstrukturniveau. Albrecht et al. (2015) fanden einen mittleren Zusammenhang zwischen subjektiver Schmerzwahrnehmung und dem Strukturniveau nach OPD. Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen subjektiver Schmerzwahrnehmung und Persönlichkeitsstörungen wiesen Patienten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung einen starken Zusammenhang mit einer hohen Belastung hinsichtlich der subjektiven Schmerzwahrnehmung auf. Koelen et al. (2012) fanden in einer Metaanalyse von 18 Studien über Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Grad der strukturellen Beeinträchtigung vor der Behandlung und dem Therapieerfolg. Gemessen mit den SPK fanden Huber und Klug (2006) deutliche Unterschiede in der psychischen Struktur beziehungsweise der strukturellen Beeinträchtigung zwischen Borderline-Patienten, depressiven Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe, wobei Borderline-Patienten mit Abstand am stärksten beeinträchtigt waren.

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Studien, die im Rahmen stationärer Psychotherapie neben der Veränderung der Symptomatik sowohl die Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit als auch die der strukturellen Beeinträchtigung untersucht haben. Ein Beispiel ist die Studie von Fischer-Kern et al. (2010), die die

Beziehung zwischen der Persönlichkeitsorganisation, gemessen mit dem STIPO, Mentalisierung, gemessen mithilfe des „reflective functioning“ (RF; Fischer-Kern & Fonagy 2012), und der Zahl der Komorbiditäten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung untersuchten. Sie fanden einen starken Zusammenhang zwischen struktureller Beeinträchtigung und eingeschränkter Mentalisierungsfähigkeit.

Ziel der Studie

In der naturalistischen Studie sollte zunächst untersucht werden, ob sich die Ergebnisse bezüglich der Verbesserung von depressiver, somatischer und Angst-Symptomatik aus früheren Untersuchungen in derselben Klinik mit neuen Messinstrumenten bestätigen lassen.

Der Schwerpunkt der Studie lag jedoch darin, über therapiespezifische Erfolge im relativ kurzen Zeitraum eines stationären Aufenthaltes Aussagen machen zu können. Es sollte untersucht werden, wie sich Mentalisierungsfähigkeit und strukturelle Beeinträchtigung im Verlauf einer stationären psychodynamischen Therapie verändern.

Weiterhin sollten die Resultate von Fischer-Kern et al. (2010) zum starken Zusammenhang zwischen struktureller Beeinträchtigung und der Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit mit einer relativ großen Stichprobe geprüft werden.

Da der Schwerpunkt der Studie auf der Untersuchung der Verbesserung von Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung lag, sollte auch untersucht werden, ob die diesbezüglich besonders schwer beeinträchtigte Subgruppe der Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (BPD) in Bezug auf Mentalisierungsfähigkeit und strukturelle Beeinträchtigung möglicherweise besonders von der Behandlung profitiert.

Methode

Stichprobe

In die Studie flossen die Daten von zunächst 898 Patienten ein, die sich zwischen März 2013 und März 2016 in stationärer oder teilstationärer Behandlung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der München Klinik Harlaching befanden. Alle Patienten hatten ihre schriftliche Einwilligung zur Verwendung der Daten in anonymisierter Form gegeben („informed consent“). Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Stichprobe waren eine mindestens zweiwöchige stationäre Behandlung sowie das Ausfüllen aller Fragebogen zu beiden Messzeitpunkten. Diesen Einschlusskriterien für die Stichprobe entsprachen knapp zwei Drittel der Patienten ($n = 552$, 61,5 %). Die 346 nicht in die Stichprobe eingeschlossenen Patienten unterschieden sich in den soziodemografischen Kriterien nicht von den eingeschlossenen Patienten; bezüglich der Diagnosegruppen waren Patienten mit der Diagnose Belastungsstörung in den ausgeschlossenen fast doppelt so oft vertreten (13,6 % gegenüber 7,4 % in der Untersuchungsgruppe, χ^2 nach Pearson, $p = 0,003$). Patienten,

Tab. 1 Stichprobe ($n = 552$) – soziodemografische Daten

Merkmale		Patienten	
		Anzahl (n)	Anteil (%)
Geschlecht	Männlich	145	26,3
	Weiblich	407	73,7
Mittleres Alter bei Aufnahme (Jahre)	38,1 (Spannweite 18–73, $SD \pm 12,7$)		
Familienstand	Ledig	346	62,7
	Verheiratet, eingetragene Partnerschaft	128	23,2
	Geschieden, getrennt lebend, verwitwet	78	14,1
Partnersituation	Kein fester Partner	258	46,7
	Fester Partner, getrennt lebend	92	16,7
	Fester Partner, zusammen lebend	189	34,2
	Keine Angabe	13	2,4
Kinder vorhanden	Ja	168	30,4
	Nein	384	69,6
Berufsabschluss	In Berufsausbildung	34	6,3
	Abgeschlossene Lehre	189	34,2
	Meister/Fachschule	56	10,1
	Fachhochschule/Universität	175	31,7
	Ohne Berufsabschluss	58	10,5
	Sonstiges/keine Angabe	40	7,2

Tab. 2 Stichprobe ($n = 552$) – krankheitsbezogene Daten

Merkmale		Patienten	
		Anzahl (n)	Anteil (%)
Mittlere Behandlungsdauer (Wochen)	9 (Spannweite 2–18, $SD \pm 2,6$)		
Hauptdiagnose	Depressive Störung	428	77,5
	Essstörung	51	9,2
	Angststörung	47	8,5
	Somatoforme Störung	19	3,4
	Sonstige	7	1,3
Komorbiditäten (Teilweise mehrfach pro Patient)	Depressive Störung	75	13,6
	Essstörung	59	10,7
	Angststörung	121	21,9
	Somatoforme Störung	118	24,8
	Traumafolgestörung	41	7,4
	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	31	5,6
	Andere Persönlichkeitsstörungen	102	18,5

deren Behandlung auf eigene Entscheidung oder Entscheidung der Klinik vorzeitig beendet wurde, waren in den ausgeschlossenen deutlich häufiger vertreten (63,7 % gegenüber 11,5 % in der Untersuchungsgruppe, χ^2 nach Pearson, $p < 0,001$). Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung führte meist dazu, dass die betreffenden Patienten die Fragebogen nach der Behandlung nicht ausgefüllt hatten und somit ausgeschlossen werden mussten.

Das durchschnittliche Alter der Patienten in der Stichprobe betrug 38 Jahre, ungefähr drei Viertel waren weiblich (ausführliche soziodemografische Beschreibung der Stichprobe: Tab. 1). Als Hauptdiagnose hatten gut drei Viertel der Patienten eine depressive Störung. Ungefähr ein Fünftel der Patienten (21,9 %) hatte nur eine einzige F-Diagnose in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausg. (ICD-10), alle anderen (78,1 %) hatten zwei oder mehr F-Diagnosen (Verteilung der Diagnosen und anderer krankheitsbezogener Daten der Stichprobe: Tab. 2).

Behandlungssetting

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der München Klinik Harlaching gliedert sich in drei Stationen mit je 18 Betten (vollstationär) sowie eine tagesklinische Station, jeweils mit einem Behandlerteam, bestehend aus einem Oberarzt, aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Kunst- und konzentrativen Bewegungstherapeuten, einem Sozialpädagogen sowie aus dem Pflegepersonal. Das Therapieangebot ist psychodynamisch/psychoanalytisch orientiert. Es umfasst Einzel- und Gruppentherapie, konzentrierte Bewegungstherapie (einzeln und in Gruppe), Kunsttherapie (einzeln und in Gruppe), Schreibtherapie, soziales Kompetenztraining, verhaltenstherapeutische Techniken (Angstexposition, Fertigkeiten-Training), progressive Muskelrelaxation, Sport und Kreativangebot, Stationsgruppe, Sozialarbeit und Bezugspflege. Bei entsprechender Indikation wird unter ärztlicher Betreuung unterstützend eine medikamentöse Therapie eingesetzt.

Es gibt ein tagesklinisches Setting mit einem Schwerpunkt für berufsbezogene Störungen sowie stations- und störungsspezifische Settings für Patienten mit Essstörungen, Traumafolge- und Borderlinestörungen. Das sog. Integrations-Setting für Borderline-Patienten zeichnet sich unter anderem durch initiale Vereinbarung von Rahmensetzungen, durch eine vorher vereinbarte feste Aufenthaltsdauer von 6 oder 12 Wochen (um regressive Entwicklungen besonders gegen Ende der Therapie weitgehend zu vermeiden) und durch geschlossene Gruppen aus. Insbesondere in der geschlossenen Gruppe werden durch die Patienten Themen eingebracht, die sehr durch die Interaktionen auf der Station beeinflusst sind; hier wird unter anderem maßgeblich an Mentalisierungsthemen gearbeitet (ausführliche Beschreibung des stationären Behandlungssettings: Huber und von Rad 2011; Beschreibung des tagesklinischen Settings: Huber und Juen 2013).

Messinstrumente

In die Studie gingen Daten der Basisdokumentation (Psy-BaDo; Heuft und Senf 1998) sowie dreier Subskalen der deutschen Version des Gesundheitsfragebogens

für Patienten (Patient Health Questionnaire PHQ-D; Löwe et al. 2002) ein, außerdem Daten aus dem Mentalisierungsfragebogen (Mentalization Questionnaire, MZQ; Hausberg et al. 2012) sowie aus der 16-Item-Version des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation (IPO-16; Zimmermann et al. 2013, 2015).

Die Psy-BaDo wurde für die Erhebung der soziodemografischen Daten der Patienten sowie der Angaben über psychiatrische oder psychosomatische Klinikaufenthalte oder ambulante Psychotherapien in der Vorgeschichte von den Patienten ausgefüllt.

Der *Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D* ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zum Screening der häufigsten psychischen Störungen von Erwachsenen. Das Instrument weist unter anderem Skalen für depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch auf. Die in der vorliegenden Untersuchung verwendeten drei Subskalen des Gesundheitsfragebogens für Patienten in der deutschsprachigen Ausgabe PHQ-D (PHQ9 für depressive Symptomschwere, PHQ15 für somatische Symptomschwere, General Anxiety Disorder-7 [GAD7] für Angst-Symptomschwere) erfassen die diagnostischen Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Ausg. (DSM-IV; American Psychiatric Association 2000).

Der eingesetzte *Mentalisierungsfragebogen MZQ* ist ein Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung der Mentalisierungsfähigkeit bei Patienten mit psychischen Störungen. Er besteht aus 15 Items, die sowohl in einem Gesamtscore als auch in vier Subskalen ausgewertet werden können. Die Subskalen sollen mit jeweils vier Items Werte in *Ablehnen von Reflexivität*, *eingeschränkter Affektwahrnehmung*, *Bevorzugen des Äquivalenzmodus* sowie mit drei Items die Fähigkeit zur *Affektregulation* messen. Der Fragebogen verfügt über zufriedenstellende interne Konsistenzen und Retest-Reliabilitäten; auch die konvergente Validität ist zufriedenstellend, bei heterogenen Ergebnissen zur diskriminanten Validität.

Das *Inventar zur Persönlichkeitsorganisation* in der deutschen 16-Item-Version *IPO-16* ist eine Kurzfassung des international verbreiteten Inventars zur Persönlichkeitsorganisation IPO nach Kernberg (Dammann et al. 2012). Der Fragebogen erfasst den Schweregrad der strukturellen Beeinträchtigung in den drei Bereichen *Identitätsdiffusion*, *Reife der Abwehrmechanismen* und *Realitätsprüfung*. Er wurde im Rahmen einer repräsentativen Umfrage in der deutschen Allgemeinbevölkerung normiert und in drei klinischen Stichproben mit insgesamt 1300 Personen validiert. Der Fragebogen weist eine hohe Überlappung zur IPO-Vollversion auf, verfügt in der Selbsteinschätzungsform über konvergente und diskriminante Validität und sagt den Schweregrad der Persönlichkeitsstörung aus Expertensicht unabhängig vom aktuellen Leidensdruck voraus (Zimmermann et al. 2013).

Die Diagnosen der untersuchten Patienten wurden etwa zwei Wochen vor Behandlungsbeginn in einem präklinischen Interview durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie gestellt sowie am Ende der Behandlung überprüft. Die Patienten füllten die Fragebogen vor dem präklinischen Interview (Messzeitpunkt prä) und am Ende ihrer stationären Behandlung (Messzeitpunkt post) aus.

Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mittels SPSS, Version 23.0. Vor der Analyse wurden die fehlenden Items ersetzt (zugelassen war maximal ein fehlendes Item pro Patient in den Fragebogen MZQ oder IPO-16). Dies geschah bei den beiden Fragebogen MZQ und IPO-16 jeweils mit dem Mittelwert der übrigen Items aus der jeweiligen Fragebogensubskala. Dadurch sollte eine Regression zur Mitte minimiert werden.

Als Erfolgsindikatoren dienten die Prä-post-Mittelwertsunterschiede aus den Fragebogen MZQ und IPO-16 sowie die Prä-post-Differenzen der Summenscores der PHQ-D-Subskalen PHQ9 (Depression), PHQ15 (Somatisierung) und GAD7 (Angst).

Die Fragebogen MZQ und IPO-16 messen die Beeinträchtigung mittels fünfstufiger Likert-Skala (1 $\hat{=}$ geringste Beeinträchtigung, 5 $\hat{=}$ größte Beeinträchtigung). Da in den drei PHQ-D-Subskalen jeweils Summenscores mit unterschiedlichen Maximalwerten gebildet werden, wurden die Summen in allen Skalen jeweils auf einen Maximalwert von 5 standardisiert. Dadurch war bei allen fünf Messinstrumenten der Maximalwert 5. Dies ermöglicht einen direkteren Vergleich und eine intuitivere Interpretation der Mittelwerte. Die Effektstärken werden dadurch nicht beeinflusst. In allen Messinstrumenten zeigen hohe Werte eine starke Beeinträchtigung beziehungsweise hohe Symptombelastung an.

Für alle Skalen wurde die interne Konsistenz mithilfe von Cronbachs α berechnet. Für die Gesamtskalen der Fragebogen MZQ (Mentalisierung) und IPO-16 (strukturelle Beeinträchtigung) sowie die PHQ-D-Subskala GAD7 (Angst) betrug die interne Konsistenz zwischen $\alpha = 0,80$ und $\alpha = 0,90$ und ist damit als gut einzustufen (Döring und Bortz 2016). Bei den beiden PHQ-D-Subskalen PHQ9 (Depression) und PHQ15 (Somatisierung) war Cronbachs α nur knapp unter 0,80 und ist als akzeptabel bis gut einzustufen. Mit Werten zwischen $\alpha = 0,67$ und $\alpha = 0,77$ war die interne Konsistenz bei den MZQ- sowie den IPO-16-Subskalen geringer; sie ist aber trotzdem noch als akzeptabel einzustufen. Nur in der MZQ-Subskala *eingeschränkte Affektregulation* war die interne Konsistenz mit $\alpha = 0,58$ gering; dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Die Berechnung der Mittelwertsunterschiede erfolgte mittels T-Tests für verbundene Stichproben. Aus den Mittelwertunterschieden wurden Effektstärken (ES) nach Cohen (1988; Mittelwertdifferenzen dividiert durch die gepoolte Standardabweichung) berechnet. Die Mittelwertunterschiede zwischen den Messzeitpunkten dienten als Maß für den Therapieerfolg.

Ergebnisse

Symptomatik

In allen untersuchten PHQ-D-Symptomskalen war ein Therapieerfolg hochsignifikant feststellbar. Die Effektstärken der durchschnittlichen Verbesserungen sind je nach Konstrukt als mittel bis hoch einzustufen. Die Verbesserung der Mittelwerte und die Effektstärke illustriert Tab. 3.

Tab. 3 Verbesserung der Symptomatik ($n = 552$)

Kriterium (Messinstrument)	Mittelwerte ($\pm$ Standardabweichungen)		ES Prä-post	Sign. (2-seitig)
	Prä	Post		
Depressive Symptomatik (PHQ9)	3,16 ($\pm$ 1,02)	1,66 ($\pm$ 0,95)	1,51	<0,001
Angst-Symptomatik (GAD7)	3,10 ($\pm$ 1,11)	1,83 ($\pm$ 1,06)	1,16	<0,001
Somatische Symptomatik (PHQ15)	2,26 ($\pm$ 0,89)	1,65 ($\pm$ 0,84)	0,70	<0,001

ES Effektstärken (Cohens d), GAD General Anxiety Disorder, PHQ Patient Health Questionnaire, post Messzeitpunkt zum Ende der Behandlung, prä Messzeitpunkt vor Diagnosestellung

Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit

Die mit dem Fragebogen MZQ gemessene Verbesserung basaler Mentalisierungsfähigkeit wurde in der Gesamtskala sowie in den Subskalen *Ablehnen von Reflexivität*, *eingeschränkte Affektwahrnehmung* und *eingeschränkte Affektregulation* mit einer deutlichen Effektstärke festgestellt. In der Subskala *Bevorzugen des Äquivalenzmodus* war die Effektstärke bei Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung besonders hoch. Die Tab. 4 und 5 stellen die Mittelwerte und die Effektstärken dar.

Tab. 4 Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit bei Patienten ohne emotional instabile Persönlichkeitsstörung ($n = 521$)

Kriterium (MZQ)	Mittelwerte ($\pm$ Standardabweichungen)		ES Prä-post	Sign. (2-seitig)
	Prä	Post		
Beeinträchtigung, MZQ, gesamt	3,02 ($\pm$ 0,73)	2,73 ($\pm$ 0,68)	0,41	<0,001
Ablehnen von Reflexivität	2,63 ($\pm$ 0,92)	2,29 ($\pm$ 0,79)	0,40	<0,001
Eingeschränkte Affektwahrnehmung	3,17 ($\pm$ 0,97)	3,05 ($\pm$ 0,92)	0,13	0,004
Bevorzugen des Äquivalenzmodus	3,24 ($\pm$ 0,89)	2,92 ($\pm$ 0,86)	0,36	<0,001
Eingeschränkte Affektregulation	3,02 ($\pm$ 0,87)	2,63 ($\pm$ 0,79)	0,47	<0,001

ES Effektstärken (Cohens d), MZQ Mentalization Questionnaire, prä Messzeitpunkt vor Diagnosestellung, post Messzeitpunkt zum Ende der Behandlung

Tab. 5 Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit bei Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung ($n = 31$)

Kriterium (MZQ)	Mittelwerte ($\pm$ Standardabweichungen)		ES Prä-post	Sign. (2-seitig)
	Prä	Post		
Beeinträchtigung MZQ gesamt	3,49 ($\pm$ 0,61)	2,97 ($\pm$ 0,66)	0,82	<0,001
Ablehnen von Reflexivität	3,02 ($\pm$ 0,86)	2,53 ($\pm$ 0,73)	0,61	0,004
Eingeschränkte Affektwahrnehmung	3,41 ($\pm$ 0,89)	3,12 ($\pm$ 0,92)	0,32	0,094
Bevorzugen des Äquivalenzmodus	3,81 ($\pm$ 0,83)	3,08 ($\pm$ 0,82)	0,89	<0,001
Eingeschränkte Affektregulation	3,80 ($\pm$ 0,82)	3,22 ($\pm$ 0,80)	0,72	0,002

ES Effektstärken (Cohens d), MZQ Mentalization Questionnaire, prä Messzeitpunkt vor Diagnosestellung, post Messzeitpunkt zum Ende der Behandlung

Strukturelle Beeinträchtigung

Die mit dem Fragebogen IPO-16 gemessene Verbesserung struktureller Beeinträchtigung wurde in der Gesamtskala sowie in den Subskalen *Identitätsdiffusion*, *primitive Abwehr* und *mangelnde Realitätsprüfung* festgestellt. Die Tab. 6 und 7 stellen die Mittelwerte und die Effektstärken dar; die Gruppenmittelwerte bei Patienten mit und ohne BPD im Vergleich zeigt Tab. 8.

Die Prüfung der Gruppenunterschiede auf statistische Signifikanz zwischen den Messzeitpunkten prä und post in MZQ und IPO-16 ist in Tab. 8 dargestellt.

Tab. 6 Verbesserung struktureller Beeinträchtigung bei Patienten ohne emotional instabile Persönlichkeitsstörung ($n = 521$)

Kriterium (IPO-16)	Mittelwerte ($\pm$ Standardabweichungen)		ES Prä-post	Sign. (2-seitig)
	Prä	Post		
Beeinträchtigung, IPO-16, gesamt	2,35 ($\pm 0,59$)	2,21 ($\pm 0,56$)	0,24	<0,001
Identitätsdiffusion	2,80 ($\pm 0,72$)	2,63 ($\pm 0,68$)	0,24	<0,001
Primitive Abwehr	2,31 ($\pm 0,75$)	2,16 ($\pm 0,68$)	0,20	<0,001
Mangelnde Realitätsprüfung	1,84 ($\pm 0,69$)	1,76 ($\pm 0,61$)	0,13	0,001

ES Effektstärken (Cohens d), IPO Inventar der Persönlichkeitsorganisation, prä Messzeitpunkt vor Diagnosestellung, post Messzeitpunkt zum Ende der Behandlung

Tab. 7 Verbesserung struktureller Beeinträchtigung bei Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung ($n = 31$)

Kriterium (IPO-16)	Mittelwerte ($\pm$ Standardabweichungen)		ES Prä-post	Sign. (2-seitig)
	Prä	Post		
Beeinträchtigung, IPO-16, gesamt	2,88 ($\pm 0,62$)	2,61 ($\pm 0,53$)	0,47	0,013
Identitätsdiffusion	2,98 ($\pm 0,61$)	2,79 ($\pm 0,72$)	0,28	0,090
Primitive Abwehr	3,28 ($\pm 0,85$)	2,89 ($\pm 0,77$)	0,47	0,005
Mangelnde Realitätsprüfung	2,37 ($\pm 0,88$)	2,12 ($\pm 0,55$)	0,34	0,075

ES Effektstärken (Cohens d), IPO Inventar der Persönlichkeitsorganisation, prä Messzeitpunkt vor Diagnosestellung, post Messzeitpunkt zum Ende der Behandlung

Tab. 8 Gruppenvergleiche der Mentalisierungsbeeinträchtigung und strukturellen Beeinträchtigung zwischen Patienten mit und ohne BPD

Kriterium	Mittelwerte ($\pm$ Standardabweichungen)		Diff	Sign. (2-seitig)
	BPD-Pat. (<i>n</i> = 31)	Nicht-BPD-Pat. (<i>n</i> = 521)		
MZQ				
Beeinträchtigung, prä	3,49 ($\pm$ 0,61)	3,02 ($\pm$ 0,73)	0,47	<0,001
Beeinträchtigung, post	2,97 ($\pm$ 0,66)	2,73 ($\pm$ 0,68)	0,24	0,053
IPO-16				
Beeinträchtigung, prä	2,88 ($\pm$ 0,62)	2,35 ($\pm$ 0,59)	0,53	<0,001
Beeinträchtigung, post	2,61 ($\pm$ 0,53)	2,21 ($\pm$ 0,56)	0,40	<0,001

BPD „borderline personality disorder“, MZQ Mentalization Questionnaire, IPO Inventar der Persönlichkeitsorganisation, prä Messzeitpunkt vor Diagnosestellung, post Messzeitpunkt zum Ende der Behandlung

Zusammenhänge

Eine bivariate Zusammenhangsanalyse der gemessenen Symptombelastung, der Mentalisierungsfähigkeit und der strukturellen Beeinträchtigung ergab teilweise hohe Korrelationen vor und auch nach der Behandlung. Die Korrelationen zum Messzeitpunkt prä sind in Tab. 9 dargestellt; die Zusammenhänge der Mittelwertdifferenzen zwischen den Messzeitpunkten prä und post sind Tab. 10 zu entnehmen.

Diskussion

Ziele der Studie

In dieser naturalistischen Studie sollte die Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf die Symptombelastung im Sinne einer Replizierung früherer Ergebnisse anhand einer anderen Stichprobe und mit neuen Messinstrumenten untersucht werden. Das Hauptziel und aktuelle Ziel der Studie war allerdings die Untersuchung der Veränderung von Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung im relativ kurzen Zeitraum einer stationären Psychotherapie.

Tab. 9 Zusammenhänge zum Messzeitpunkt prä ($n = 552$)

Kriterium (Messinstrument)	Strukturelle Beeinträchtigung IPO-16	Depressive Symptomatik PHQ9	Somatische Symptomatik PHQ15	Angst- Symptomatik GAD7
Beeinträchtigung, MZQ	0,689*	0,404*	0,265*	0,338*
Beeinträchtigung, IPO-16	–	0,411*	0,251*	0,376*
Depressive Symptomatik, PHQ9	–	–	0,435*	0,589*
Somatische Symptomatik, PHQ15	–	–	–	0,429*

GAD General Anxiety Disorder, *IPO* Inventar der Persönlichkeitsorganisation, *MZQ* Mentalization Questionnaire, *PHQ* Patient Health Questionnaire

*Die Korrelation ist auf dem 0,01-Niveau signifikant (zweiseitig)

Tab. 10 Zusammenhänge beim Behandlungserfolg (Mittelwertdifferenzen zwischen den Messzeitpunkten post und prä, $n = 552$)

Kriterium (Messinstrument)	Strukturelle Beeinträchtigung IPO-16	Depressive Symptomatik PHQ9	Somatische Symptomatik PHQ15	Angst- Symptomatik GAD7
Beeinträchtigung, MZQ	0,544*	0,465*	0,275*	0,393*
Beeinträchtigung, IPO-16	–	0,360*	0,259*	0,343*
Depressive Symptomatik, PHQ9	–	–	0,506*	0,659*
Somatische Symptomatik, PHQ15	–	–	–	0,433*

GAD General Anxiety Disorder, *IPO* Inventar der Persönlichkeitsorganisation, *MZQ* Mentalization Questionnaire, *PHQ* Patient Health Questionnaire

*Die Korrelation ist auf dem 0,01-Niveau signifikant (zweiseitig)

Interpretation der Ergebnisse und Literaturvergleich

Die Ergebnisse zeigen erneut die gute Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf die Verbesserung der depressiven, somatischen und Angst-Symptomatik. Die Effektstärken waren sogar noch höher als in früheren Studien in derselben Einrichtung (Fizke et al. 2017; Herrmann und Huber 2013; Huber et al. 2009). Dies könnte einerseits an der Weiterentwicklung und Verbesserung der Behandlungstechnik liegen, andererseits wurde hier erstmals der PHQ statt der SCL-90-R zur Erfassung der psychischen Symptomatik verwendet. Auch die in einer umfangreichen Metaanalyse von Liebherz und Rabung (2013) eingeschlossenen Studien hatten zumeist die SCL-90-R zur Messung der Symptomatik verwendet. Bezüglich der Therapieerfolge bei Depression und Angst sind die Veränderungswerte in der vorliegenden Studie, auch verglichen mit dieser Metaanalyse, höher. Allerdings hatten Liebherz und Rabung (2013) die verschiedenen psychischen Symptomatiken (unter anderem Depressivität, Angst) unter einer Outcome-Variablen „psychische Symptomatik“ zusammengefasst; daher sind die Ergebnisse nicht unmittelbar vergleichbar. Bezüglich der somatischen Symptomatik hatten Liebherz und Rabung (2013) eine Outcome-Variable „körperlicher Bereich“ gebildet, mit der die hier verwendete PHQ-D-Subskala PHQ15 direkter vergleichbar sein dürfte. Entsprechend liegen die in der vorliegenden Studie ermittelten Effektstärken bezüglich Veränderung der somatischen Symptomatik im Bereich der von Liebherz und Rabung (2013) gemessenen Effektstärken. Dies weist auch auf die Vergleichbarkeit der PHQ-D-Subskala für somatische Symptomatik mit den entsprechenden Skalen der SCL-90-R hin, die bei Huber et al. (2009), Herrmann und Huber (2013), Beutel et al. (2014) und auch in den von Liebherz und Rabung (2013) eingeschlossenen Studien zur Messung der somatischen Symptomatik verwendet worden war.

Die deutlichsten Ergebnisse ergaben sich bei der Verbesserung der depressiven Symptomatik. Da es sich bei der Depression häufig um eine rezidivierende Störung handelt, ist nicht auszuschließen, dass die gefundene Besserung mit dem natürlichen Verlauf der Depression kollidiert, dass der Post-Messzeitpunkt also möglicherweise bereits im störungsfreien Intervall liegen könnte und sich daraus die besonders guten Ergebnisse erklären. Dies kann sich letzten Endes erst nach einer Katamnesestudie, die den natürlichen Verlauf der Depression berücksichtigt, das heißt, den Zeitraum des freien Intervalls überschreitet, zeigen. Ein weiterer Grund für die guten Ergebnisse könnte darin liegen, dass das stationäre Setting besonders bei depressiven Patienten wirksam ist, die mit der Aktivierung durch vielfältige Beziehungen und durch das Getragen- und Verstandenwerden – nicht zuletzt auch durch ihre Mitpatienten – ihre Beziehungsbedürfnisse stillen und Hoffnung schöpfen können.

Nach Bolm (2010) sollte die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit Aufgabe fast jeder Therapiemethode sein. So geht es auch in der stationären psychodynamischen Psychotherapie darum, die Mentalisierungsfähigkeit der Patienten zu verbessern. Das Beziehungsangebot in der therapeutischen Beziehung aktiviert das Bindungssystem der Patienten. Dies wird noch unterstützt durch das intensive soziale Milieu einer stationären Gemeinschaft mit vielen anderen Beziehungen (Mitpatienten, Pflegepersonal). In der Einzel- und Gruppentherapie können die vielfältigen Beziehungen im Hier und Jetzt bearbeitet und reflektiert werden. Dies sollte sich auf die Mentalisie-

rungsfähigkeit auswirken. Daher war zu erwarten, dass sich nach der Behandlung nicht nur die Symptombelastung der Patienten, sondern auch die gemessene basale Mentalisierungsfähigkeit verbessert. Dies traf zu, allerdings mit geringeren Effektstärken als bei der Symptombelastung. Angesichts eines relativ stabilen Konstrukts wie Mentalisierung waren die Effektstärken dennoch beachtlich.

Für die Zielvariablen Mentalisierungsfähigkeit und strukturelle Beeinträchtigung wurde zwischen Patienten mit und ohne Borderline-Diagnose unterschieden. Die Untersuchung der Mentalisierungsfähigkeit von Patienten spezifischer Diagnosegruppen ergab übereinstimmend mit früheren Befunden (Levy et al. 2006; Fischer-Kern et al. 2010) bei Patienten mit BPD höhere Ausgangswerte, also eine stärkere Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit, als bei Patienten ohne eine solche Diagnose. Dies betraf die Mentalisierungsfähigkeit insgesamt; insbesondere war bei diesen Patienten aber die Affektregulation eingeschränkt – die Einschränkung war deutlich ausgeprägter als die von Patienten ohne BPD. Beachtliche Effektstärken ergaben sich besonders bei Patienten mit BPD: Hier war die Effektstärke mit $d=0,82$ doppelt so hoch wie bei den Patienten mit Depression oder Angststörung, aber ohne BPD ($d=0,41$). Dies mag zum einen an der beschriebenen stärkeren Beeinträchtigung der BPD-Patienten liegen, da sie dadurch mehr Veränderungsmöglichkeit haben (Ausgangswertgesetz). Weiter kann es auch an der Art der Therapie dieser Patienten liegen, da sowohl in den BPD-spezifischen Gruppentherapien als auch in der Einzeltherapie aufgrund der größeren Mentalisierungsdefizite der Patienten stark an mentalisierungsbezogenen Themen wie zum Beispiel Affektwahrnehmung und Affektregulation gearbeitet wurde. Die Verbesserung in den Mentalisierungssubskalen zeigte in drei von vier Subskalen (*Ablehnen von Reflexivität*, *Bevorzugen des Äquivalenzmodus* und *eingeschränkte Affektregulation*) Effektstärken, die vergleichbar mit der Effektstärke im Gesamtscore sind. Allerdings war die Verbesserung in der Subskala *eingeschränkte Affektwahrnehmung* unerwartet gering. Patienten mit BPD profitierten von der Therapie in allen Subskalen deutlich mehr als die restlichen Patienten; in der Subskala *Bevorzugen des Äquivalenzmodus* war die Effektstärke mit $d=0,89$ sogar fast dreimal so hoch. Ein Teil des großen Effektes lässt sich auch hier wieder durch das Ausgangswertgesetz erklären.

Die in der vorliegenden Studie gefundenen Korrelationen zwischen beeinträchtigter Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung untermauern eindrucksvoll die Befunde von Fischer-Kern et al. (2010), die korrelative Zusammenhänge zwischen Mentalisierung und der Persönlichkeitsorganisation gefunden haben. Überraschend war allerdings die Stärke der Zusammenhänge: So korrelierten zu den Messzeitpunkten prä die Mittelwerte im Fragebogen MZQ (Mentalisierung) und IPO-16 (strukturelle Beeinträchtigung) hochsignifikant mit einer Stärke von $r_s=0,69$. Auch der Behandlungserfolg bei der Verbesserung von Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung korrelierte hoch.

Angesichts der starken Zusammenhänge zwischen Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung war zu erwarten, dass sich auch vergleichbare Verbesserungen in beiden Merkmalen ergaben. Dies traf zu, allerdings verbesserte sich die strukturelle Beeinträchtigung nicht so stark wie die Mentalisierungsfähigkeit. Dies könnte psychometrisch durch eine unterschiedliche Änderungssensitivität der Messinstrumente (Fähigkeit des Tests, tatsächlich stattgefundene Veränderungen auch zu

erfassen) erklärt werden. Andererseits könnte es auch daran liegen, dass es sich bei der psychischen Struktur um ein zeitstabileres Merkmal handelt als bei der Mentalisierungsfähigkeit.

Einschränkend ist zu sagen, dass der Fragebogen IPO-16 nach Zimmermann et al. (2015) „keine differenzierte Aussage hinsichtlich der *Art* der strukturellen Problematik erlaubt (das heißt, inwiefern Beeinträchtigungen eher im Bereich Identität, Abwehr oder Realitätsprüfung vorliegen)“. Aufgrund der akzeptablen internen Konsistenz der Subskalen erschien es aber angemessen, beim IPO-16 nicht nur den Gesamtscore, sondern auch die Subskalen auszuwerten. Die dadurch gewonnenen Ergebnisse liefern Hinweise, die für die Therapieplanung oder weitere Forschung wertvoll sein können.

Limitationen der Studie

Eine Einschränkung des Studiendesigns liegt, wie bei allen naturalistischen Studien, darin, dass die Etablierung einer Kontrollgruppe und damit auch ein randomisierter Vergleich nicht möglich waren. So war die Kontrolle der genauen Zusammensetzung der Patientengruppen ebenso wenig möglich wie die Kontrolle der Einflüsse unspezifischer Setting-Faktoren. Die Tatsache, dass Patienten, die die Behandlung vorzeitig beendeten, die Fragebogen seltener ausfüllten, könnte bedeuten, dass wir einige weniger zufriedene Patienten in unserer Studie nicht erfasst haben. Ebenso sind die Quantität und Qualität der Therapieangebote und Interventionen weder untersuchbar noch standardisierbar, da die Patienten unterschiedlichen Behandlungssettings zugeordnet waren. Eine weitere Einschränkung ist die ausschließliche Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten. So sind Verzerrungen durch sozial erwünschtes oder extremes Antwortverhalten nicht auszuschließen, möglicherweise auch mangelnde Ernsthaftigkeit beim Ausfüllen der Fragebogen. Außerdem könnte gerade bei der Messung von Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung ab einem gewissen Grad der Beeinträchtigung auch die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung beeinträchtigt sein (Zimmermann et al. 2013). Ein möglicher Einfluss, der zur Überschätzung der Effektstärken der Behandlung führen könnte, liegt darin, dass stationäre Patienten eine Extremgruppe darstellen. Da sie sich aufgrund ihres erheblichen Leidensdruckes in der Klinik anmelden, ist ihre Symptomschwere zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Regel höher als ihr individueller Durchschnittswert. So ist zu anderen Zeitpunkten mit niedrigeren Messwerten zu rechnen (Weeks 2007). Möglicherweise wäre der Messwert zum Messzeitpunkt post also auch ohne Behandlung bereits geringer als zum Messzeitpunkt prä. Diese Verfälschung der Effektstärke ließe sich nur durch Kontrollgruppenvergleiche erkennen.

Vorteil der Studie

Ein Vorzug der vorliegenden Studie ist die als umfangreich zu wertende Datenbasis mit 552 stationär und teilstationär behandelten Patienten. Veränderungen der Mentalisierungsfähigkeit wurden bisher mangels ökonomischer Messinstrumente meist nur bei relativ kleinen Stichproben gemessen. So gibt es bisher nur wenige Befunde zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie bezüglich der Ver-

änderung von Mentalisierungsfähigkeit sowie struktureller Beeinträchtigung. Die Ergebnisse sind eine Bestätigung und ein eindrucksvolles Argument für die Relevanz stationärer psychodynamischer Therapie.

Ausblick

Weitere Untersuchungen sind wichtig, um die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu erhärten und auszubauen. In Planung ist eine Katamnesestudie mit den gleichen Instrumenten zur Untersuchung langfristiger Veränderungen.

Danksagung Wir danken den Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Pflegekräften der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München Klinik Harlaching, für ihre Unterstützung bei der Datenerhebung.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Interessenkonflikt J. Frank und D. Huber geben an dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Albrecht R, Löwe B, Brünahl CA, Riegel B (2015) Chronische Unterbauchschmerzen und Persönlichkeit – Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden und psychischer Struktur. *Psychother Psychosom Med Psychol* 65(11):418–425
- Allen JG, Fonagy P, Bateman A (2016) Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis, 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. Aufl. American Psychiatric Association, Washington, DC
- Arbeitskreis OPD (2014) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 3. Aufl. Huber, Bern
- Beutel ME, v. Heymann F, Bleichner F, Tritt K, Hardt J (2014) Wie wirksam ist psychosomatische Therapie bei somatoformen Störungen? Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 60(1):17–24
- Bolm T (2010) Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *Psychotherapie* 15(1):58–62
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019) Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2017. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund
- Clarkin JF, Martius P, Dammann G, Smole S, Buchheim P (1998) “Inventory of Personality Organisation”: ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen* 2(4):169–172

- Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF (2004) Structured interview of personality organization (STIPO). Weill Medical College of Cornell University, New York
- Cohen J (1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2. Aufl. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey
- Dammann G, Hörz S, Clarkin JF (2012) Das Inventar der Borderline-Persönlichkeitsorganisation Handbuch Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis. Schattauer, Stuttgart, S 269–283
- DeWitt KN, Hartley DE, Rosenberg SE, Zilberg NJ, Wallerstein RS (1991) Scales of psychological capacities. *Psychoanal Contemp Thought* 14(2):343–361
- Döring N, Bortz J (2016) Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- Ehrenthal JC, Dinger U, Horsch L, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Grande T, Schauenburg H (2012) Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychother Psychosom Med Psychol* 62:25–32. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295481>
- Fischer-Kern M, Buchheim A, Hörz S, Schuster P, Doering S, Kapusta ND, Fonagy P et al (2010) The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanal Psychol* 27(4):395–409
- Fischer-Kern M, Fonagy P (2012) Die Reflective Functioning Scale. In: Doering S, Hörz S (Hrsg) Handbuch der Strukturdiagnostik. Schattauer, Stuttgart, S 225–255
- Fizke E, Müller A, Huber D (2017) Psychoanalytic inpatient psychotherapy of depression—two naturalistic samples in the course of a decade. *Eur J Psychother Couns*. <https://doi.org/10.1080/13642537.2017.1386224>
- Fonagy P (2009) What fits for whom—new data in psychotherapy research. In: DKPM/DGPM-Kongress Mainz, 18.–21.03.2009 (Paper)
- Franz M, Seidler D, Schäfer R, Hartkamp N (2014) Befunde aus der STOP-D Studie. Zur Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie auf depressionstypische Symptomlast. *Ärztl Psychother* 9(4):190–195
- Franz M, Seidler D, Jenett D, Schäfer R, Wutzler U, Kämmerer W, Hartkamp N et al (2015) Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 61(1):19–35. <https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.1.19>
- Hausberg MC, Schulz H, Piegler T, Happach CG, Klopfer M, Brutt AL, Andreas S et al (2012) Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the mentalization questionnaire (MZQ). *Psychother Res* 22(6):699–709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
- Herrmann AS, Huber D (2013) Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 59(3):273–289
- Heuft G, Senf W (1998) Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Dtsch Arztebl* 95(43):A-2685–2688
- Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta N, Buchheim P, Doering S (2010) Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Z Psychosom Med Psychother* 56(2):136–149
- Huber D, Juen F (2013) Burn-out. *Psychotherapeut* 58(2):125–135. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0964-x>
- Huber D, Klug G (2006) Die psychische Struktur in den „Skalen psychischer Kompetenzen“. *Forum Psychoanal* 22:394–402. <https://doi.org/10.1055/s00451-006-0293-6>
- Huber D, von Rad MH (2011) Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus. Kohlhammer, Stuttgart
- Huber D, Klug G, Wallerstein RS (2006) Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Kohlhammer, Stuttgart
- Huber D, Albrecht C, Hautum A, Henrich G, Klug G (2009) Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55(2):189–199
- Kernberg OF (1985) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Koelen JA, Luythen P, Eurelings-Bontekoe LHM, Diguer L, Vermote R, Lowyck B, Bühring MEF (2012) The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review. *Psychiatry* 75(4):355–374
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 74(6):1027–1040

- Liebherz S, Rabung S (2013) Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63(9):355–364. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1337909>
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten, 2. Aufl. Pfizer, Karlsruhe
- Weeks DL (2007) The regression effect as a neglected source of bias in nonrandomized intervention trials and systematic reviews of observational studies. *Eval Health Prof* 30(3):254–265
- Zimmermann J, Benecke C, Hörz S, Rentrop M, Peham D, Bock A, Dammann G et al (2013) Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica* 59(1):3–16
- Zimmermann J, Benecke C, Hörz-Sagstetter S, Dammann G (2015) Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Z Psychosom Med Psychother* 61(1):5–18

Joachim Frank Psychologe, in psychoanalytischer Ausbildung am ÄPK Ärztlich-Psychologischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse, München/Südbayern e. V. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Internationalen Psychoanalytischen Universität, Berlin. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, klinische Diagnostik.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Dorothea Huber Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft, DPG, Mitglied der Forschungskommission). Professur für klinische Psychologie und Psychosomatik an der Internationalen Psychoanalytischen Universität, Berlin. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, klinische Diagnostik, Depression.