

Aus der Klinik und dem Klinischen Institut  
für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.- Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

Psychodynamische Kurzzeittherapie bei Patienten mit Abhängiger  
oder Ängstlicher Persönlichkeitsstörung

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
Catrin Kanyi  
(2014)

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez. Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Dekan

Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Tress

Korreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Icks

Meiner Mutter, Sabine Grabow-Odroosly.

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
1 Einleitung .....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	1
2.1 Merkmale von Persönlichkeitsstörungen .....	1
2.2 Epidemiologie und Komorbiditäten .....	1
2.3 Die Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen.....	7
2.4 Ängstliche und Abhängige Persönlichkeitsstörung.....	9
2.5 Stabilität und Prognose von Persönlichkeitsstörungen .....	12
3 Aktueller Forschungsstand zur Wirksamkeit der PKZT .....	15
3.1 PKZT vs. KBT bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.....	15
3.2 PKZT vs. PLZT bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen .....	16
3.3 PKZT vs. Pharmakotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.....	16
3.4 Zusammenfassung des Forschungsstandes zur Wirksamkeit von PKZT .....	17
4 Fragestellungen und Hypothesen .....	18
5 Methodik.....	23
5.1 Studienverlauf.....	23
5.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	25
5.3 Therapiemethode.....	25
5.4 Therapeuten.....	32
5.5 Messinstrumente .....	33
5.5.1 SKID II/ IDCL zur Diagnostik.....	33
5.5.2 Kontrollvariablen.....	34
5.5.3 SCL-90-R, GSI - Patienteneinschätzung der Beschwerdesymptomatik.....	37
5.5.4 GAF – Therapeuteneinschätzung der Beschwerdesymptomatik.....	39
5.5.5 BSS – Therapeuteneinschätzung der Beschwerdesymptomatik.....	39
5.6 Literaturrecherche .....	40
5.7 Statistische Datenanalyse .....	42
5.7.1 Korrelation - Alter und Beschwerdebild.....	43
5.7.2 t-Test: Gruppenunterschiede in den Kontrollvariablen .....	43

5.7.3	ANOVA – PKZT und Beschwerdebild .....	44
5.7.4	Effektstärkenschätzung des Therapieeffektes .....	44
5.7.5	Explorative Bestimmung der Remissionsraten .....	45
6	Ergebnis.....	46
6.1	Stichprobenumfangsplanung .....	46
6.2	Stichprobenbeschreibung .....	46
6.3	Untersuchung der Einflüsse möglicher Störgrößen auf die Symptomschwere .....	49
6.4	Die Wirkung von PKZT auf die subjektive Symptombelastung (gemessen am GSI) .....	61
6.5	Die Wirkung von PKZT auf das globale Funktionsniveau (gemessen am GAF) .....	67
6.6	Die Wirkung von PKZT auf die Beeinträchtigungsschwere (gemessen am BSS) .....	71
6.7	Remission der Aufnahmediagnosen in den Nachuntersuchungen.....	76
7	Diskussion.....	78
7.1	Bewertung des Therapieerfolges .....	81
7.2	Limitationen .....	89
7.3	Ausblick .....	92
7.4	Schlussfolgerung .....	94
8	Zusammenfassung .....	96
9	Literaturverzeichnis.....	97
10	Anhang .....	111

## Abkürzungsverzeichnis

<b>A</b>	Testzeitpunkt Aufnahme	<b>GAS</b>	Generalisierte Angststörung
<b>ABH</b>	Abhängige Persönlichkeitsstörung	<b>GSI</b>	Global Severity Index
<b>AS</b>	Angststörung	<b>HIS</b>	Histrionische Persönlichkeitsstörung
<b>ASP</b>	Antisoziale Persönlichkeitsstörung	<b>ICD-10</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10
<b>ANOVA</b>	einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung	<b>Kat</b>	Katamnese
<b>ÄNG</b>	Ängstliche Persönlichkeitsstörung	<b>K1</b>	Testzeitpunkt 6 Monate nach Therapie
<b>BOR</b>	Borderline Persönlichkeitsstörung	<b>K2</b>	Testzeitpunkt ein Jahr nach Therapie
<b>BSS</b>	Beeinträchtigungsschwere Score	<b>K3</b>	Testzeitpunkt zwei Jahre nach Therapie
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV	<b>kL1</b>	Kritisches Lebensereignis bei Therapieende
<b>df</b>	Freiheitsgrade (in der ANOVA)	<b>kL2</b>	Kritisches Lebensereignis bei Studienabschluss
<b>E</b>	Testzeitpunkt Entlassung	<b>KBT</b>	Kognitiv-Behaviorale Therapie
<b>ES</b>	Effektstärke	<b>LOCF</b>	Last Observation Carried Forward
<b>F</b>	F-Wert (in der ANOVA)	<b>N</b>	Anzahl
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning		

<b>M</b>	Mittelwert	<b>SP</b>	Soziale Phobie
<b>MD</b>	Majore Depression	<b>STP</b>	Schizotype Persönlichkeitsstörung
<b>Med1</b>	Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn	<b>SZD</b>	Schizoide Persönlichkeitsstörung
<b>Med2</b>	Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss	<b>ZWA</b>	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
<b>NAR</b>	Narzisstische Persönlichkeitsstörung		
<b>p</b>	Signifikanz		
<b>PAR</b>	Paranoide Persönlichkeitsstörung		
<b>PKZT</b>	Psychodynamische Kurzzeittherapie		
<b>PLZT</b>	Psychodynamische Langzeittherapie		
<b>Prä</b>	bei Therapiebeginn		
<b>PS</b>	Persönlichkeitsstörungen		
<b>PSDI</b>	Positive Symptom Distress Index		
<b>PSI</b>	Positive Symptom Index		
<b>PST</b>	Panikstörung		
<b>PTS</b>	Posttraumatisches Stresssyndrom		
<b>Post</b>	bei Therapieende		
<b>SD</b>	Standardabweichung		

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1: Zeitlicher Verlauf der Erfüllung der Diagnosekriterien von Patienten mit PS über 25 Jahre.....</b>	<b>13</b>
<b>Abb. 2: Zeitlicher Studienverlauf .....</b>	<b>24</b>
<b>Abb. 3: CMP – Prototyp, Tress et al. (1996).....</b>	<b>27</b>
<b>Abbildung 4: Dimensionen und Foki der Kommunikation im SASB.....</b>	<b>29</b>
<b>Abb. 5: Cluster-Modell nach Benjamin (1996).....</b>	<b>30</b>
<b>Abb. 6: Deutsche Quadranten- und Cluster- Version des SASB Modells, Tress 1993. ....</b>	<b>31</b>
<b>Abb. 7: Aufbau des BSS-Fragebogens.....</b>	<b>40</b>
<b>Abb. 8: Verlauf der GSI-Mittelwerte über die fünf Messzeitpunkte .....</b>	<b>63</b>
<b>Abb. 9: Verlauf der GAF-Mittelwerte über die 5 Messzeitpunkte.....</b>	<b>68</b>
<b>Abb. 10: Verlauf der BSS-Mittelwerte über die 5 Messzeitpunkte.....</b>	<b>73</b>

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1: Verteilung der PS in der Allgemeinbevölkerung .....</b>	<b>3</b>
<b>Tabelle 2: Komorbiditäten der PS untereinander in %.....</b>	<b>4</b>
<b>Tabelle 3: Komorbiditäten von PS mit Achse-I-Störungen in %.....</b>	<b>6</b>
<b>Tabelle 4 Schulabschluss .....</b>	<b>46</b>
<b>Tabelle 5 Beruf.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabelle 6 Partnerschaft.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabelle 7 Kinder.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabelle 8: Häufigkeiten der Hauptdiagnosen.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabelle 9: Häufigkeiten der ersten relevanten Nebendiagnosen.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabelle 10: Häufigkeiten der zweiten relevanten Nebendiagnosen.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabelle 11: Häufigkeiten der Kontrollvariablen.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabelle 12: Bivariate Korrelation nach Pearson von Alter bei Therapiebeginn und den GSI-Werten zu den fünf Testzeitpunkten.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabelle 13: Bivariate Korrelation nach Pearson von Alter bei Therapiebeginn und den GAF-Werten zu den fünf Testzeitpunkten .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabelle 14: Bivariate Korrelation nach Pearson von Alter bei Therapiebeginn und den BSS-Werten zu den fünf Testzeitpunkten.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabelle 15: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Nachbehandlungen .....</b>	<b>52</b>
<b>Tabelle 16: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Nachbehandlungen .....</b>	<b>52</b>
<b>Tabelle 17: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Nachbehandlungen .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabelle 18: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn (Med1) .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabelle 19: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn (Med1) .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabelle 20: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn (Med1) .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabelle 21: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss (Med2) .....</b>	<b>55</b>

<b>Tabelle 22: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss (Med2) .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabelle 23: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss (Med2) .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabelle 24: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritisches Lebensereignis bei Therapieende (kL1) .....</b>	<b>57</b>
<b>Tabelle 25: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritisches Lebensereignis bei Therapieende (kL1) .....</b>	<b>57</b>
<b>Tabelle 26: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritisches Lebensereignis bei Therapieende (kL1) .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabelle 27: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritischem Lebensereignis bei Studienabschluss (kL2) .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabelle 28: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritischem Lebensereignis bei Studienabschluss (kL2) .....</b>	<b>59</b>
<b>Tabelle 29: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritischem Lebensereignis bei Studienabschluss (kL2) .....</b>	<b>59</b>
<b>Tabelle 30: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit reifem und mittlerem Strukturniveau bei Therapiebeginn .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabelle 31: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit reifem und mittlerem Strukturniveau bei Therapiebeginn .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabelle 32: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit reifem und mittlerem Strukturniveau bei Therapiebeginn .....</b>	<b>61</b>
<b>Tabelle 33: Mauchly-Test auf Sphärizität .....</b>	<b>62</b>
<b>Tabelle 34 ANOVA: Test der Innersubjekteffekte .....</b>	<b>62</b>
<b>Tabelle 35: Mittelwerte und Standardabweichungen, ANOVA und paarweiser Vergleich der GSI-Werte zu den jeweiligen Messzeitpunkten .....</b>	<b>64</b>
<b>Tabelle 36: Effektstärken der signifikanten GSI-Wert Veränderung zu den jeweiligen Messzeitpunkten .....</b>	<b>65</b>
<b>Tabelle 37 Deskriptive Einteilung in psychologisch gesunde Patienten anhand des Cut-Off Wertes im GSI von 0,77 (Franke 2002) .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabelle 38 Veränderungen im GSI der einzelnen Probanden .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabelle 39: Mauchly-Test auf Sphärizität .....</b>	<b>67</b>
<b>Tabelle 40 ANOVA: Test der Innersubjekteffekte .....</b>	<b>67</b>
<b>Tabelle 41: ANOVA und paarweiser Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der GAF-Werte zu den jeweiligen Messzeitpunkten .....</b>	<b>69</b>

<b>Tabelle 42: Effektstärken der signifikanten GAF-Wert Veränderung</b> .....	70
<b>Tabelle 43 Deskriptive Einteilung in psychologisch gesunde Patienten anhand des Cut-Off Wertes im GAF von 70 (Aas 2011)</b> .....	70
<b>Tabelle 44 Veränderungen im GAF der einzelnen Probanden</b> .....	71
<b>Tabelle 45: Mauchly-Test auf Sphärizität</b> .....	72
<b>Tabelle 46 ANOVA: Tests der Innersubjekteffekte</b> .....	72
<b>Tabelle 47: ANOVA und paarweiser Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der BSS-Werte zu den jeweiligen Messzeitpunkten</b> .....	74
<b>Tabelle 48: Effektstärken der signifikanten BSS-Wert Veränderung</b> .....	75
<b>Tabelle 49 Deskriptive Einteilung in psychologisch gesunde Patienten anhand des Cut-Off Wertes im BSS von 5 (Schepank 1995)</b> .....	75
<b>Tabelle 50 Veränderungen im BSS der einzelnen Probanden</b> .....	76
<b>Tabelle 51: Remission der Diagnosen in den Nachuntersuchungen</b> .....	77
<b>Tabelle 52: Effektstärken in der Therapeutenbeurteilung</b> .....	84

# 1 Einleitung

Persönlichkeitsstörungen sind mit einer Prävalenz von 10,56% in der Bevölkerung (Lenzenweger et al. 2008) vertreten. Der Anteil Ängstlicher Persönlichkeitsstörungen liegt zwischen 5% (Torgersen et al. 2001) und 15,2% (Loranger et al. 1994) und der Anteil Abhängiger Persönlichkeitsstörungen zwischen 1,4% (Zimmermann et al. 2005) und 1,5% (Torgersen et al. 2001). Unter ambulanten Patienten liegt die Prävalenz deutlich höher. Zimmermann et al. (2005) beschreiben eine Prävalenz der PS von 45,5%. Damit sind sie besonders in klinischen Populationen als sehr häufig zu werten.

Psychotherapeutische Verfahren gelten derzeit als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Hadjipavlou et al., 2010, Perry et al. 1999, Verheul & Herbrink 2007, AWMF 2008). Dass PKZT bei einer großen Gruppe von psychischen Störungen wirksam ist, wurde schon in einigen Meta-Analysen beschrieben (Abbass et al. 2012; Leichsenring et al. 2004). Sie gilt mit wenigen Ausnahmen (Hardy et al. 1995; Emmelkamp et al. 2006) als gleichwertig zu anderen, individuellen Kurzzeittherapien, wie zum Beispiel kognitive (Leichsenring 2001; Leichsenring & Leibing 2003; Lewis et al. 2008; Roth & Fonagy 2005), interpersonale (Crits-Christoph, 1992), supportive (Leichsenring et al. 2004) und lösungsfokussierte Kurztherapie (Knekt et al. 2008). Im Vergleich zu psychodynamischer Langzeittherapie zeigen sich bei der PKZT größere kurzfristige und geringere langfristige Behandlungserfolge (Knekt et al. 2008). Generell bleiben die positiven Effekte jedoch langfristig stabil und scheinen in Nachuntersuchungen sogar noch weiter anzusteigen (Anderson & Lambert 1995; Leichsenring et al. 2004; Abbass et al. 2008).

Für einige Subtypen von Persönlichkeitsstörungen konnte die Überlegenheit störungsspezifischer, manualgesteuerter Psychotherapien im Vergleich zu anderen unspezifischeren Verfahren empirisch gesichert werden. Dies trifft insbesondere für die Borderline-Störung, die Antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie die Ängstliche Persönlichkeitsstörung zu. Für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung finden sich hierbei empirische Belege für die Wirksamkeit bei der kognitiv-behavioralen, der interpersonalen und der psychodynamischen Therapie (AWMF, 2008). Für die Abhängige Persönlichkeitsstörung sind mir bisher keine und für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung nur wenige Studien bekannt, die die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie untersuchen.

Daher wurden in dieser Studie die Effekte psychodynamischer Kurzzeittherapie für diese beiden Störungen in einem naturalistischen Design prospektiv beobachtet. Der Behandlungserfolg wurde in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Therapieende erhoben. Primärer Endpunkt war die Symptomschwere, welche anhand spezifischer Fragebögen sowohl von den Patienten als auch von den Therapeuten eingeschätzt wurde. Die Kennwerte zur Messung des Beschwerdebildes waren hier der GSI (Global Severity Index, SCL-R-90), als Maß für die subjektive Symptomschwere der Patienten, der GAF (Global Assessment of Functioning Scale) und der BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score), beides als Maß für die objektive Symptomschwere aus Therapeutensicht. Die Ergebnisse der Selbst- und Fremdeinschätzung werden Hinweise darauf geben, das PKZT das Beschwerdebild bei dem ausgewählten Patientenkollektiv relevant und anhaltend verbessern kann. In künftigen Studien müsste gezeigt werden, ob sich dieses Ergebnis in größeren Stichproben replizieren lässt. Ebenfalls wäre der Vergleich mit einer Kontrollgruppe indiziert, um die statistischen Ergebnisse genauer zu verifizieren.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

### ***2.1 Merkmale von Persönlichkeitsstörungen***

Findet sich bei einer Person ein wiederholtes und in unterschiedlichen zwischenmenschlichen Situationen auftretendes, maladaptives Verhaltensmuster, das die Lebensqualität des Betroffenen beeinträchtigt, so sollte der Verdacht einer Persönlichkeitsstörung geäußert werden. Zur Klassifizierung der Störungsbilder gibt es zwei angesehenen Klassifikationssysteme: Das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association und die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO. Nach den Kriterien beider Systeme zeichnen sich Persönlichkeitsstörungen dadurch aus, dass bestimmte Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen und sich in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen bemerkbar machen. Diese Persönlichkeitszüge manifestieren sich häufig schon im Kindes- oder Jugendalter und bleiben bis ins Erwachsenenalter bestehen. Im sozialen Umfeld sind sie oft unflexibel und wenig angepasst und führen in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Häufig sind zum Beispiel mangelnde Beziehungsfähigkeit, Isolation oder konflikthafte und instabile Beziehungen. Eine organische Ursache oder andere psychiatrische Störungen als Auslöser für das störungsspezifische Verhalten muss vor Diagnosestellung ausgeschlossen werden (AWMF 2008; Fiedler 2007).

### ***2.2 Epidemiologie und Komorbiditäten***

Nach der DSM-IV Klassifikation gibt es zehn Subtypen der Persönlichkeitsstörungen, die in der Gesellschaft unterschiedlich häufig vertreten sind. Epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung zeigen Prävalenzen zwischen 4,4% in einer repräsentativen Gruppe der Bevölkerung von England, Wales und Schottland (Coid et al. 2006) bis hin zu 15,4% in Upstate New York (Crawford et al. 2005). Die einzige in Deutschland durchgeführte epidemiologische Studie weist auf eine Prävalenz von 9,4% hin (Maier et al. 1992). Insgesamt kann man von einer

mittleren Prävalenz von 10,56% in der Allgemeinbevölkerung ausgehen (Lenzenweger et al. 2008). Die Lebenszeitprävalenz liegt zwischen 30% und 40% (Torgersen 2009). Unter ambulanten Patienten liegt die Prävalenz deutlich höher. Zimmermann et al. (2005) beschreiben eine Prävalenz von 45,5%. Damit gelten Persönlichkeitsstörungen besonders in klinischen Populationen als sehr häufig. Es wird daher empfohlen, psychiatrische Patienten, deren Hauptproblematik beispielsweise eine Achse-I- Störung ist, auf Persönlichkeitsstörungen zu testen, da sie großen Einfluss auf den Therapieverlauf haben könnten (Zimmermann et al. 2005).

Tabelle 1 (Lenzenweger, 2006) gibt einen Überblick über die Verteilung der Subtypen von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung in unterschiedlichen Ländern (USA, Norwegen, Großbritannien) zu verschiedenen Zeitpunkten (1997-2006).

**Tabelle 1: Verteilung der PS in der Allgemeinbevölkerung**

	Lenzenweger et al. 1997 NY, USA	Torgersen et al. 2001 Oslo, Norway	Samuels et al. 2002 Baltimore, USA	Crawford et al. 2005 Upstate NY, USA	Coid et al. 2006 Great Britain
PAR	1,0	2,4	0,7	5,1	0,7
SZD	1,0	1,7	0,9	1,7	0,8
STP	1,6	0,6	0,6	1,1	0,06
HIS	2,9	2,0	0,2	0,9	-
NAR	2,7	0,8	0,03	2,2	-
ASP	0,6	0,7	4,1	1,2	0,6
BOR	1,3	0,7	0,5	3,9	0,7
ÄNG	1,0	5,0	1,8	6,4	0,8
ABH	0,6	1,5	0,1	0,8	0,1
ZWA	1,3	2,0	-	4,7	1,9

Anmerkung: PAR: paranoid; SZD: schizoid; STP: schizotypisch; HIS: histrionisch; NAR: narzisstisch; ASP: antisozial; BOR: borderline; ÄNG: ängstlich; ABH: abhängig; ZWA: zwanghaft.

Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung ist mit einer Prävalenz von 0,8% bis 6,4% in der Bevölkerung (Lenzenweger et al. 1997; Torgersen et al. 2001; Samuels et al. 2002; Crawford et al. 2005; Coid et al. 2006) und 15,2 % bei psychiatrischen Patienten (Loranger et al. 1994) eine der am häufigsten diagnostizierten Subtypen. Die Abhängige Persönlichkeitsstörung ist mit 0,1% bis 1,5% in der Bevölkerung (Lenzenweger et al. 1997; Torgersen et al. 2001; Samuels et al. 2002; Crawford et al. 2005; Coid et al. 2006) und mit 1,4% bei ambulanten Patienten in geringerem Ausmaß vertreten (Zimmermann et al. 2005).

### **Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Subtypen**

Auffällig bei der Erforschung von epidemiologischen Zusammenhängen bei Persönlichkeitsstörungen ist die hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen untereinander. In der National Register of Oslo Study litten 13,4% aller Probanden

an mindestens einer Persönlichkeitsstörung. Davon hatten 71% eine solitäre Persönlichkeitsstörung, 18,6% hatten zwei Persönlichkeitsstörungen, 5,2% hatten drei, und 5,2% erfüllten die Kriterien von vier bis sieben Persönlichkeitsstörungen (Torgersen et al., 2001). Bei Patienten, die aufgrund ihrer Störungsbilder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, ist die Ausprägung der Komorbiditäten höher. In der Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS)-Studie erfüllten von 270 ambulanten Patienten 60,4% die Kriterien für zwei verschiedene PS und 25,2% für zwei oder mehr PS (Zimmermann et al. 2005). Bei der Verteilung der Komorbiditäten ist praktisch jede Kombination der PS untereinander möglich.

Eine Meta-Analyse von Stuart (1998, Tabelle 2) zeigt die Verteilung der Gleichzeitigkeitsdiagnosen von DSM III-R-Persönlichkeitsstudien bei 1116 Patienten in vier Studien:

**Tabelle 2: Komorbiditäten der PS untereinander in %**

%	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	ASP	BOR	ÄNG	ABH	ZWA
<b>Gesamt</b>	<b>13,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>21,3</b>	<b>8,3</b>	<b>4,2</b>	<b>15,3</b>	<b>24,8</b>	<b>18,0</b>	<b>16,4</b>
<i>davon:</i>										
solitär	11,0	12,5	9,1	19,3	1,1	17,0	9,4	17,0	6,5	15,8
PAR		34,4	66,7	27,3	38,7	21,3	28,7	26,7	23,9	33,3
SZD	7,1		24,2	3,4	5,4	4,3	4,7	7,2	4,5	7,7
STP	14,2	25,0		5,0	8,6	8,5	9,4	8,7	8,0	6,6
HIS	14,9	25,0	36,4		73,1	36,2	50,9	28,5	44,8	27,3
NAR	23,2	15,6	24,2	28,6		17,0	21,1	13,0	21,9	16,4
ASP	6,5	6,3	12,1	7,1	8,6		14,0	6,5	5,0	5,5
BOR	31,6	25,0	48,5	36,6	38,7	51,1		28,2	41,8	24,0
ÄNG	47,7	62,5	27,7	33,2	38,7	38,3	45,6		59,2	53,0
ABH	31,0	28,1	48,5	37,8	47,3	21,3	49,1	43,0		33,9
ZWA	39,4	43,8	36,4	21,0	32,3	21,3	25,7	35,0	30,8	

Anmerkung: Solitär = Prävalenz ohne Komorbidität; PAR: paranoid; SZD: schizoid; STP: schizotypisch; HIS: histrionisch; NAR: narzisstisch; ASP: antisozial; BOR: borderline; ÄNG: ängstlich; ABH: abhängig; ZWA: zwanghaft.

Die ÄNG tritt hier mit 43% besonders häufig in Kombination mit der ABH auf und Patienten mit der Hauptdiagnose einer ABH haben zu 59% eine komorbide ÄNG. Erklärend für die hohe Komorbidität wäre die Merkmalüberlappung beider PS. Zum Beispiel können Patienten mit ÄNG, die in ihrem Bestreben nach Sicherheit innerhalb einer Beziehung einen entsprechenden Partner gefunden haben, ebenfalls wie Patienten mit ABH anklammerndes und abhängiges Verhalten zeigen. Patienten mit ABH wiederum können unter großen Verlustängsten dem Partner gegenüber leiden und fühlen sich ohne ihn unsicher und wertlos, wie Patienten mit ÄNG (Alden 2002).

### **Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen mit Achse-I-Störungen**

Unter ambulanten Patienten mit einer Achse-I-Störung zeigte sich eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen von 44% (Melartin et al. 2002) und andersherum litten zwischen 51 und 76% der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig unter einer Achse-I-Störung (Zimmerman et al. 2005). Skodol et al. (1999) untersuchte 571 Patienten mit mindestens einer PS auf ihre psychosomatischen Komorbiditäten. 61,3% hatten eine komorbide Achse-I-Störung und 92,6% wiesen in ihrer Lebenszeitprävalenz eine komorbide Achse-I-Störung auf. Die überzufällige Assoziation häufiger Achse-I-Störungen wie Depressive Störungen, Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen mit Persönlichkeitsstörungen bei den 859 Patienten einer epidemiologischen Umfrage von Zimmerman et al. (2005) wird in Tabelle 3 schematisch dargestellt:

**Tabelle 3: Komorbiditäten von PS mit Achse-I-Störungen in %**

%	MD	GAS	PST	SP	PTS	AS
PAR	4,7	6,1	5,6	7,1	8,7	1,2
SZD	2,6	1,7	2,1	3,3	3,3	0,0
STP	1,0	0,0	2,1	1,7	1,1	1,2
HIS	1,3	0,6	0,7	1,7	1,1	2,4
NAR	1,8	2,2	2,8	1,7	3,3	5,9
ASP	2,9	3,3	4,9	5,0	9,8	10,6
BOR	12,2	11,1	16,9	18,4	26,1	17,6
ÄNG	20,3	26,1	21,8	45,2	26,1	10,6
ABH	2,9	3,3	2,8	1,7	2,2	3,5
ZWA	8,6	16,1	13,4	13,4	10,9	5,9

Anmerkung: MD: Majore Depression; GAS: Generalisierte Angststörung; PST: Panikstörung; SP: Soziale Phobie; PTS: Posttraumatisches Stresssyndrom, AS: Angststörung; PAR: paranoid; SZD: schizoid; STP: schizotypisch; HIS: histrionisch; NAR: narzisstisch; ASP: antisozial; BOR: borderline; ÄNG: ängstlich; ABH: abhängig; ZWA: zwanghaft.

Den höchsten Anteil an Gleichzeitigkeitsdiagnosen zeigte hier die Ängstliche PS, insbesondere mit der Sozialen Phobie (45,2%). Auch Alden et al. (2002) konnte mit 42% eine hohe Koprävalenz der beiden Diagnosen feststellen.

Die Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen mit Achse-I-Störungen hat große Bedeutung für die Diagnostik, Behandlung und Prognose der Betroffenen. Viele Patienten mit Persönlichkeitsstörungen suchen erst aufgrund von hinzutretenden Achse-I-Störungen professionelle Hilfe auf. Eine Studie von Kasen (2007) lieferte Hinweise, dass Patienten mit gleichzeitiger Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und Depression wesentlich mehr medizinische Hilfe beanspruchen, als Patienten mit alleiniger Depressiver Störung. Lebensqualität, Krankheitsschwere, Therapieergebnis, Neigung zu Chronifizierung und Rückfall bei Achse-I- und -II-Störungen stehen in deutlicher Beziehung zu der Zahl komorbider Störungen (Newton-Hows et al. 2006; Cramer et al. 2006). Grilo et al. (2010) verglich die Dauer bis zur Remission bei Patienten mit Majoren Depressionen mit oder ohne

zusätzliche Persönlichkeitsstörungen und bestätigte einen wesentlich längeren Verlauf bei Patienten mit einer Komorbidität. Außerdem kam es gehäuft bei diesen Patienten in kürzerer Zeit wieder zu Rezidiven der Majoren Depression (Grilo et al. 2010).

Chen et al. (2009) konnten ebenfalls bestätigen, dass Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und Achse-I-Störungen im Vergleich zu nicht-komorbiden Achse-I- oder -II-Störungen die meisten körperlichen Krankheitssymptome aufwiesen. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass Patienten mit gleichzeitigen Achse-I- und -II-Störungen allgemein eine schlechtere Prognose haben (Crawford et al. 2008).

### **2.3 Die Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen**

Die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen reicht bis in die frühe Kindheit zurück. In den meisten Fällen sind sie keine Folge einzelner Ereignisse, wie zum Beispiel der Tod eines Elternteils, sondern das Ergebnis lange bestehender Eltern-Kind-Beziehungsmuster, die sich in ihrer Häufung negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung und Reifung des Kindes ausgewirkt haben. Typische Beispiele hierfür sind eine feindselige Haltung der Eltern oder eines Elternteils, elterliche Ablehnung, Gleichgültigkeit oder Selbstversunkenheit wichtiger Bezugspersonen, die durch ein einzelnes Ereignis wie Tod, Trennung oder Geburt eines weiteren Kindes noch verstärkt werden können. Werden diese Erlebnisse nicht durch wohlwollendere Menschen, wie liebevolle Großeltern oder Ersatzeltern abgemildert, so kommt es zu einer wiederholten Verletzung der Selbstachtung des Kindes und des Selbstwertgefühls als Mensch (Strupp und Binder 1991). Auch Battle et al. (2004) beschreiben einen kausalen Zusammenhang zwischen traumatisierenden biographischen Erfahrungen, wie emotionaler Vernachlässigung und körperlicher, sexueller oder verbaler Misshandlung, und dem Auftreten einer pathologischen Persönlichkeit.

Die Diagnose ist jedoch vor Abschluss der mittleren Adoleszenz nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen. Der Grund hierfür ist, dass in der Kindheit und Pubertät die Persönlichkeitsmerkmale sehr instabil sind. Erst im Laufe der Entwicklung festigen sie sich unter dem Einfluss des sozialen Umfeldes (z. B. interpersonelle Konsequenzen von Verhalten), Internalisierung sozialer Werte und Normen und anderen Reifungsprozessen. Johnson et al. 2000 untersuchten die

Häufigkeiten pathologischer Persönlichkeitsmerkmale über 19 Jahre an mehr als 600 Kindern und Jugendlichen aus der Bevölkerung. Die Häufigkeit pathologischer Merkmale aller untersuchten Persönlichkeitsstörungen sank bei Erwachsenen im Alter von 25- 28 Jahren zusammengefasst um 48% bezogen auf das Ausmaß im Alter von 9 bis 12. In diesem Entwicklungsabschnitt finden sich also Hinweise auf eine negative Korrelation zwischen dem Alter und der Häufigkeit pathologischer Persönlichkeitseigenschaften (Johnson et al. 2000). Dennoch sind in Ausnahmefällen in den Diagnosesystemen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen bereits in der Kindheit und Jugend zugelassen, und zwar nur dann,

- „wenn die geforderte Mindestzahl der Kriterien der jeweiligen Persönlichkeitsstörung bereits voll erfüllt ist *und dann*,
- wenn die Störung selbst durchgängig und anhaltend (im DSM IV: bereits mindestens ein Jahr) beobachtbar ist“ (Fiedler 2001).

Nachgewiesen ist, dass Persönlichkeitsauffälligkeiten im Jugendalter das Risiko für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter erhöhen (Kasen et al. 1999). Auch Johnson et al. (2000) konnte zeigen, dass Erwachsene mit letztendlich gestellter Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rückblickend in Kindheit und Jugendalter eine überdurchschnittlich hohe Anzahl pathologischer Persönlichkeitsmerkmale zeigten, welche über die Zeit eher stabil zu bleiben schienen. Durch abweichendes Sozialverhalten wie Aggressionen, sozialer Rückzug oder Wut und fehlende soziale Bindungen können die Kinder in eine maladaptive Persönlichkeitsentwicklung geraten. Positive Erfahrungen in sozialen Kontakten werden somit selten und erschweren die Ausbildung einer Basis aus sozialen Kompetenzen (z.B. Vertrauen) und einem gesunden Selbstbild. Eine Früherkennung von maladaptiven Verhaltensweisen und dysfunktionalen Formen der Erlebnisverarbeitung im Kindes- und Jugendalter und gezielte therapeutische Interventionen können die Entwicklung einer Persönlichkeit wahrscheinlich positiv beeinflussen (Kasen et al. 1999).

Aber nicht nur die Reaktion des sozialen Umfeldes zeigt großen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung, sondern auch eine genetische Prädisposition wird diskutiert (Cohen et al. 2005). Eine Zwillingsstudie von Torgersen et al. (2000) verglich die Konkordanzrate von Persönlichkeitsstörungen bei mono- und dizygoten Zwillingen im Hinblick auf den genetischen Einfluss. Hier wurde die Wahrscheinlichkeit der Vererbung von Persönlichkeitsstörungen mit 60 % sehr

hoch eingeschätzt, wobei die Zahlen in den einzelnen Subtypen doch erheblich schwankten (zum Beispiel großer genetischer Einfluss im emotional-instabilen und ängstlichen Cluster, schwacher Einfluss im exzentrischen Cluster).

Eine weitere Zwillingsstudie von Kendler et al. (2008) untersuchte drei genetische und drei umweltbezogene Risikofaktoren bei der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen. Es gab Hinweise darauf, dass eine generelle Vulnerabilität für pathologische Persönlichkeiten und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie emotionale Instabilität, Impulsivität und Introversion vererbt werden. Umgebungsfaktoren zeigten hier aber einen größeren Einfluss. Die Wahrscheinlichkeit für die Vererbung einer Persönlichkeitsstörung schwankte hier zwischen 20% und 41% und zeigte somit geringere Werte als bei Torgersen et al. (2000).

Studien mit bildgebenden Verfahren haben Hinweise auf die biologischen Grundlagen von Persönlichkeitsstörungen gefunden. Zum Beispiel wird bei der Borderline- Störung eine Dysfunktion des fronto-limbischen Regelkreises diskutiert (Driessen et al. 2000; New et al. 2007; Tebartz van Elst et al. 2003; Tebartz van Elst et al. 2007).

Abschließend ist die Ursache für die Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung ein komplexes Zusammenspiel aus genetischer und biologischer Vulnerabilität, sozialem Umfeld und individueller Persönlichkeitsausprägung.

## **2.4 Ängstliche und Abhängige Persönlichkeitsstörung**

Die Subtypen der Persönlichkeitsstörungen werden nach der DSM IV Klassifikation drei Clustern zugewiesen, die sich symptomorientiert und deskriptiv im Auftreten von Exzentrik (Cluster A), starker Emotionalität (Cluster B) und Angst (Cluster C) unterscheiden. Die Abhängige und die Ängstliche Persönlichkeitsstörung gehören zu den Cluster C Störungen.

Die Ängstliche Persönlichkeitsstörung (nach DSM-IV als Vermeidende PS bezeichnet; ICD 10: F 60.6, Ängstliche Persönlichkeitsstörung) ist mit einer Prävalenz von 5% in der Bevölkerung bzw. 15,2% bei psychiatrischen Patienten (Loranger et al., 1994 und Torgersen et al., 2001) eine der häufigsten Persönlichkeitsdiagnosen. Sie ist gekennzeichnet durch eine große Selbstunsicherheit, einem negativen Selbstbild und einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten auf kognitiver, verhaltensmäßiger und emotionaler Ebene

(Millon 1981, AWMF 2008). Das Verhalten zeichnet sich nicht nur durch das Vermeiden von negativen Emotionen aus, auch positive Emotionen sind selten, da es den Patienten schwer fällt, etwas Positives an sich zu erkennen oder zu verbalisieren (Taylor 2004). Es besteht einerseits eine starke Sehnsucht nach Akzeptanz und Zuneigung und andererseits eine geringe Toleranz für negative Emotionen, sodass sich Betroffene von ihren Mitmenschen schnell gekränkt oder abgelehnt fühlen. Sie erleben andere Menschen als demütigend, überlegen oder kompetenter und ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück (Beck et al. 2004). Sie meiden besonders berufliche Kontakte und haben Schwierigkeiten, enge Beziehungen einzugehen. Unbekannte Situationen und neue Erfahrungen bereiten den Personen übermäßig Angst, da sie potentielle Gefahren und Risiken bergen (Alden 2002; Widiger 2001). Dadurch werden keine oder nur sehr wenige positive Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen gemacht. Auf diese Weise wird diese Problematik über Jahre aufrechterhalten (AWMF 2008). In Anlehnung an das Fünf-Faktoren-Modell (Costa & McCrae 1992) sind die Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus besonders stark und Extraversion sehr gering ausgeprägt. In der klinischen Anamnese finden sich oft Defizite in sozialen Kompetenzen, ein kritischer oder distanzierter Erziehungsstil, sowie spezifische traumatisierende Lebensereignisse in der Kindheit oder Adoleszenz, wie öffentliche Kritik oder Ablehnung. Anlass für eine psychotherapeutische Behandlung ist bei den Patienten häufig eine komorbide Angststörung, Depression oder Suchtproblematik (AWMF 2008). Eine wichtige Differenzialdiagnose ist die Schizoide PS. Bei beiden Störungen beobachtet man sozialen Rückzug oder soziale Vermeidung (Alden 2002). Menschen mit Schizoider Persönlichkeitsstörung begründen dies eher mit einem mangelnden Interesse an persönlichen Kontakten während bei der Ängstlichen PS die Angst vor Kritik, Zurückweisung und Beschämung häufig als Grund für den sozialen Rückzug angegeben werden (Millon 1981, AWMF 2008). Bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der generalisierten sozialen Phobie steht besonders die soziale Ängstlichkeit im Vordergrund, wobei bei der Persönlichkeitsstörung ein höheres Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigung besteht (Renneberg & Ströhle 2006).

Die Abhängige Persönlichkeitsstörung (nach DSM-IV als Dependente PS bezeichnet, ICD 10: F 60.7; Abhängige PS) ist mit 1,5% in der Bevölkerung und 1,4% bei ambulanten Patienten seltener als die Ängstliche Persönlichkeitsstörung

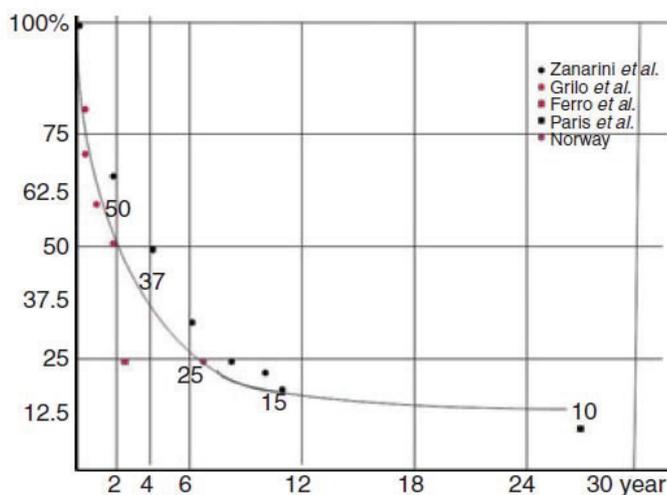
(Torgersen et al. 2001; Zimmermann et al. 2005). Sie ist durch eine große Abhängigkeit und übermäßig anklammernde Verhaltensweisen in Beziehungen gekennzeichnet (Gude 2004). Die Patienten fühlen sich ohne ihre Bezugsperson (zum Beispiel Mutter oder Ehepartner) hilflos und schwach und fallen durch ein selbstunsicheres Verhalten auf. Sie leben in ständiger Furcht, verlassen zu werden. Im Alltag Entscheidungen zu treffen fällt ihnen sehr schwer und belastet sowohl den Patienten als auch das soziale Umfeld. Durch das Bestreben, den Ansprüchen anderer Personen gerecht zu werden, stellen sie meist ihre eigenen Bedürfnisse zurück und verhalten sich unterwürfig. Es besteht große Gefahr, dass diese Eigenschaft von Mitmenschen ausgenutzt wird, zum Beispiel durch Anordnung unangenehmer Tätigkeiten im Beruf. Die Betroffenen zeigen aus Angst vor Zurückweisung kaum Gegenwehr (ICD 10 und DSM IV Kriterien). Auch bei diesem Patientenkollektiv spielt die stark ausgeprägte Selbstunsicherheit im Störungsbild eine große Rolle (Darcy et al. 2005). Eine Ko-Prävalenz mit der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ist mit rund 50% als hoch einzustufen (Stuart 1998). Oft werden die Bedürfnisse der Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld gut kompensiert, besondere Eigenschaften wie große Zuverlässigkeit und Loyalität, Hilfsbereitschaft und Rücksichtnahme stabilisieren Freundschaften, Partnerschaften oder das Ansehen im Beruf. Meistens sind es dann neu aufgetretene Störungen im sozialen Netzwerk, wie der Verlust des Bindungspartners oder der Verlust des Arbeitsplatzes, die wegen dem Gefühl der Hilflosigkeit, Unzulänglichkeit oder Wertlosigkeit zu Depressionen, Angststörungen oder einer Suchtproblematik führen. Diese komorbiden Achse-I-Störungen sind dann wiederum häufig der Anlass für eine psychotherapeutische Behandlung (AWMF 2008). Anamnestisch findet sich oft ein überprotektiver und autoritärer Erziehungsstil in der Kindheit des Patienten (Bornstein 1992). Bei ausgeprägtem Insuffizienzerleben und depressiven Verstimmungen muss immer differenzialdiagnostisch die Majore Depression oder die Bipolar Affektive Störung ausgeschlossen werden (Loranger et al. 1996). Weiterhin muss die Abgrenzung von einigen anderen Persönlichkeitsstörungen erfolgen, da abhängige Verhaltensweisen in zwischenmenschlichen Beziehungen auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei der Histrionischen und bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung vorkommen können. Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leben in ausgeprägter Angst vor dem Verlassenwerden, während histrionische Patienten aus der Befürchtung heraus, die Anerkennung

anderer zu verlieren, die Beziehung offensiv, selbstbezogen und auf dramatisierende Art und Weise einfordern (AWMF 2008). Die Abgrenzung zur Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ist aufgrund einiger Kriterienüberschneidungen manchmal schwierig, sodass auch gelegentlich beide Störungen diagnostiziert werden. Die beiden Persönlichkeitsstörungen sind durch Ängstlichkeit im Umgang mit anderen Menschen gekennzeichnet (Fossati 2006). Bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung äußert sich diese Ängstlichkeit durch die Sorge, ohne die Hilfe und Fürsorge anderer im Leben nicht zurechtzukommen (DSM-IV-TR, Saß et al. 2003). Bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung kommt die Ängstlichkeit in Form einer starken Angst vor Ablehnung durch andere zum Ausdruck (DSM-IV-TR, Saß et al. 2003). Bei beiden Störungen klagen Patienten über ein Gefühl von Minderwertigkeit, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und dem Wunsch nach Bestätigung. Bei abhängigen Patienten besteht dabei allerdings ein überstarkes Bedürfnis umsorgt zu werden, während sich ängstliche Patienten eher sozial isolieren aus Angst vor Kritik oder Zurückweisung (AWMF 2008). Im DSM-V ist die Abhängige Persönlichkeitsstörung nicht mehr enthalten, die Ängstliche hingegen wurde beibehalten (Kernberg 2012). Aufgrund der Überschneidungen bei den beiden Störungen ist zu erwarten, dass einige der Patienten, die nach dem DSM-IV die Diagnose einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung erhalten hätten, in Zukunft der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden.

## **2.5 Stabilität und Prognose von Persönlichkeitsstörungen**

Laut ICD 10 oder DSM IV sind Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen durch einen relativ stabilen Verlauf charakterisiert. Dennoch ist der Ausprägungsgrad von Verhaltensauffälligkeiten eng mit situativen Lebensumständen verbunden. Aktuell diskutierten Modellen zufolge gibt es unterschiedliche Dimensionen der Persönlichkeit, die sich einerseits durch stabile Merkmalskonstellationen und andererseits durch weniger stabile, von unangenehmen Lebensereignissen abhängigen Verhaltensmustern auszeichnen. Es konnte gezeigt werden, dass einige der einmal diagnostizierten personengebundenen Persönlichkeitseigenarten zwar bestehen bleiben können, sich nach Therapie in ihrer Schwere und Ausprägung jedoch deutlich reduzieren und die Anzahl der Diagnosen in den erneut untersuchten Fällen zurückgeht (Grilo et al. 2004).

Aktuelle Studien zum Verlauf geben eine 1-Jahres-Stabilität von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen mit durchschnittlich 44 % an, wobei die Diagnosekriterien für eine Ängstliche Persönlichkeitsstörung zu 56 % nach einem Jahr noch erfüllt werden konnten, während die Schizotype Persönlichkeitsstörung mit 34% am instabilsten war (Shea et al. 2002). Johnson et al. (2000) untersuchten die Beständigkeit pathologischer Persönlichkeitsmerkmale bei abhängig und ängstlich strukturierten Kindern, Adoleszenten und jungen Erwachsenen in einem Alterszeitraum von 9 bis 28 Jahren. Hier kam es zu einer Abnahme der pathologischen Merkmale um 53%-57% innerhalb dieser 19 Jahre. Abschließend soll die folgende Abbildung (Abb. 1) aus einem Review von Torgersen (2009) die Remissionsraten von Patienten mit PS im zeitlichen Verlauf verdeutlichen:



**Abb. 1: Zeitlicher Verlauf der Erfüllung der Diagnosekriterien von Patienten mit PS über 25 Jahre**

Anmerkung: Die Verwendung dieser Tabelle in der vorliegenden Arbeit wurde vom Autor schriftlich genehmigt.

Nach zwei Jahren erfüllten nur noch 50% die Kriterien einer PS, nach vier Jahren zwischen 35 und 40 %, nach sechs Jahren 25%, nach 10 Jahren 15% und nach 25 Jahren nur noch 10%.

Bei der Interpretation dieser Verlaufsstudien sollte beachtet werden, dass die Definitionen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen laut DSM IV oder ICD 10 dimensionale Aspekte der Persönlichkeit nur wenig berücksichtigen. Damit ist gemeint, dass Patienten, die die Diagnosekriterien zwar nicht mehr erfüllen,

durchaus noch spezielle Denkmuster haben können, die hohen Leidensdruck verursachen. Diese Merkmale können über die Zeit noch sehr beständig sein. Beispielsweise ist die Angst zurückgewiesen und nicht gemocht zu werden bei Patienten mit ängstlicher Persönlichkeitsstörung nach zwei Jahren bei mehr als 50% der Betroffenen weiterhin vorhanden. Das trifft auch für charakteristische Symptome anderer Persönlichkeitsstörungen zu (McGlashan et al. 2005).

Insgesamt lässt die aktuelle Forschung zum Verlauf von Persönlichkeitsstörungen aber eine deutlich bessere Prognose vermuten als allgemein angenommen. Das wirft ein optimistisches Licht auf die Therapienotwendigkeit bei Persönlichkeitsstörungen, entgegen der häufig vertretenen allgemeinen Annahme, dass Persönlichkeitsstörungen nur schwer therapeutisch zu beeinflussen sind. Therapiestudien, wie die Vorliegende, müssen in Zukunft zeigen, welche Behandlungsansätze zur Symptomverbesserung und -stabilisierung beitragen können.

### **3 Aktueller Forschungsstand zur Wirksamkeit der PKZT**

Psychotherapeutische Verfahren gelten derzeit als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Hadjipavlou et al. 2010; Perry et al. 1999; Verheul & Herbrink 2007, AWMF 2008). Für einige Persönlichkeitsstörungen konnte die Überlegenheit störungsspezifischer, manualgesteuerter Psychotherapien im Vergleich zu anderen unspezifischeren Verfahren empirisch gesichert werden. Dies trifft insbesondere für die Borderline-Störung, die Antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie die Ängstliche Persönlichkeitsstörung zu. Für die Ängstliche Persönlichkeitsstörung finden sich hierbei empirisch gesicherte Erkenntnisse für die Wirksamkeit bei der kognitiv-behavioralen, der interpersonalen und der psychodynamischen Therapie (AWMF 2008). Dass PKZT bei einer großen Gruppe von psychischen Störungen wirksam ist, wurde schon in einigen Meta-Analysen beschrieben (Abbass et al. 2012; Leichsenring et al. 2004). Die positiven Effekte bleiben langfristig stabil und scheinen in Nachuntersuchungen sogar noch weiter anzusteigen (Anderson & Lambert 1995; Leichsenring et al. 2004; Abbass et al. 2008). Das lässt vermuten, dass die psychodynamische Psychotherapie nicht nur langanhaltende Effekte erzielt, sondern auch psychologische Prozesse in Gang setzt, die noch Monate nach der Therapie zu weiteren Verbesserungen im Symptomenkomplex führen. Bei PS zeigt sich die PKZT gegenüber Vergleichsgruppen als prinzipiell wirksam (Abbass et al. 2008) und wird sogar bei komorbiden PS als First-Line-Therapie vorgeschlagen (Abbass et al. 2011). Im Folgenden werden Vergleiche der Wirksamkeit mit anderen etablierten psychotherapeutischer Interventions- und Therapieverfahren aufgelistet.

#### **3.1 PKZT vs. KBT bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen**

Wie Psychodynamische Kurzzeittherapie (PKZT) sich im Vergleich zu anderen Therapiemethoden qualitativ unterscheidet wird in der Therapieforschung stark diskutiert. Die generelle Wirksamkeit von Psychotherapien bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen konnte vor allem für kognitiv-behaviorale und ambulante psychodynamische Therapie gezeigt werden (Perry et al. 1999; Verheul & Herbrink 2007): Verglichen mit nicht-behandelten Persönlichkeitsstörungen zeigte sich eine deutlich schnellere Reduzierung von Symptomen und

Persönlichkeitspathologien. Die PKZT und die KBT gelten für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen und Depressionen als signifikant wirksam (Svartberg et al. 2004; Crits-Christoph 1992; Anderson & Lambert 1995) und erweisen sich in ihrer Effektivität als ebenbürtig (Leichsenring 2001; Leichsenring & Leibing 2003; Lewis et al. 2008; Roth & Fonagy 2005).

Einzelne Studien behaupten jedoch, PKZT sei der KBT unterlegen (Hardy et al. 1995) oder gar unwirksam (Emmelkamp et al. 2006). Hier zeigten Patienten mit Ängstlicher Persönlichkeitsstörung keine signifikanten Verbesserungen, sondern vergleichbare Ergebnisse wie eine Warteliste-Gruppe. Die KBT war den beiden Gruppen hingegen in den meisten Messpunkten überlegen und zeigte signifikante Therapieeffekte. Das Studienkonzept, die Auswertung und die Darlegung der Ergebnisse wurden von Leichsenring & Leibing (2007) kritisiert und die Ergebnisse als fragwürdig interpretiert. Insgesamt kann man die PKZT und die KBT als in ihrer Wirksamkeit bei PS gleichgestellte Therapiekonzepte ansehen.

### **3.2 PKZT vs. PLZT bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen**

In einer Studie von Knekt et al. (2008) zeigte die PKZT einen größeren kurzfristigen Effekt in depressiven und ängstlichen Symptomen bei Patienten mit Angst- und Affekt-Störungen verglichen mit psychodynamischer Langzeittherapie. Der langfristige Effekt in den 3-Jahres-Nachuntersuchungen fiel jedoch geringer aus. Gleiches galt für die Kriterien Arbeitsfähigkeit und soziales Funktionsniveau.

### **3.3 PKZT vs. Pharmakotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen**

Im Unterschied zu psychodynamischer Therapie und KBT nimmt Psychopharmakotherapie in der Behandlung der Persönlichkeitsstörungen keinen großen Stellenwert ein (Verheul & Herbrink 2007). Sie ist aber bei gleichzeitig bestehender akuter psychischer Erkrankung, zum Beispiel Depression, durchaus als unterstützende Therapie indiziert (Verheul & Herbrink 2007; Ferrero et al. 2007). Laut S2-Leitlinien kann der Nachweis der Wirksamkeit von Selektiven Wiederaufnahmehemmern, irreversiblen und reversiblen Monoamino-Oxidase-Inhibitoren sowie von dual wirksamen Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern bei der Generalisierten Sozialen Phobie mit

Einschränkung auf die Ängstliche Persönlichkeitsstörung übertragen werden (AWMF 2008).

### **3.4 Zusammenfassung des Forschungsstandes zur Wirksamkeit von PKZT**

Es zeigt sich, dass psychodynamische Kurzzeittherapie bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen prinzipiell wirksam und einer reinen Pharmakotherapie überlegen ist. Im Vergleich zu anderen Psychotherapien zeigen sich nach gegenwärtigem Stand der Forschung weniger nachhaltige Effekte, zur Hierarchie liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Trotzdem deutet die Mehrzahl der Studien darauf hin, dass weder PKZT noch KBT oder PLZT in ihrer Wirksamkeit in signifikantem Maße überlegen sind. Erwähnenswert ist, dass Studien, die bestimmte Therapieformen als „die Bessere“ darstellen, meist die persönliche Behandlungsrichtung des berichtenden Forschers bevorzugen (Luborsky et al. 1999; Shedler 2011). Dieses Phänomen wird allgemein als „Investigator Allegiance Effect“ bezeichnet.

Es ist festzustellen, dass die generelle Wirksamkeit von PKZT in einigen Studien und Meta-Analysen untersucht wurde, eine Fokussierung auf spezielle psychische Störungen bislang aber selten ist. Es gibt zurzeit nur wenige Meta-Analysen, die explizit auf spezifische Psychotherapieformen bei den einzelnen Persönlichkeitsstörungen eingehen. Eine Ausnahme ist hier die umfangreich erforschte Behandlung der Borderline-Störung. Es gibt nur wenige Studien, die sich mit der Therapie von Patienten mit Ängstlicher Persönlichkeitsstörung befassen (Emmelkamp et al. 2006; Alden 1989) und mir sind keine Studien bekannt, die sich mit der Wirksamkeit spezieller Therapieformen bei Patienten mit Abhängiger Persönlichkeitsstörung auseinandersetzen. Dies führt zu dem Anliegen, als Beitrag zur Wirksamkeitsforschung unter Praxisbedingungen, den Effekt einer psychodynamischen Kurzzeittherapie nach dem CMP/SASB-Modell bei ambulanten Patienten mit Abhängiger und/ oder Ängstlicher Persönlichkeitsstörung in einem naturalistischen Setting zu untersuchen.

## 4 Fragestellungen und Hypothesen

Psychotherapeutische Verfahren gelten derzeit als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Hadjipavlou et al. 2010; Perry et al. 1999; Verheul & Herbrink 2007, AWMF 2008). Die PKZT ist in der Therapie von psychischen Störungen als allgemein wirksam einzustufen (Leichsenring et al. 2004; Crits-Christoph 1992; Svartberg & Stiles 1991; Anderson & Lambert 1995). Die Ängstliche PS ist mit einem Anteil von 15,4% bei psychiatrischen Patienten vertreten (Loranger et al. 1994), die Abhängige PS bei ambulanten Patienten mit einem Anteil von 1,4% (Zimmermann et al. 2005). Unter dem dargestellten theoretischen Hintergrund zu den Persönlichkeitsstörungen und dem aktuellen Forschungsstand zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie kann man annehmen, dass PKZT bei Patienten mit Ängstlichen und Abhängigen PS prinzipiell wirksam sein kann. In dieser Studie gilt es zu zeigen, wie sich das Beschwerdebild von Patienten mit Ängstlicher und Abhängiger PS nach PKZT verändert. Kennwerte, als Maß für den primären Endpunkt, das Beschwerdebild der Patienten, waren die GSI-, BSS- und GAF-Werte zu fünf Zeitpunkten (Therapiebeginn, Therapieende, sechs Monate, ein Jahr und zwei Jahre nach Therapieende).

Die für diese Studie verwendeten Variablen wurden wie folgt operationalisiert und benannt:

1. Subjektive Symptomschwere: Kennwert „GSI“ (Global Severity Index, SCL-90-R: Franke 2002)
2. Objektive Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus: Kennwert „GAF“ (Global Assessment of Functioning: Endicott et al. 1976)
3. Objektive Beeinträchtigungsschwere: Kennwert „BSS“ (Beeinträchtigungsschwere-Score: Schepank 1995)
4. Testzeitpunkte: A = Aufnahme, E = Entlassung, K1 = 6-Monatskatamnese, K2 = 1-Jahreskatamnese, K3 = 2-Jahreskatamnese

Für alle durchzuführenden Hypothesentests wurden die üblichen Entscheidungsalgorithmen und folgende Abkürzungen verwendet: Annahme der  $H_1$ , falls  $p \leq \alpha$  (Abkürzung: A- $H_1$ ), Beibehalten/Annahme der  $H_0$ , falls  $p > \alpha$

(Abkürzung: A-H<sub>0</sub>). H<sub>0</sub> ist die Nullhypothese,  $\alpha$  ist das Signifikanzniveau, festgelegt auf 5%.

### **Explorative Untersuchung zum Ausschluss möglicher Einflüsse auf das Beschwerdebild unabhängig von der PKZT**

Zur besseren Einschätzung der Therapieergebnisse wurden potentielle, individuell auftretende Störfaktoren, die die Ergebnisverteilung des Beschwerdebildes möglicherweise beeinflussen könnten, festgelegt. Ob ein signifikanter Einfluss auf den GSI-, GAF- oder BSS-Wert bestand, wurde mittels Korrelationen bzw. t-Tests explorativ untersucht. Folgende Variablen wurden untersucht: das Alter bei Therapiebeginn ( $\mu 1$ ), das Vorliegen von psychotherapeutischen Nachbehandlungen im gesamten Katamnesezeitraum, Psychopharmaka-Einnahme bei Aufnahme und Studienabschluss, das Vorhandensein kritischer Lebensereignisse bei Entlassung und Studienabschluss und das Strukturniveau bei Aufnahme (hier zusammengefasst als  $\mu 2$ ). Die Untersuchung dieser Variablen galt nicht als Mittelpunkt der Forschungshypothese und lieferte allenfalls orientierende Richtwerte zur besseren Einschätzung der Therapiewirksamkeit.

*Haben, ausgenommen der PKZT, weitere Faktoren einen signifikanten Einfluss auf Veränderungen im Beschwerdebild (gemessen am GSI, GAF und BSS)?*

#### **Operationalisierung der Hypothesen:**

Die bivariate Korrelation von Alter ( $\mu 1$ ) und GSI/GAF/BSS (jeweils zu A, E, K1-3) ist nicht signifikant.

$\mu 1 + \text{GSI/GAF/BSS}$  (jeweils A, E, K1-3): Testen auf H<sub>0</sub>, falls  $p > 0,05$

Der t-Test von zwei unabhängigen Stichproben zeigt in der Untersuchung der weiteren Störfaktoren ( $\mu 2$ ) keine signifikanten Gruppenunterschiede im Beschwerdebild gemessen am GSI, GAF und BSS ( $x =$  Variablen der GSI- /GAF- /BSS-Werte zu den jeweiligen Messzeitpunkten A, E, K1-3).

Gruppe 1:  $x$  (Merkmal  $\mu 2$  vorhanden); Gruppe 2:  $x$  (Merkmal  $\mu 2$  nicht vorhanden): Testen auf H<sub>0</sub>, falls  $p > 0,05$

## Untersuchung der Effekte von PKZT auf das Beschwerdebild

### Fragestellung 1

Der GSI-Wert ist ein Maß für die subjektive, psychische Symptombelastung der Patienten. Der Grenzwert für eine „gesunde“ Symptombelastung liegt für Frauen bei  $< 0,77$  (Franke 2002).

*Führt PKZT zu einer signifikanten, anhaltenden Reduzierung des GSI-Mittelwertes (gemessen bei Entlassung, nach 6, nach 12 und nach 24 Monaten)? Liegen die GSI-Mittelwerte der eigenen klinischen Stichprobe in den Nachuntersuchungen unterhalb des Grenzwertes der Referenzstichprobe von Franke (2002) im physiologischen Bereich?*

### Operationalisierung der Hypothesen

Die GSI-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) sollten in der ANOVA signifikant niedriger sein als der Aufnahmemittelwert.

$H_0$ :  $GSI(E, K1-3) \geq GSI(A)$ ;  $H_1$ :  $GSI(E, K1-3) < GSI(A)$  (Testen auf  $H_1$ , falls  $p < 0,05$ )

Die GSI-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) sollten unterhalb des Grenzwertes für Frauen liegen (Anteil weiblicher Probanden in der eigenen Stichprobe 90%).

$H_0$ :  $GSI(E, K1-3) \geq 0,77$ ;  $H_1$ :  $GSI(E, K1-3) < 0,77$  (Testen auf  $H_1$ )

### Fragestellung 2

Der GAF-Wert ist ein objektives Maß für die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereiche der Patienten. Der Skalenwert 70 stellt einen Grenzwert für die klinische Relevanz dar. Werte kleiner 70 verweisen auf eine klinisch bedeutsame Ausprägung der Symptomatik (Aas 2011).

*Führt PKZT zu einer signifikanten, anhaltenden Erhöhung der globalen Funktionalität der Patienten in der Therapeuteneinschätzung (gemessen am GAF bei Entlassung, nach 6, nach 12 und nach 24 Monaten)? Verbessert sich die Funktionseinschränkung der eigenen klinischen Stichprobe in den Nachuntersuchungen auf GAF-Werte ohne klinische Relevanz ( $\geq 70$ )?*

### Operationalisierung der Hypothese 2

Die GAF-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) sollten in der ANOVA signifikant höher sein als der Aufnahmemittelwert.

$H_0: \text{GAF (E, K1-3)} \leq \text{GAF (A)}$ ;  $H_1: \text{GAF (E, K1-3)} > \text{GAF (A)}$  (Testen auf  $H_1$ , falls  $p < 0,05$ )

Die GAF-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) sollten oberhalb des Grenzwertes für die klinische Relevanz liegen.

$H_0: \text{GAF (E, K1-3)} < 70$ ;  $H_1: \text{GAF (E, K1-3)} \geq 70$  (Testen auf  $H_1$ )

### Fragestellung 3

Der BSS ist ein objektives Maß des individuellen Beeinträchtigungsgrades durch Beschwerden auf körperlicher, psychischer und sozialkommunikativer Ebene. Grenzwert für den Summenscore ist der Wert 5. Werte von 5 oder darüber gehen mit einer deutlichen Beeinträchtigungsschwere mit Krankheitswert einher (Schepank 1995).

*Führt PKZT zu einer signifikanten, anhaltenden Reduzierung der Beeinträchtigungsschwere der Patienten in der Therapeuteneinschätzung (gemessen am BSS bei Entlassung, nach 6, nach 12 und nach 24 Monaten)? Verbessert sich der Beeinträchtigungsgrad der eigenen klinischen Stichprobe in den Nachuntersuchungen auf BSS-Werte ohne Krankheitswert ( $< 5$  nach Schepank 1995)?*

### Operationalisierung der Hypothese 3

Die BSS-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) sollten in der ANOVA signifikant niedriger sein als der Aufnahmemittelwert.

$H_0: \text{BSS (E, K1-3)} \geq \text{BSS (A)}$ ;  $H_1: \text{BSS (E, K1-3)} < \text{BSS (A)}$  (Testen auf  $H_1$ , falls  $p < 0,05$ )

Die BSS-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) sollten unterhalb des Grenzwertes für die klinische Relevanz liegen.

$H_0$ : BSS (E, K1-3)  $\geq 5$ ;  $H_1$ : BSS (E, K1-3)  $< 5$  (Testen auf  $H_1$ )

### **Explorative Untersuchung der Remission der Aufnahmediagnose**

Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe wurde zur groben Orientierung bei der Bewertung des Therapieeffektes die prozentuale Remissionsrate der Diagnose der Patienten erfasst und mit dem natürlichen Verlauf von pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen verglichen. Es ließ sich beweisen, dass sich pathologische Persönlichkeitsmerkmale im zeitlichen Verlauf spontan zurückbilden. Die Anzahl ängstlicher und abhängiger Persönlichkeitsmerkmale zeigte einen Rückgang von 53 - 57% nach frühestens 13 Jahren (Johnson et al. 2000). Um die Annahme zu kräftigen, dass die erwartete Rückbildung der pathologischen Persönlichkeitsmerkmale durch die PKZT beeinflusst wird, wurde die ermittelte Remissionsrate mit dem natürlichen Verlauf von pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen verglichen.

*Zeigen die Patienten dieser Studie höhere Remissionsraten in den Nachuntersuchungen als Patienten mit pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen im natürlichen Verlauf (Johnson et al. 2000)?*

### **Operationalisierung der Hypothese**

Die Remissionsraten der eigenen klinischen Stichprobe ( $x_1$ , zu den Zeitpunkten K1-3) sollten höher sein, als die Remissionsrate ( $x_2$ ) im natürlichen Verlauf von pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen (Johnson et al. 2000):

$H_0$ :  $x_1 \leq x_2$ ;  $H_1$ :  $x_1 > x_2$  (Testen auf  $H_1$ )

## **5 Methodik**

Die Studie wurde von April 2002 bis August 2011 in der Psychosomatischen Klinik des LVR Klinikums Düsseldorf unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress durchgeführt. Es handelt sich um eine naturalistische Studie, die die realen psychotherapeutischen Behandlungsbedingungen widerspiegelt. Gemessen wurden prospektiv die Effekte psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Patienten mit Abhängiger und Ängstlicher Persönlichkeitsstörung.

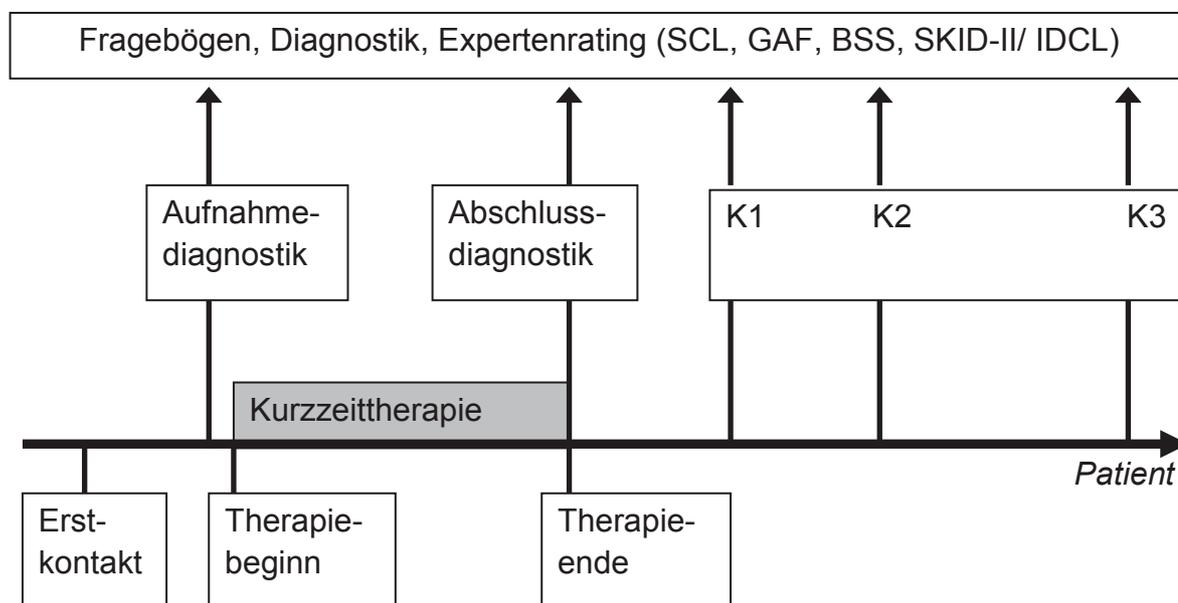
Ein positives Votum einer Ethikkommission für die Datenerhebung dieser Studie in der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf wurde gegeben (Studennummer: 3063).

### **5.1 Studienverlauf**

Die Patienten stellten sich entweder in unserer psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutsambulanz eigenständig vor oder wurden von ihrem Hausarzt oder niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Facharzt überwiesen. Aufgabe der bis zu zwei ambulanten Vorgespräche waren die Diagnostik (mittels Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV, Achse-II = SKID II; Internationale Diagnosen Checklisten der DSM IV= IDCL oder klinisch) und die Indikationsstellung für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapie. Erfüllte ein Patient die Einschlusskriterien der Studie (s.u.), wurde er über Therapie- und Nachuntersuchungsverlauf aufgeklärt. Nach Einwilligung für die Teilnahme an der Studie folgten 25 Therapiesitzungen von je 50 Minuten. Der zeitliche Abstand der Sitzungen betrug meist eine Woche. Zur Prozessanalyse und Verlaufskontrolle wurde nach der ersten oder zweiten Therapiestunde und bei Therapieende ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung (Symptom Check List = SCL-90-R) und zwei zur Therapeutenbeurteilung ausgefüllt (Global Assessment Of Functioning Scale = GAF und Beeinträchtigungsschwere Score = BSS). Nach regulärer Beendigung der Therapie wurden die Katamnese-Termine vereinbart, die durch einen Therapeuten durchgeführt wurden, welcher die Therapie nicht geleitet hatte. Hier wurden die Art und die Schwere der Symptomatik der Patienten nach sechs Monaten, ein und zwei Jahren untersucht (Abb. 2). Die Katamnesen bestanden aus zwei Abschnitten. Zu Beginn gab es einen freien

Interviewteil mit einer offenen Eingangsfrage zur derzeitigen Befindlichkeit und Lebenssituation, in dem besonders auf ein zentrales Beziehungsthema im Leben des Patienten geachtet wurde. Dann folgte ein halbstrukturiertes Interview mit gezielten Fragen zum augenblicklichen Gesundheitszustand (insbesondere Arbeitsfähigkeit, Arztbesuche, Behandlungen, Medikamenteneinnahme seit dem Therapieende bzw. dem letzten Katamnese-Interview), subjektiven Erleben körperlicher und seelischer Symptome im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen, Genuss- und Suchtmittelgebrauch, zu aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen, zur aktuellen Lebenssituation hinsichtlich Wohnen und Arbeit, zur Sexualität und Liebesfähigkeit, zum derzeitigen Selbstbild und zur Erfahrung mit der stattgehabten Kurzzeitpsychotherapie. Parallel wurden die Daten zur Verlaufskontrolle mit Hilfe der Fragebögen zur Selbstbeurteilung (SCL-90-R) und die zur Expertenbeurteilung (BSS, GAF) erhoben.

Alle Patienten, die in die Studie mit aufgenommen wurden, wurden auch in die statistische Auswertung mit einbezogen. Fehlende Katamnesen oder Datensätze wurden nach dem Intention-to-Treat-Prinzip ergänzt (siehe auch Kapitel 5.7 „Statistische Datenanalyse“).



**Abb. 2: Zeitlicher Studienverlauf**

## 5.2 Ein- und Ausschlusskriterien

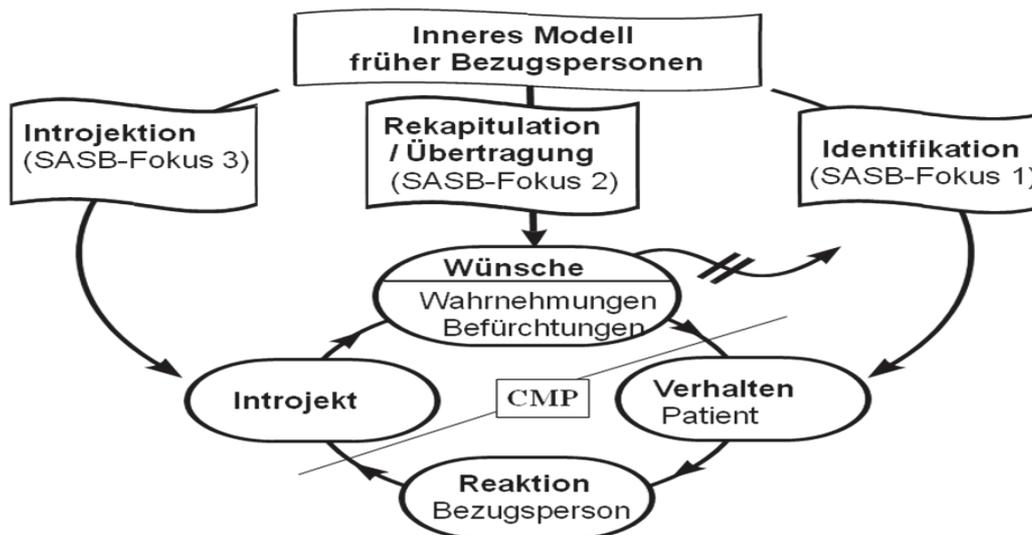
20 Patienten wurden im Zeitraum von April 2002 bis Dezember 2008 in die Studie eingeschlossen. Sie mussten mindestens die Kriterien für eine Abhängige oder eine Ängstliche Persönlichkeitsstörung erfüllen. Die Diagnosestellung erfolgte entweder über das SKID II (Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV) die IDCL (Internationale Diagnosen Checkliste) oder durch klinische Einschätzung. Das Mindestalter betrug 18 Jahre. Weiterhin sollten die Patienten eine ausreichend hohe Therapiemotivation haben. Die Motivation wurde im Erstgespräch auf einer ordinalen Skala mit 3 Abstufungen (hoch, mittel, niedrig) eingeschätzt. An der Studie konnten nur Patienten teilnehmen, die hoch oder mittel motiviert waren. Patienten mit psychotischen Störungen, akuter Suizidalität, einer Suchtproblematik, primär organischen Erkrankungen, allgemeiner Intelligenzminderung und unzureichenden Sprachkenntnissen wurden von der Studie ausgeschlossen.

## 5.3 Therapiemethode

Die psychodynamische Kurzzeittherapie orientierte sich am Manual zur Kurzpsychotherapie von Strupp und Binder (1991), sowie am Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters (CMP/SASB-Modell) von Tress et al. (1996). Zentraler Gegenstand des tiefenpsychologisch orientierten Manuals ist die Formulierung des sogenannten „dynamischen Fokus“. Er basiert auf Erzählungen des Patienten über seine zwischenmenschlichen Lebenserfahrungen, gegenwärtigen Schwierigkeiten und immer wiederkehrenden Problemen. In dieser Studie diente das Konzept des *zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters* (CMP) der Fokusformulierung und schaffte damit ein Arbeitsmodell, durch welches relevante Informationen gesammelt, strukturiert und systematisch in die Therapie integriert werden konnten. Es beinhaltet die intrapsychischen und interpersonellen Kategorien des dynamischen Fokus in seinen klinisch relevanten Anteilen, die in einer zirkulären prototypischen Struktur angeordnet sind (Abb.3). Dabei bilden die vier Handlungskategorien (Introjekt, Erwartungen an Andere, Eigenhandlungen und Verhalten Anderer) mit ihren Wechselbeziehungen einen Rahmen für die narrativen zwischenmenschlichen Verhaltensmuster. Das **Introjekt** reflektiert Einstellungen und Bewertungen, welche der Patient früher durch relevante

Bezugspersonen erfahren und nun selbstreflexiv und ich-synton übernommen hat. Es beschreibt also den Umgang des Patienten mit sich selbst, zum Beispiel demütigt er sich heute selbst so, wie er früher von seinen Eltern kritisiert und lächerlich gemacht wurde. Hierauf folgen generalisierte **Erwartungsstereotypen** des Patienten in Bezug auf das Verhalten Anderer zu ihm wie Ablehnung oder Missbilligung im Sinne einer *Internalisierung* früherer Primärerfahrungen. Auf dem Boden dieser Negativerwartungen folgen bestimmte **Eigenhandlungen**, zum Beispiel sozialer Rückzug oder ein prophylaktischer Gegenangriff im Sinne einer *Identifikation* mit den Primärobjecten. Das darauf folgende beobachtete **Verhalten anderer**, als komplementäre Reaktion der Mitmenschen und Bezugspersonen auf die Eigenhandlungen bestätigen in den Augen des Patienten die Befürchtungen und sein ohnehin schon negatives Introjekt. Damit ist das das maladaptive Verhaltensmuster des Patienten ein sich selbst erhaltender Teufelskreis. Hier ist es Aufgabe des Therapeuten sich entgegen den Erwartungen des Patienten zu verhalten um den Teufelskreis zu durchbrechen und die maladaptiven Denk- und Verhaltensmuster weitestgehend aufzuheben.

In der folgenden Abbildung (Abb. 3) wird der Prototyp des CMP-Modells dargestellt.



**Abb. 3: CMP – Prototyp, Tress et al. (1996)**

Die im dynamischen Fokus erfassten repetitiven zwischenmenschlichen Beziehungsmuster werden als Quelle der Persönlichkeitsbildung und der psychogenen Erkrankung angesehen. Ist das Konzept des dynamischen Fokus aus den biographischen zwischenmenschlichen Erzählungen des Patienten erstellt, so orientiert sich der weitere Therapieverlauf an der Inszenierung dieser pathologischen Verhaltensmuster in die aktuelle Therapeuten - Patienten Beziehung. Die sogenannte Übertragungsanalyse erfasst zum einen die Übertragung emotionaler Patientenkonflikte in die Therapiebeziehung und zum anderen die Gegenübertragung von Affekten und Reaktionen, die der Patient durch sein Verhalten beim Therapeuten auslöst oder auszulösen versucht. In der Übertragungsanalyse im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Beziehung geht es grundsätzlich um die Identifikation und Interpretation von inszenierten dysfunktionalen Beziehungs-, Erlebens- und Verhaltensmustern. Dabei bieten Übertragungssituationen zum Therapeuten dem Patienten zusätzlich Raum und Möglichkeiten zur Reflexion seiner zwischenmenschlicher Unsicherheiten und Beziehungsstörungen (Fiedler 2001, Strupp und Binder 1991). Die gegenwärtige Beziehung zwischen Therapeut und Patient dient hierfür als Modell, in dem der Patient verstehen und erkennen soll, welche Rolle und Funktionen diese Transaktionen in seinem jetzigen Leben haben. Ziel der Therapie ist es, durch klärende, konfrontierende und deutende Techniken eine konstruktive Lebenserfahrung zu vermitteln, die beim Patienten zu einer Besserung des

Selbstbildes und der Qualität seiner zwischenmenschlichen Beziehungen führt (Strupp und Binder 1991). Dabei liegt ein wesentlicher Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung in einer dialektischen Dynamik zwischen akzeptierender Wertschätzung und Irritationen von Selbstbild und erwarteten Interaktionsmustern (AWMF 2008).

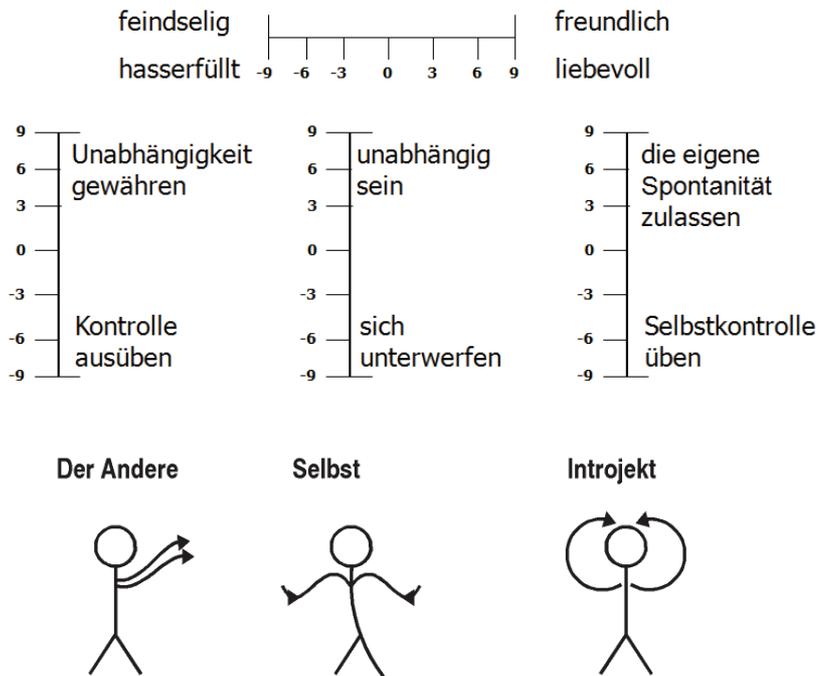
Das SASB (*structural analysis of social behavior*) wurde ursprünglich 1974 von L.S. Benjamin entworfen. Es ist eine Analysemethode zur Beschreibung von Interaktionsverläufen und charakterisiert systematisch interpersonelle und intrapsychische Muster. Es ist weitgehend theorieneutral, verwendet eine psychometrisch validierte Standardsprache und hat in eine gute Interrater-Reliabilität (Cohens Kappa = 0,82, Junkert-Tress et al. 1999). In der Psychotherapieforschung und in Supervisionen dient es der Komplexitätsreduktion und Kodierung wiederkehrender Beziehungs- und Interaktionsmuster. Einfache Leitfrage des SASB ist: „Wer verhält sich wie zu wem und wie reagiert jener darauf?“.

Kernbestand des SASB sind drei Ebenen des zwischenmenschlichen Verhaltens, die drei Foci (Tress et al. 1996):

1. „Der Andere“: Der transitive Fokus beschreibt, wie der Sprecher (hier Patient) den Adressaten (hier Therapeut) beeinflusst - ob er ihn aufmuntert oder entmutigt, ob er ihm zugeneigt ist oder ihn ablehnt. Die Aufmerksamkeit ist also darauf gerichtet, was der Sprecher mit dem Zuhörer macht.
2. „Selbst“: Im zweiten, intransitiven Fokus betrachtet man die Reaktion des Patienten (Gestik, Mimik, Gesprochenes) auf eine transitive Botschaft des Therapeuten. Durch sein Verhalten gibt er eine Selbstauskunft zum Beispiel in Form von Dankbarkeit oder Rückzug, Freude oder Kränkung.
3. „Introjekt“: Der dritte Fokus der Introjektion ist inhaltlich identisch mit der „Introjektion“ des CMP (s.o.). Hier erfasst man die Einstellung des Sprechers zu sich selbst. Er kann sich kritisch oder lobend, kontrollierend oder freizügig über sich selbst äußern.

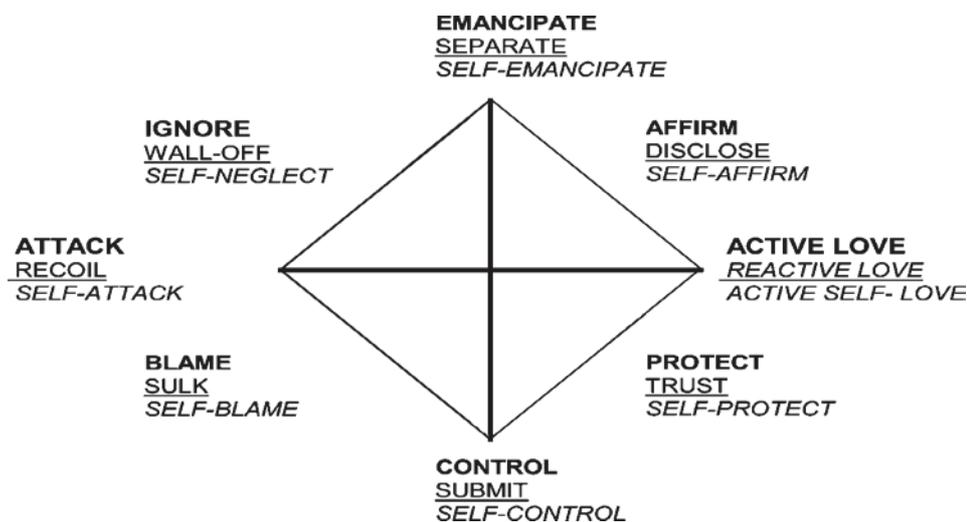
Innerhalb der einzelnen Foki gibt es zwei Hauptdimensionen, die die Qualität der Kommunikation erfassen:

1. Die Zuneigungsdimension beschreibt Freundlichkeit gegenüber Feindseligkeit auf der horizontalen *Affiliationsachse*.
2. Die Kontrolldimension beschreibt Unabhängigkeit gegenüber Kontrolle auf der vertikalen *Interdependenzachse*.



**Abbildung 4: Dimensionen und Foki der Kommunikation im SASB**

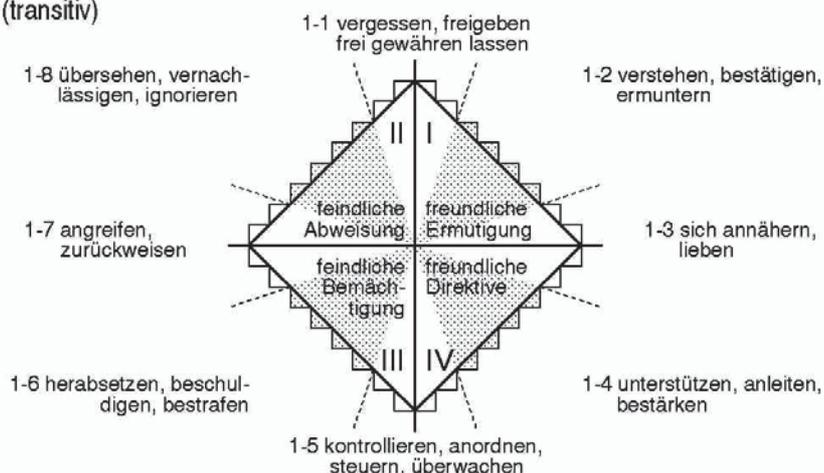
L. S. Benjamin (1996) entwickelte dann ein Cluster, in das sie die Dimensionen der Kommunikation einordnete (Abb. 5):



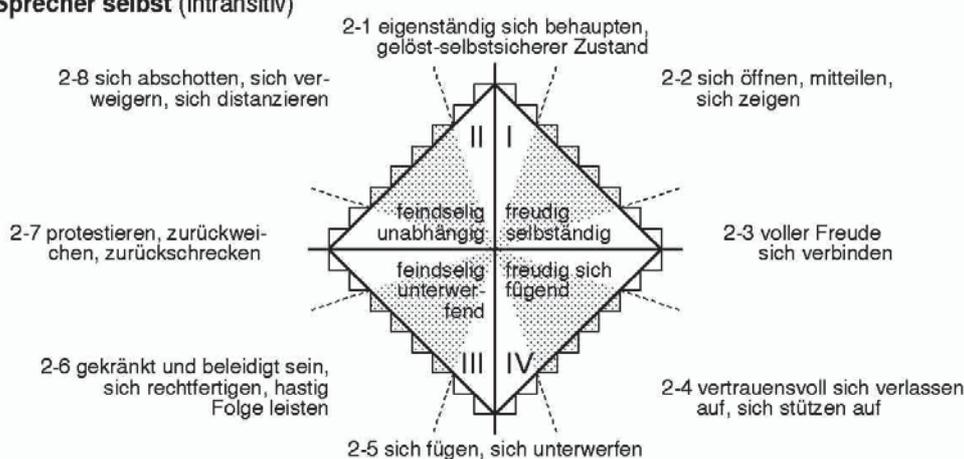
**Abb. 5: Cluster-Modell nach Benjamin (1996)**

In den Kurzzeittherapien werden diese beiden Modelle kombiniert indem die Kategorien des CMP Modells (Introjekt, Internalisierung, Identifikation und Reaktion der Bezugspersonen) in die Foki und Cluster des SASB-Modells überführt werden. Hier erreichte man eine Interrater-Reliabilität von Cohens Kappa = 0,77 (Junkert-Tress et al. 1999). Mithilfe von *Items*, die den Clustern zugewiesen werden, kann man Gesprächsverläufe kodieren und analysieren (Junkert-Tress et al. 1999). Eine weitere Funktion dieser Modelle ist daher auch ihre Verwendung in Supervisionen und zur Therapeutenausbildung.

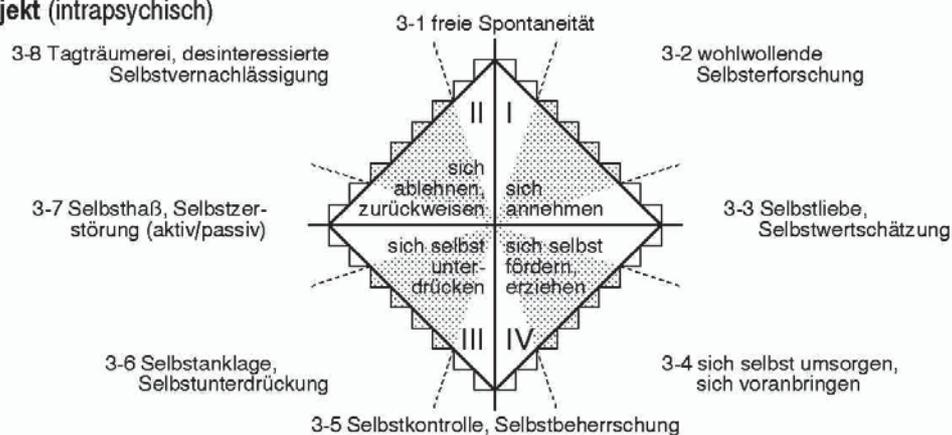
**Fokus: Der Andere (transitiv)**



**Fokus: Der Sprecher selbst (intransitiv)**



**Fokus: Introjekt (intrapsychisch)**



**Abb. 6: Deutsche Quadranten- und Cluster- Version des SASB Modells, Tress 1993.**

Anmerkung: Kommunikative Akte sind fokal gerichtet (transitiv, intransitiv oder intrapsychisch) und enthalten stets eine Dimension der Affiliation (horizontal) sowie der Interdependenz (vertikal).

In einer Stichprobe von 112 ambulanten Patienten mit gemischten Diagnosen erwies sich der therapeutische Ansatz nach dem CMP/SASB-Modell bereits als

wirksam (Hecke et al. 2008). Die Fokussierung auf zwischenmenschliche Beziehungen und den Umgang mit sich selbst lässt die Therapiemethode als besonders geeignet für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erscheinen, da sich die Ansicht, dass Persönlichkeitsstörungen als Beziehungs- und Interaktionsstörungen aufgefasst werden können, zunehmend durchsetzt (Sachse 2001).

#### **5.4 Therapeuten**

Therapeuten waren psychologische Psychotherapeuten und approbierte Ärzte mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein wichtiger Bestandteil der psychodynamischen Therapie war das zentrale Beziehungsthema des Patienten, mit dem Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung. Das stellte den Therapeuten in der therapeutischen Beziehung zu persönlichkeitsgestörten Patienten vor die Herausforderung eine Balance zwischen Erfüllung und Irritation der interaktionellen Erwartungen des Patienten zu finden. Daher sollte jeder Therapeut je nach Belastungsfaktoren, die auf den Patienten einwirken, flexibel in seinen Beziehungsangeboten reagieren können. Trotzdem tendieren Therapeuten auf Dauer dazu, den komplementären Beziehungsangeboten der Patienten zu entsprechen bzw. ihre Gegenübertragungen nicht vollständig reflektieren zu können. Damit läuft man Gefahr, den Veränderungsprozess des Patienten zu verzögern (AWMF 2008). Um das zu verhindern waren regelmäßige Supervisionen ein integraler Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Hier wurden die Patienten von dem jeweiligen Therapeuten vorgestellt und Gesprächsausschnitte mittels Tonbandaufnahmen im Sinne einer Adhärenzkontrolle kollegial analysiert und korrigiert. Um eine hohe BSS und GAF Reliabilität zu gewährleisten, gab es einmal pro Jahr Schulungen für den Umgang mit diesen Messinstrumenten.

Ob in der Psychotherapie weniger erfahrene Therapeuten schlechtere oder uneinheitlichere Therapieerfolge erzielen als die Fachärzte bleibt unklar. Hierzu maßen Probst et al. (1994) die Symptomschwere bei Patienten nach Kurzzeitpsychotherapie mit erfahrenen und weniger erfahrenen Therapeuten und konnten für alle Gruppen eine signifikante Reduktion der Symptomschwere im

GSI und GAF feststellen. Crits-Christoph et al. (1991) beschrieben in einer Meta-Analyse, dass vor allem Therapiemanuale und erfahrene Therapeuten die Grundlage für einheitliche Bewertungsmaßstäbe bildeten. Hierbei galten Therapeuten ab dem 2. Ausbildungsjahr als „moderat erfahren“ und ab dem 5. Ausbildungsjahr als „höchst erfahren“. Auch in der vorliegenden Studie sind zumindest „moderat erfahrene“ Therapeuten beteiligt und die psychodynamische Kurzzeittherapie richtet sich nach dem Manual von Strupp und Binder (1991). Daher sollte man von einem einheitlichen Bewertungsmaßstab des Therapieerfolges ausgehen können.

## **5.5 Messinstrumente**

### **5.5.1 SKID II/ IDCL zur Diagnostik**

Mithilfe des SKID II oder des IDCL-P wurden die Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen bei der Aufnahme gestellt. Die Diagnosekriterien wurden nach der Therapie und in den Katamnesen erneut geprüft um den Verlauf der Remission in der Diagnose zu beobachten.

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II, Wittchen et al. 1997) ist ein verbreitetes Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach dem Diagnosemanual DSM-IV. Mit dem SKID-II können die im DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden. Es handelt sich um ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen und einem nachfolgenden Interview. Der Fragebogen dient dem Screening für die Merkmale der zwölf erfassten Persönlichkeitsstörungen. Im nachfolgenden Interview werden diese dann genauer exploriert (Fiedler 2007). Die Durchführung dieses Interviews ist mit einer Dauer von etwa 30 Minuten als zeitökonomisch einzustufen.

Eine Beispielfrage aus dem Test für Ängstliche PS lautet:

„Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennenlernen?“ Wenn zutreffend:

„Warum?“

Hier erfolgt die Nennung mehrerer Beispiele.

Die Internationale Diagnosen Checkliste (IDCL) ist ebenfalls ein Instrument für den Diagnostiker und orientiert sich an den DSM-IV und ICD-10 Kriterien. Sie beinhaltet eine große Gruppe psychischer Störungen (z.B. psychotische Störungen, affektive Störungen, Angststörungen usw.). Hier werden die Symptome vom Therapeuten mit „ja“, „Verdacht“ und „nein“ beantwortet. Gibt es mindestens vier Antworten mit „ja“, so gilt die Diagnose als gesichert. In dieser Studie beschränkte man sich auf die Untersuchung der Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P). Der zeitliche Rahmen von 30 Minuten wurde auch hier kaum überschritten.

Ein *Beispielitem* zur Ermittlung der Art der Persönlichkeitszüge bei der Diagnostik der Abhängigen PS lautet hier:

„Ermunterung oder Erlaubnis für andere, die meisten wichtigen Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen.“ Nein/ Verdacht/ Ja.

### **5.5.2 Kontrollvariablen**

Um potentielle Störfaktoren außerhalb der PKZT auf das Beschwerdebild aufzudecken wurden Kontrollvariablen bestimmt und auf ihren Einfluss untersucht. Hierzu wurde das Alter bei Therapiebeginn, das Vorliegen von psychotherapeutischen Nachbehandlungen im gesamten Katamnesezeitraum, Psychopharmaka-Einnahme bei Aufnahme und Studienabschluss, das Vorhandensein kritischer Lebensereignisse bei Therapieende und Studienabschluss und das Strukturniveau bei Aufnahme erfasst. Es folgen genauere Erläuterungen zu den kritischen Lebensereignissen und zum Strukturniveau:

#### **Erfassung kritischer Lebensereignisse**

Unter kritischen Lebensereignissen versteht man eine dramatische Beeinflussung des weiteren Lebenslaufs, zum Beispiel der Verlust einer geliebten Person, eine schwere Krankheit oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Holmes und Rahe (1967) zeigten an einer retrospektiven Befragung von über 5000 Personen, welche kritischen Lebensereignisse in welchem Ausmaß zu einer Krankheit geführt hatten. Anhand der Ergebnisse wurde die Social Readjustment Rating Scale (Anhang B) erstellt, d.h. ein Ranking, in dem die „*Life Events*“ mit abfallendem Risiko in naher Zukunft krank zu werden aufgelistet wurden. In Bezug auf die

Größe des Einflusses wurden *Scorewerte* von 100 bis 11 ermittelt. Mit der höchsten Punktzahl von 100 zeigt der Tod der Ehefrau oder des Ehemannes das größte Risiko in naher Zukunft zu erkranken.

Orientierend an der beschriebenen Social Readjustment Rating Scale (Holmes und Rahe 1967) oder auch bekannt als „Life Event Scale“ wurden die kritischen Lebensereignisse in dieser Studie wie folgt eingegrenzt:

- Tod oder schwere Krankheit der Ehefrau, des Ehemanns oder eines nahen Verwandten oder Freundes
- Unfall oder Krankheit der eigenen Person
- Scheidung, Trennung von der Partnerin, dem Partner
- Hochzeit
- Arbeitsplatzverlust oder berufliche Umstrukturierung, Pensionierung
- Schwangerschaft, Gewinn eines neuen Familienmitgliedes
- Verlust des finanziellen Status
- sexuelle Schwierigkeiten
- eheliche Versöhnung nach Trennung
- Gefängnisstrafe

Die Idee dieser Auswahl war eine Eingrenzung auf die risikoreichsten Ereignisse von 100 bis 37 Punkten (siehe Anhang). Zur Vereinfachung wurde nur das Vorhandensein eines kritischen Lebensereignisses als „ja“ oder „nein“ in den letzten 12 Monaten vor Therapieende und in den letzten 12 Monaten vor der 2-Jahreskatamnese in den Berechnungen berücksichtigt.

### **Bestimmung des Strukturniveaus der Patienten nach OPD-1**

Das Strukturniveau beschreibt den Entwicklungsstand und Reifegrad der psychischen Struktur eines Menschen und damit die Ausprägung der Fähigkeit zur Konfliktbewältigung. Defizite und Verfügbarkeiten bestimmen die psychische Funktion. Strukturelle Störungen stehen für ein niedriges Strukturniveau und sind meist Folgen frühkindlicher Beziehungsstörungen.

Messinstrumente zur Bestimmung des Strukturniveaus, wie das OPD-1 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik), fokussieren sechs Strukturdimensionen:

1. *Selbstwahrnehmung*: beschreibt die Fähigkeit die eigenen Gefühle zu erkennen
2. *Selbststeuerung*: steuernde Einflussnahme auf eigene Bedürfnisse und Gefühle, zum Beispiel Selbstwertregulierung, Impulssteuerung
3. *Abwehr*: Erhaltung des seelischen Gleichgewichtes durch Abwehrmechanismen
4. *Objektwahrnehmung*: beschreibt Einfühlungsvermögen, Selbst-Objekt-Differenzierung
5. *Kommunikation*: als Fähigkeit auf den anderen zuzugehen, ihn zu verstehen, sich ihm mitzuteilen und gefühlsbezogene Signale zu verstehen
6. *Bindung*: im Sinne von Empfindungen für seinen Partner zu entwickeln, sich von Bindungen lösen können, Einstellung auf variable Bindungen

Diagnostisch auf der Basis der 6 Strukturdimensionen wird allgemein das aktuelle Strukturniveau bestimmt. Es manifestiert sich in Mustern des Erlebens und Verhaltens, die die Betroffenen schildern und die über einen längeren Zeitraum bestehen.

Es werden insgesamt vier Niveaus unterschieden:

1. *Desintegriertes (niederes) Strukturniveau*: Das ist die schwerste Struktur-Pathologie. Ich-Funktionen mit differenzierenden und integrativen Fähigkeiten sind nur mangelhaft ausgebildet und die grundlegenden Fähigkeiten der Selbst- und Beziehungsregulation weisen Defizite auf. Nicht-integrierte Selbst- und Objektanteile sind vorhanden und führen zu wechselnden Selbst-Zuständen und einem labilem Realitätsbezug. Die Belastbarkeit durch Affekte, Impulse, zwischenmenschliche Spannungen und Probleme ist gering. Der bevorzugte Abwehrmechanismus ist die Spaltungsabwehr (Bsp. Borderline-Persönlichkeitsstörung).

2. *Wenig integriertes (höheres) Strukturniveau:* Entwicklungsstörungen führen bei diesem Strukturniveau zur Ausbildung einer Konflikt-Pathologie, wobei eine relativ reife und stabile Funktionalität des Ichs besteht mit dem bevorzugten Abwehrmechanismus Verdrängung. Es sind gut integrierte Selbst-Objekt-Repräsentanzen ausgebildet (Bsp. „klassische“ Neurose).
3. *Mäßig integriertes (mittleres) Strukturniveau:* Im Vordergrund stehen hier Störungen in der Autonomieentwicklung. Die Ich-Funktion ist zwar hinreichend, die Selbst-Objekt Repräsentanzen sind aber nur mäßig integriert. Entwertung oder Idealisierung wären typische Mechanismen der Abwehr (Bsp. Selbstwert- und depressive Pathologie).
4. *Gut integriertes (reifes) Strukturniveau:* Nachhaltige Entwicklungsstörungen sind nicht beschrieben, es ist maßgeblich für die seelische Gesundheit. Die Entwicklung einer Störung nach späten Traumatisierungen oder Belastungen ist jedoch möglich (Bsp. Reaktive oder posttraumatische Störungen).

(Hohage 2004; Ermann 2007)

Auf Grund der Patientenselektion (vgl. Einschlusskriterien, Kapitel 5.2) ergaben sich für die untersuchten Patienten nur mittlere bis reife Strukturniveaus.

### **5.5.3 SCL-90-R, GSI - Patienteneinschätzung der Beschwerdesymptomatik**

Der GSI (Global Severity Index) gibt Auskunft über die generelle psychische Belastung, gemessen in der Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke 1995). Die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Patienten wird hier anhand von 90 vorgegebenen körperlichen und psychischen Symptomen gemessen. Der Patient sollte auf einer fünf-stufigen Skala (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark) angeben, inwieweit er in den letzten 7 Tagen unter diesem Symptom gelitten hat.

Das Konstrukt ist so ausgelegt, dass es neun Skalen gibt, die folgende Bereiche beschreiben:

*Somatisierung:* von einfachen körperlichen Belastungen bis funktionellen Störungen

*Zwanghaftigkeit:* leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit

*Unsicherheit im Sozialkontakt:* leichte soziale Unsicherheit bis zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit

*Depressivität:* Traurigkeit bis schwerer Depression

*Ängstlichkeit:* Nervosität bis tiefes Angstgefühl

*Aggressivität / Feindseligkeit:* Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis starker Aggressivität und Feindseligkeit

*Phobische Angst:* leichtes Gefühl von Bedrohung bis massive phobische Angst

*Paranoides Denken:* Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis starkes paranoides Denken

*Psychotizismus:* mildes Gefühl der Isolation und Entfernung bis dramatische Evidenz der Psychose.

Mit Hilfe dieser neun Skalen lassen sich drei Globalwerte (GSI, PSDI und PST) berechnen. An dieser Stelle soll nur der GSI vorgestellt werden, der einen Überblick über die allgemeine psychische Symptombelastung gewährleistet. Bezüglich der anderen zwei Globalwerte sei auf das Manual zu verweisen. Der Test gilt als valides Instrument zur Erfassung des Therapieerfolges durch den Patienten und wurde schon in vielen Studien in diesem Sinne eingesetzt (Jensen et al. 2010; Grünwald et al. 2003; Huber et al. 2009; Tritt et al. 2003, Beutel et al. 2005; Konzag 2004). Der GSI ermöglicht die Einteilung in eine „gesunde“ und „pathologische“ Symptombelastung mit Hilfe eines Cut-off-Wertes. Der Cut-off-Wert des GSI liegt für Männer bei 0,57 und für Frauen bei 0,77 (Franke 2002). In der Bevölkerung zeigen sich durchschnittliche GSI-Werte von 0,31-0,33 und bei psychogen erkrankten in ambulanter Psychotherapie von 1,15-1,26 (Derogatis 1977; Schmitz et al. 2000).

Ein *Beispielitem* lautet:

„Wie sehr litten Sie den letzten sieben Tagen unter Nervosität oder innerem Zittern?“

#### **5.5.4 GAF – Therapeuteneinschätzung der Beschwerdesymptomatik**

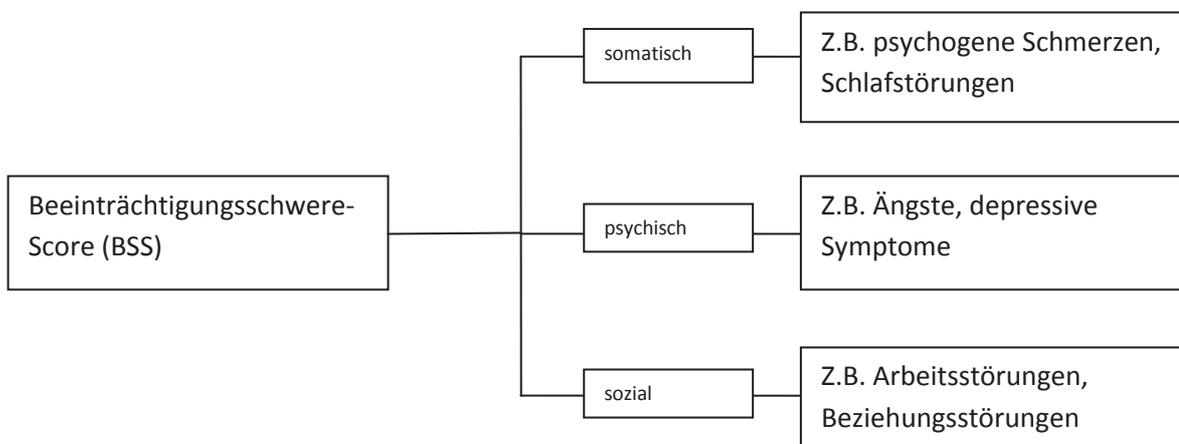
Die GAF Skala (Global Assessment of Functioning Scale, Anhang A) der Achse V des DSM-VI-TR (Saß et al. 2003) dient zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus eines Patienten. Beurteilt werden die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche unter Ausschluss von körperlichen Beeinträchtigungen. Die Einschätzung auf der GAF Skala soll für 2 Zeiträume angegeben werden: den aktuellen Wert der zu untersuchenden Person (GAF-Skalenwert I) und das höchste Symptommiveau im zurückliegenden Jahr (GAF-Skalenwert II). Körperliche oder umgebungsbedingte Einschränkungen werden nicht einbezogen. In dieser Studie wurde sich auf den GAF-Skalenwert I beschränkt.

Die Skalierung umfasst Werte von null (unzureichende Informationen) bis 100. Werte von eins bis zehn kodieren ständige Gefahr der Selbst- und Fremdverletzung, die Unfähigkeit zu minimaler körperlicher Hygiene oder akute Suizidalität. Werte von 91 bis 100 schildern „Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten, wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt, keine Symptome“ (Endicott et al. 1976). Der Skalenwert 70 stellt einen Grenzwert für die klinische Relevanz dar und dient zur Differenzierung zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit. Werte kleiner 70 verweisen auf eine mäßig oder stärker ausgeprägte Symptomatik von klinischer Bedeutung. Werte größer oder gleich 70 stehen für eine leichte oder keine Psychopathologie, die nicht behandlungsbedürftig ist (Aas 2011).

#### **5.5.5 BSS – Therapeuteneinschätzung der Beschwerdesymptomatik**

Die Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) ist ein Fremdbeurteilungsverfahren zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung bezogen auf eine Punktprävalenz in den letzten sieben Tagen. Es ist eine deskriptive, theorieunabhängige Experteneinschätzung des individuellen Beeinträchtigungsgrades durch Beschwerden auf körperlicher, psychischer und sozialkommunikativer Ebene (Abb. 7). Diesen drei Ebenen werden Werte zugeordnet in den Skalenstufen null bis vier, wobei es bei dem Wert null keinen Hinweis auf eine psychogene Störung gibt und bei dem Wert vier eine extrem

starke Symptomatik und Beeinträchtigung der betroffenen Person vorliegt. Hier schätzt der Experte ein, in welchem Bereich die Beeinträchtigung bevorzugt liegt.



**Abb. 7: Aufbau des BSS-Fragebogens**

Aus den drei Werten errechnet sich der Gesamtsummenwert: BSS-gesamt. Dieser gibt Auskunft darüber, in wieweit eine Person durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist, auf einer Skala von null bis zwölf. Laut Therapiemanual gilt als Cut-Off Kriterium für den Summenscore der Wert 5. Werte von 5 oder darüber gehen mit einer deutlichen Beeinträchtigung mit Krankheitswert einher. Werte kleiner 5 entsprechen einer leichten oder keiner Störung. Zwingende Voraussetzung für eine valide Schweregradeinschätzung ist die gründliche und persönliche Diagnostik durch einen in der Beurteilung psychogener Erkrankungen erfahrenen Experten. Differentialdiagnostisch muss eine primär somatische Erkrankung als Ursache für die mit der BSS gewichtete Symptomatik ausgeschlossen werden. Weitere Ausschlusskriterien sind Psychosen, Demenzen und schwere Behinderungen (Schepank 1995).

## 5.6 Literaturrecherche

Primäre Informationsquelle war die Datenbank PubMed. Weitere Datenbanken waren Medline, PsycNET und PsycINFO. Haupt-Schlüsselwörter zum aktuellen Forschungsstand in der Therapieforschung von Persönlichkeitsstörungen waren „short-term“; „psychotherapy“; „psychodynamic psychotherapy“; „personality disorders“; „dependent personality disorder“; „avoidant personality disorder“;

„prevalence“; „natural course“. Begrenzt habe ich mich zunächst hauptsächlich auf Reviews zwischen 1999 und 2011. Mehrfach zitierte Studien aus früheren Zeiten wurden ebenfalls übernommen. Inhaltlich relevante Studien aus den Quellen der Reviews wurden weiter verfolgt und zitiert. Hinzu kamen gezielte Einzelsuchen zu den jeweiligen Themenbereichen in dieser Arbeit.

Eine weitere wichtige Quelle war die AWMF online - S2-Leitlinie für Psychiatrie: Persönlichkeitsstörungen. Hier fanden sich sowohl Hintergrundinformationen zum Thema Persönlichkeitsstörungen wie auch weitere Literaturhinweise, denen nachgegangen wurde.

Ergänzende Literatur zu Hintergrundinformationen fand sich in den Fachbüchern von Fiedler (2007) und Strupp und Binder (1991). Auch hier wurden relevante Quellen weiterverfolgt und zitiert.

Als Referenzdaten bei fehlender Kontrollgruppe zur Unterscheidung zwischen psychisch gesunden und kranken Patienten wurden folgende Studien zitiert:

Cut-Off Werte für psychisch gesunde Personen:

- GSI:  $< 0,77$  (für Frauen, Franke 2002)
- GAF:  $\geq 70$  (Aas 2011)
- BSS:  $< 5$  (Schepank 1995)

## 5.7 Statistische Datenanalyse

Zur statistischen Datenanalyse wurde das Statistikprogramm SPSS 21.0 verwendet. Berechnet wurden hiermit Korrelationen, t-Tests und ANOVAs (s.u.). Als Voraussetzung für die Testung des Therapieeffektes (anhand der Variable „Zeit“) auf den Symptomenkomplex galt eine komplette Datensammlung. Fehlende Werte, entstanden durch nicht ausgefüllte Fragebögen in den Katamnesen, wurden dem Intention-to-Treat-Prinzip folgend durch die zuletzt verfügbaren Daten ergänzt („Last-Observation-Carried-Forward“-[LOCF]-Methode; Kleist 2009). Hiermit erreichte man eine möglichst konservative Schätzung. Die Methode wurde bei zwei Therapieabbrüchen verwendet, hier wurden jeweils die Aufnahmewerte in die Entlassungs- und Nachuntersuchungswerte übertragen. Des Weiteren hat ein Patient keine Katamnesen geliefert, die Daten wurden mit den Entlassungswerten ergänzt, bei einem Patienten wurden die fehlenden 6-Monatskatamnese-Werte durch die Entlassungswerte ergänzt. Insgesamt kam dieses Verfahren also in 20% der jeweiligen Nachuntersuchungen (K1-K3) zur Anwendung. In 80% der Fälle waren die Katamnesen vollständig.

Für die Hypothesenprüfung wurde das Signifikanzniveau auf 5% festgelegt. Das Signifikanzniveau  $\alpha$  wurde bei der Messung des Therapieeffektes auf den primären Endpunkt (das Beschwerdebild) mit der Bonferroni-Methode adjustiert. Das heißt, bei „m“ verschiedenen Endpunkten ist jeder Endpunkt auf dem  $\alpha^*$ -Niveau von  $\alpha^* = \alpha/m$  zu testen (Bortz & Lienert 2008). Diese Adjustierung wurde durch SPSS automatisch durchgeführt. Vorab wurde eine Stichprobenumfangsplanung für einen t-Test mit der erwarteten Effektstärke 0,8, einem alpha-Fehler von 0,05 und einer Teststärke von mindestens 90% durchgeführt (Teststärken-Berechnung und Stichprobenumfangsplanung mithilfe von G-Power 3.1.3).

Zur Identifikation potentieller Störgrößen, wurden die Korrelation von Alter und Symptomenkomplex und der Einfluss von Medikamenteneinnahme, kritischen Lebensereignissen, Strukturniveau und psychotherapeutischen Nachbehandlungen auf den Symptomenkomplex mittels t-Test berechnet.

Ob die Mittelwertänderungen der Kennwerte (GSI, GAF und BSS) über die Testzeitpunkte (A, E, K1-3) in Abhängigkeit der PKZT statistisch signifikant waren, wurde durch eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA)

und einen paarweisen Vergleich ermittelt. Anschließend wurde zur Bewertung des Therapieeffektes eine Effektstärkenschatzung durchgeführt.

### **5.7.1 Korrelation - Alter und Beschwerdebild**

In dem Maße, wie zwei Variablen einen statistischen Zusammenhang aufweisen, können Ausprägungen der einen Variablen zur Vorhersage der Ausprägung anderer Variablen herangezogen werden. Das statistische Verfahren zur Berechnung des Zusammenhanges zwischen Variablen und zur Erstellung von Gleichungen zur Merkmalsvorhersage bezeichnet man als Korrelation. Getestet wurde, ob das Alter mit dem Beschwerdebild korreliert.

Der Korrelationskoeffizienten nach Pearson kann Werte zwischen  $-1$  und  $+1$  annehmen. Bei einem Wert von  $+1$  oder  $-1$  besteht ein vollständig positiver oder negativer linearer Zusammenhang zwischen den getesteten Merkmalen. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert  $0$  aufweist, findet sich kein linearer Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $5\%$  festgelegt.

### **5.7.2 t-Test: Gruppenunterschiede in den Kontrollvariablen**

Der t-Test ist ein parametrisches Verfahren, welches dazu dient, Gruppenunterschiede zu überprüfen. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob ein bestehender Mittelwertsunterschied statistisch bedeutsam und damit überzufällig ist oder nicht. Unter anderem ist eine Voraussetzung für die Durchführung des t-Tests das Bestehen einer Varianzhomogenität, d.h. dass die Streuung der Daten vom Erwartungswert in ihrem Ausmaß gleich sind. Hierzu findet der Levene-Test Anwendung. Er vergleicht die Größe der Varianzen der zwei Gruppen: Der Test wird signifikant, wenn eine Varianz überzufällig größer ist als die andere. Varianzhomogenität liegt also bei einem nicht signifikanten Ergebnis. Sind die Varianzen signifikant voneinander verschieden, ist eine Freiheitsgradkorrektur erforderlich. SPSS liefert die Ergebnisse einer solchen Korrektur standardmäßig mit.

Bei der Überprüfung der Kontrollvariablen wurden jeweils zwei unabhängige Stichproben verglichen: In der einen Gruppen sind Personen mit dem zu testenden Merkmal, in der anderen Gruppe sind ausschließlich Personen ohne das zu testende Merkmal. Getestet wurde, ob die definierten Kontrollvariablen

statistisch signifikante Mittelwertunterschiede im Beschwerdebild verursachten. Kontrollvariablen waren das Vorliegen von psychotherapeutischen Nachbehandlungen im gesamten Katamnesezeitraum, Psychopharmakaeinnahme bei Aufnahme und Studienabschluss, das Vorhandensein kritischer Lebensereignisse bei Therapieende und Studienabschluss und das Strukturniveau bei Aufnahme.

### 5.7.3 ANOVA – PKZT und Beschwerdebild

Ob eine beobachtete Änderung der Symptomschwere zu den fünf Messzeitpunkten in Bezug auf die PKZT statistisch signifikant ist und nicht auf Messfehlern beruht oder zufällig ist, wurde mit der einfaktoriellem Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) getestet. Die Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus wurde in der Messwiederholung durch SPSS berücksichtigt. Eine Voraussetzung für die Durchführung der Anova ist die sogenannte Sphärizität. Darunter versteht man, dass die Varianzen der einzelnen Faktorstufen und die Korrelationen zwischen ihnen homogen sein sollen. Zur Prüfung der Sphärizität wurde der Mauchly-Test verwendet, dieser wird durch die Option „Messwiederholung“ in SPSS automatisch mitgeliefert. Der Test sollte, bei vorhandener Sphärizität, nicht signifikant werden (Signifikanzniveau 5%). Ist die Voraussetzung nicht erfüllt, sollte eine Anpassung der Freiheitsgrade durchgeführt werden (hier mittels Greenhouse Geisser - Korrektur). Diese Anpassung wird bei SPSS ebenfalls automatisch mit ausgegeben (Backhaus et al. 2006, Bortz 2005).

In der Varianzanalyse wurde jeweils eine abhängige Variable der Symptomschwere (GAF, BSS oder GSI) mit der unabhängigen Variable „Zeit“ (A, E, K1, K2 und K3) verglichen. Die Variable „Zeit“ entspricht dem Effekt der PKZT. Des Weiteren wurde ein paarweiser Vergleich durchgeführt. Hierbei wurden alle Mittelwerte der jeweiligen Kennwerte (GSI, GAF und BSS) zu den fünf Messzeitpunkten untereinander auf signifikante Gruppenunterschiede geprüft.

### 5.7.4 Effektstärkenschätzung des Therapieeffektes

Berechnet wurde die Effektgröße für Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen bezogen auf die gepoolte Standardabweichung mithilfe des t-Tests.

$$1. ES = M_{\text{prä}} - M_{\text{post}} / S_{\text{pool}}$$

$$2. S_{\text{pool}} = \sqrt{(S_{\text{prä}}^2 + S_{\text{post}}^2 / 2)}$$

Voraussetzung war der signifikante Therapieeffekt auf den Symptomenkomplex unter Bonferroni-Adjustierung des Signifikanzniveaus, eine gleiche Gruppengröße sowie gleiche Gruppenvarianzen in den zu vergleichenden Werten. Gezeigt werden sollte, inwiefern sich die Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (Entlassung, 6-Monats-, 1-Jahres- und 2-Jahreskatamnese) in Bezug auf den Ausgangswert bei Aufnahme verändert haben. Zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Mittelwertunterschiedes orientierte man sich an den Empfehlungen von Cohen (1992, „Cohen´s d“). Je nach Effektstärke indizierte  $ES \geq 0,2$  einen kleinen Effekt,  $ES \geq 0,5$  einen mittleren und  $ES \geq 0,8$  einen großen Effekt.

#### **5.7.5 Explorative Bestimmung der Remissionsraten**

Abschließend wurden die Remissionsraten in den Hauptdiagnosen im Verlauf der Nachuntersuchungen bestimmt. Fehlende Angaben wurden nach dem Intention-to-treat Prinzip als keine Remission gewertet. Die Remissionsrate im Katamneseverlauf wurde explorativ mit der spontanen Rückbildungsrate pathologischer Persönlichkeitsmerkmale im zeitlichen Verlauf (Johnson et al. 2000) verglichen.

## 6 Ergebnis

### 6.1 Stichprobenumfangsplanung

Vorab wurde eine Stichprobenumfangsplanung für einen t-Test mit einer erwarteten Effektstärke von 0,8, einem Alpha-Fehler von 0,05 und einer Teststärke von mindestens 90% durchgeführt. Der Stichprobenumfang für aussagekräftige Ergebnisse lag bei  $N = 19$  (Teststärken-Berechnung und Stichprobenumfangsplanung mithilfe von G-Power 3.1.3). Mit  $N = 20$  liegt in dieser Studie somit eine ausreichend hohe Fallzahl für eine verlässliche statistische Untersuchung vor.

### 6.2 Stichprobenbeschreibung

Von ungefähr 5400 ambulanten Erstgesprächen, im Zeitraum von April 2002 bis Dezember 2008, konnten 23 Patienten entsprechend der Einschlusskriterien an der Studie teilnehmen. Drei Patienten lehnten ab, sodass schließlich 20 Patienten in die Studie eingeschlossen wurden.

Untersucht wurden 18 weibliche und zwei männliche Patienten. Das mittlere Alter lag bei 37 Jahren, der jüngste Proband war 21, der älteste 63 Jahre alt. Drei Probanden hatten einen Hochschulabschluss, sieben Abitur und vier die Mittlere Reife (Tabelle 4). 65% waren angestellt oder verbeamtet (Tabelle 5), 65 % lebten in Partnerschaft (verheiratet oder ledig, Tabelle 6) und die meisten Probanden (70%, Tabelle 7) waren kinderlos.

**Tabelle 4 Schulabschluss**

Schulabschluss:	N	%
Mittlere Reife	4	20
Hochschulabschluss	3	15
Abitur	7	35
Noch in Schule/Studium	2	10
Keine Angabe	4	20

Tabelle 5 Beruf

Beruf	N	%
Angestellter/ Beamter	13	65
Hausfrau/-mann	1	5
Arbeitslos	2	10
Dauerhaft krank geschrieben	1	5
In Ausbildung	2	10
Rentner/in	1	5

Tabelle 6 Partnerschaft

Partnerschaftsstatus	N	%
Verheiratet	6	30
Ledig mit Partnerschaft	7	35
Ledig ohne Partnerschaft	7	35

Tabelle 7 Kinder

Kinder	N	%
Ja	6	30
Nein	14	70

Die Hauptdiagnosen zeigten folgende Verteilung: Drei Patienten erfüllten die Kriterien für eine Ängstliche, 13 für eine Abhängige, drei für sowohl eine Abhängige, als auch eine Ängstliche Persönlichkeitsstörung und einer für eine Kombination aus Zwanghafter und Ängstlicher Persönlichkeitsstörung (Tabelle 8). 95% der Patienten hatten mindestens eine komorbide Achse-I-Störung (Tabelle 9) und 40% hatten noch eine zweite relevante Nebendiagnose (Tabelle 10). Unter

den ersten relevanten Nebendiagnosen waren depressive Störungen mit einem Anteil von 50% die Häufigsten.

**Tabelle 8: Häufigkeiten der Hauptdiagnosen**

Hauptdiagnose	N	%
Ängstliche PS (F60.6)	3	15
Abhängige PS (F60.7)	13	65
Zwanghafte und Ängstliche PS (F60.5 und F60.6)	1	5
Ängstliche und Abhängige PS (F60.6 und F60.7)	3	15
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Tabelle 9: Häufigkeiten der ersten relevanten Nebendiagnosen**

erste relevante Nebendiagnose	N	%
nicht vorhanden	1	5
Depressive Störung (F32, F33 oder F34)	10	50
Angsterkrankung (F40 oder F41)	5	25
Reaktionen auf schwere Belastung (F43 außer F34.1)	1	5
Somatoforme Störung (F45)	3	15
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Tabelle 10: Häufigkeiten der zweiten relevanten Nebendiagnosen**

zweite relevante Nebendiagnose	N	%
nicht vorhanden	12	60
Depressive Störung (F32, F33 oder F34)	2	10
Posttraumatische Störung (F43.1)	2	10
Somatoforme Störung (F45)	1	5
Andere Störung oder Erkrankung	3	15
Gesamt	20	100

Von den 20 Patienten haben 18 die Therapie regulär beendet. Die Gründe, aufgrund derer die Therapie von zwei Teilnehmern nicht beendet wurde, lagen bei einer Patientin in der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme und bei der anderen Patientin in der Entscheidung die Therapie abubrechen.

### **6.3 Untersuchung der Einflüsse möglicher Störgrößen auf die Symptomschwere**

Zur Orientierung für die Interpretation der Effekte von PKZT wurden Kontrollvariablen als mögliche Störgrößen auf den Verlauf der Symptomschwere explorativ untersucht. Bei der Altersverteilung bei Therapiebeginn wurden Korrelationen mit den GSI-, GAF- und BSS-Werten berechnet, bei den übrigen Störgrößen wurden Gruppenunterschiede der entsprechenden Variablen mittels t-Test berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt, eine Bonferroni-Adjustierung wurde nicht durchgeführt.

Tabelle 11 zeigt die Häufigkeiten der Kontrollvariablen: Einnahme von Psychopharmaka bei Aufnahme (ja: 4/ nein: 16) und Studienabschluss (ja: 3/ nein: 14), Strukturniveau bei Aufnahme (hoch:5/ mäßig: 15), Erleben eines kritischen Lebensereignisses in den letzten 12 Monaten bei Therapieende (ja: 13/ nein:7) und Studienabschluss (ja: 8/ nein: 9) und der Erhalt einer Nachbehandlung im

gesamten Katamnesezeitraum (ja: 7/ nein:10). Die Altersverteilung als weitere Kontrollvariable fehlt, sie findet sich in Kapitel 6.1 - Stichprobenbeschreibung.

**Tabelle 11: Häufigkeiten der Kontrollvariablen**

Kontrollvariablen	Wertelabel	N	%
<b>Psychopharmaka A</b>	Ja	4	20
	Nein	16	80
<b>Psychopharmaka K3</b>	Ja	3	15
	Nein	14	70
<b>Strukturniveau A</b>	mäßig	15	75
	hoch	5	25
<b>Kritisches Lebensereignis E</b>	Ja	13	65
	Nein	7	35
<b>Kritisches Lebensereignis K3</b>	Ja	8	40
	Nein	9	45
<b>Nachbehandlung</b>	Ja	7	35
	Nein	10	50

Anmerkung: A = bei Aufnahme, E = bei Entlassung; K3 = bei der 2-Jahreskatamnese

### **Korreliert das Alter bei Therapiebeginn signifikant mit der Symptomschwere gemessen am GSI, GAF und BSS?**

**Tabelle 12: Bivariate Korrelation nach Pearson von Alter bei Therapiebeginn und den GSI-Werten zu den fünf Testzeitpunkten**

Alter bei Therapiebeginn	GSI_A	GSI_E	GSI_K1	GSI_K2	GSI_K3
<b>Korrelation nach Pearson</b>	-0,088	-0,124	0,055	-0,138	-0,233
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,713	0,603	0,818	0,561	0,324
<b>N</b>	20	20	20	20	20

Anmerkung: GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 13: Bivariate Korrelation nach Pearson von Alter bei Therapiebeginn und den GAF-Werten zu den fünf Testzeitpunkten**

Alter bei Therapiebeginn	GAF_A	GAF_E	GAF_K1	GAF_K2	GAF_K3
<b>Korrelation nach Pearson</b>	0,026	0,042	-0,228	0,145	0,148
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,912	0,859	0,333	0,543	0,534
<b>N</b>	20	20	20	20	20

Anmerkung: GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 14: Bivariate Korrelation nach Pearson von Alter bei Therapiebeginn und den BSS-Werten zu den fünf Testzeitpunkten**

Alter bei Therapiebeginn	BSS_A	BSS_E	BSS_K1	BSS_K2	BSS_K3
<b>Korrelation nach Pearson</b>	0,243	-0,070	0,203	-0,108	-0,243
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,301	0,769	0,391	0,651	0,302
<b>N</b>	20	20	20	20	20

Anmerkung: BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = BSS zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Das Alter bei Therapiebeginn korreliert in der untersuchten Stichprobe nicht signifikant mit der Symptomschwere (Tabelle 12-14,  $p > 0,05$ ; A-H<sub>0</sub>).

### Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Nachbehandlungen im Katamnesezeitraum und der Symptomschwere?

**Tabelle 15: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Nachbehandlungen**

Nachbehandlungen	GSI_A	GSI_E	GSI_K1	GSI_K2	GSI_K3
<b>T</b>	1,044	1,491	-0,112	0,839	1,419
<b>df</b>	15	15	15	15	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,313	0,157	0,912	0,415	0,176

Anmerkung: GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 16: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Nachbehandlungen**

Nachbehandlungen	GAF_A	GAF_E	GAF_K1	GAF_K2	GAF_K3
<b>T</b>	1,288	-0,991	0,620	-0,555	-0,366
<b>df</b>	15	15	15	15	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,217	0,337	0,544	0,587	0,719

Anmerkung: GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 17: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Nachbehandlungen**

Nachbehandlungen	BSS_A	BSS_E	BSS_K1	BSS_K2	BSS_K3
<b>T</b>	-0,409	0,672	-1,310	0,619	0,815
<b>df</b>	15	15	15	15	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,688	0,512	0,210	0,545	0,428

Anmerkung: BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = BSS zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Nachbehandlungen im Katamnesezeitraum haben in der untersuchten Stichprobe keinen signifikanten Einfluss auf die Symptomschwere (Tabelle 15-17,  $p > 0,05$ ; A- $H_0$ ).

**Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen  
Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn und der Symptomschwere?**

**Tabelle 18: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn (Med1)**

Med1	GSI_A	GSI_E	GSI_K1	GSI_K2	GSI_K3
<b>T</b>	0,623	0,189	0,480	0,501	0,397
<b>df</b>	18	3,264	3,259	3,265	3,297
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,541	0,861	0,662	0,648	0,715

Anmerkung: Med1 = Medikamenteneinnahme bei Aufnahme; GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 19: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn (Med1)**

Med1	GAF_A	GAF_E	GAF_K1	GAF_K2	GAF_K3
<b>T</b>	-0,989	-0,107	-0,204	-0,079	0,224
<b>df</b>	18	18	18	18	18
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,336	0,916	0,841	0,938	0,826

Anmerkung: Med1 = Medikamenteneinnahme bei Aufnahme; GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 20: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn (Med1)**

Med1	BSS_A	BSS_E	BSS_K1	BSS_K2	BSS_K3
<b>T</b>	-0,637	0,062	-0,102	0,180	-0,244
<b>df</b>	18	18	18	18	18
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,532	0,951	0,920	0,859	0,810

Anmerkung: Med1 = Medikamenteneinnahme bei Aufnahme; BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = BSS zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Die Medikamenteneinnahme bei Therapiebeginn hat in der untersuchten Stichprobe keinen signifikanten Einfluss auf die Symptomschwere (Tabelle 18-20,  $p > 0,05$ ; A- $H_0$ ).

**Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen  
Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss einen und der  
Symptomschwere?**

**Tabelle 21: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss (Med2)**

Med2	GSI_A	GSI_E	GSI_K1	GSI_K2	GSI_K3
<b>T</b>	0,423	1,251	2,253	0,240	0,143
<b>df</b>	15	2,169	15	15	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,678	0,329	0,040	0,814	0,888

Anmerkung: Med2 = Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss; GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 22: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss (Med2)**

Med2	GAF_A	GAF_E	GAF_K1	GAF_K2	GAF_K3
<b>T</b>	-1,273	-0,600	-1,496	-0,584	-0,418
<b>df</b>	15	2,167	2,143	15	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,222	0,605	0,265	0,568	0,682

Anmerkung: Med2 = Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss; GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 23: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss (Med2)**

Med2	BSS_A	BSS_E	BSS_K1	BSS_K2	BSS_K3
<b>T</b>	2,502	0,446	1,603	-0,151	0,210
<b>df</b>	15	15	15	15	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,024	0,662	0,130	0,882	0,836

Anmerkung: Med2 = Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss; BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = BSS zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Medikamenteneinnahme bei Studienabschluss zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit dem GSI-Wert in der 6-Monatskatamnese (GSI\_K1, Tabelle 21) und dem BSS-Wert bei Aufnahme (BSS\_A; Tabelle 23) in der untersuchten Stichprobe. Hier kann formal die Nullhypothese nicht bestätigt werden ( $p < 0,05$ ;  $A-H_1$ ). Für die anderen Testungen gilt  $p > 0,05$  und damit  $A-H_0$  (Tabelle 21-23).

**Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen kritischem Lebensereignis bei Therapieende und der Symptomschwere?**

**Tabelle 24: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritisches Lebensereignis bei Therapieende (kL1)**

<b>kL1</b>	<b>GSI_A</b>	<b>GSI_E</b>	<b>GSI_K1</b>	<b>GSI_K2</b>	<b>GSI_K3</b>
<b>T</b>	-0,288	0,343	-0,972	-1,206	-0,509
<b>df</b>	18	18	16,135	17,499	18
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,776	0,736	0,345	0,244	0,617

Anmerkung: kL1 = kritisches Lebensereignis bei Therapieende; GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 25: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritisches Lebensereignis bei Therapieende (kL1)**

<b>kL1</b>	<b>GAF_A</b>	<b>GAF_E</b>	<b>GAF_K1</b>	<b>GAF_K2</b>	<b>GAF_K3</b>
<b>T</b>	0,709	0,909	1,873	0,146	0,755
<b>df</b>	18	18	17,271	18	18
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,488	0,375	0,078	0,885	0,460

Anmerkung: kL1 = kritisches Lebensereignis bei Therapieende; GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 26: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritisches Lebensereignis bei Therapieende (kL1)**

kL1	BSS_A	BSS_E	BSS_K1	BSS_K2	BSS_K3
T	0,113	-1,051	-1,191	-0,195	-0,514
df	18	17,011	15,822	17,936	18
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,911	0,308	0,251	0,847	0,614

Anmerkung: kL1 = kritisches Lebensereignis bei Therapieende; BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = BSS zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Es zeigt sich kein signifikanter Einfluss von kritischen Lebensereignissen bei Therapieende auf die Symptomschwere in der untersuchten Stichprobe (Tabelle 24-26,  $p > 0,05$ ; A- $H_0$ ).

### **Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen kritischem Lebensereignis bei Studienabschluss und der Symptomschwere?**

**Tabelle 27: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritischem Lebensereignis bei Studienabschluss (kL2)**

kL2	GSI_A	GSI_E	GSI_K1	GSI_K2	GSI_K3
T	0,518	-0,202	-1,263	-1,460	-1,770
df	15	15	15	15	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,612	0,842	0,226	0,165	0,097

Anmerkung: kL2 = kritisches Lebensereignis bei Studienabschluss; GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 28: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritischem Lebensereignis bei Studienabschluss (kL2)**

<b>kL2</b>	<b>GAF_A</b>	<b>GAF_E</b>	<b>GAF_K1</b>	<b>GAF_K2</b>	<b>GAF_K3</b>
<b>T</b>	-0,691	-0,031	1,103	0,434	2,931
<b>df</b>	15	15	8,255	10,775	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,500	0,976	0,301	0,673	0,010

Anmerkung: kritisches Lebensereignis bei Studienabschluss; GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 29: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit und ohne kritischem Lebensereignis bei Studienabschluss (kL2)**

<b>kL2</b>	<b>BSS_A</b>	<b>BSS_E</b>	<b>BSS_K1</b>	<b>BSS_K2</b>	<b>BSS_K3</b>
<b>T</b>	-0,820	-0,637	-1,438	-0,123	-2,328
<b>df</b>	15	15	15	9,669	15
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,425	0,533	0,171	0,904	0,034

Anmerkung: kritisches Lebensereignis bei Studienabschluss; BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = BSS zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

In der Fremdeinschätzung der Symptomschwere bei Studienabschluss zeigt sich in der untersuchten Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang mit einem kritischen Lebensereignis zum selben Testzeitpunkt (Tabelle 36 und 37, GAF\_K3 und BSS\_K3;  $p < 0,05$ ;  $A-H_1$ ). In den restlichen Testungen zeigt sich kein

signifikanter Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen bei Studienabschluss und Symptomschwere (Tabelle 27-29,  $p > 0,05$ ; A- $H_0$ ).

### Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Reife des Strukturniveaus und der Symptomschwere?

**Tabelle 30: t-Test für unabhängige Stichproben; GSI-Wert-Unterschiede von Patienten mit reifem und mittlerem Strukturniveau bei Therapiebeginn**

Strukturniveau	GSI_A	GSI_E	GSI_K1	GSI_K2	GSI_K3
<b>T</b>	-0,555	-1,209	-0,900	-0,700	-0,093
<b>df</b>	18	18	18	18	18
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,586	0,242	0,380	0,493	0,927

Anmerkung: GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 31: t-Test für unabhängige Stichproben; GAF-Wert-Unterschiede von Patienten mit reifem und mittlerem Strukturniveau bei Therapiebeginn**

Strukturniveau	GAF_A	GAF_E	GAF_K1	GAF_K2	GAF_K3
<b>T</b>	2,027	0,441	0,788	2,028	0,743
<b>df</b>	18	18	18	12,109	18
<b>Signifikanz (2-seitig)</b>	0,058	0,665	0,441	0,065	0,467

Anmerkung: GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

**Tabelle 32: t-Test für unabhängige Stichproben; BSS-Wert-Unterschiede von Patienten mit reifem und mittlerem Strukturniveau bei Therapiebeginn**

Strukturniveau	BSS_A	BSS_E	BSS_K1	BSS_K2	BSS_K3
T	-0,208	-0,358	-0,715	-1,016	-0,843
df	18	18	18	18	18
Signifikanz (2-seitig)	0,838	0,725	0,484	0,323	0,411

Anmerkung: BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = BSS zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Die Reife des Strukturniveaus bei Therapiebeginn hat in der untersuchten Stichprobe keinen signifikanten Einfluss auf die Symptomschwere (Tabelle 30-32,  $p > 0,05$ ; A- $H_0$ ).

Zusammenfassend kann man annehmen, dass sich Alter, Nachbehandlungen, Medikamenteneinnahme, kritische Lebensereignisse und Strukturniveau überwiegend nicht signifikant auf die Symptomschwere auswirken. In den nachfolgenden Berechnungen zur Prüfung der Therapieeffekte werden die Variablen daher nicht mehr berücksichtigt.

#### **6.4 Die Wirkung von PKZT auf die subjektive Symptombelastung (gemessen am GSI)**

Es gilt zu untersuchen, ob die GSI-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) in der ANOVA signifikant niedriger sind als der Aufnahmemittelwert. Des Weiteren sollten sie im physiologischen Bereich, unterhalb des Grenzwertes für Frauen von 0,77 (nach Franke 2002), liegen.

##### **GSI-Mittelwerte zu den fünf Testzeitpunkten**

Die GSI-Mittelwerte sind abhängige Variablen, die zu den fünf Zeitpunkten (A = Aufnahme, E = Entlassung, K1 = 6-Monats-, K2 = 1-Jahres- und K3 = 2-

Jahreskatamnese) gemessen werden. Der Testzeitpunkt stellt die unabhängige Variable dar.

Um die Voraussetzung einer Normalverteilung der Variablen für die ANOVA zu prüfen, wurde zunächst der Mauchly-Test durchgeführt (Tabelle 33). Dieser ist signifikant ( $p < 0,002$ ), sodass von keiner Normalverteilung der Variablen ausgegangen werden kann. Daher wurde im Test der Innersubjekteffekte die Korrektur nach Greenhouse Geisser berücksichtigt (Tabelle 34).

**Tabelle 33: Mauchly-Test auf Sphärizität**

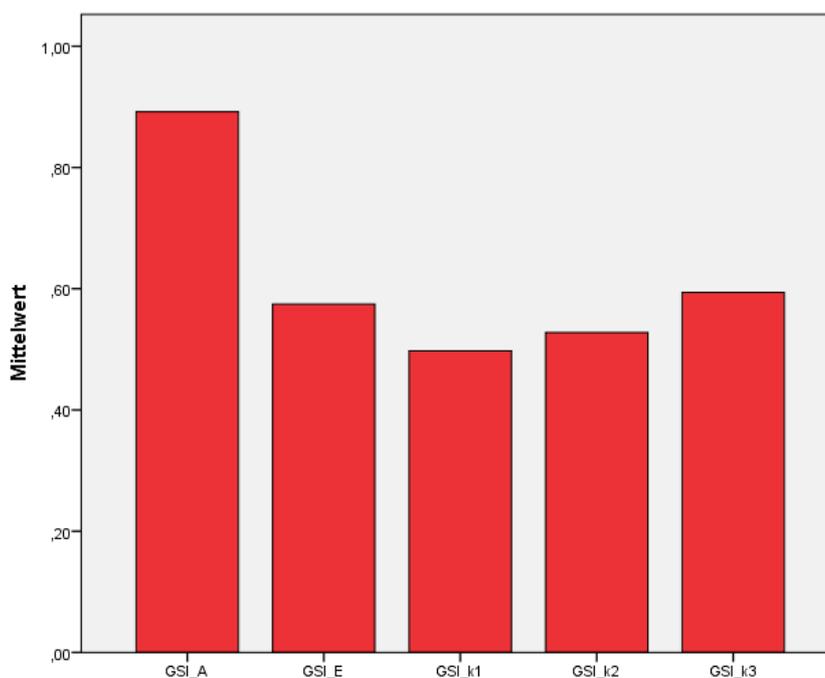
Innersubjekteffekt	df	p	Greenhouse-Geisser
Zeitpunkt (GSI)	9	<b>0,002</b>	0,654

**Tabelle 34 ANOVA: Test der Innersubjekteffekte**

Zeit (GSI)	df	F	p
<b>Sphärizität angenommen</b>	4	9,130	0,000
<b>Greenhouse-Geisser</b>	2,615	9,130	<b>0,000</b>

In der Greenhouse-Geisser Korrektur zeigt sich der Test der Innersubjekteffekte unter Bonferroni-Adjustierung hoch signifikant ( $F = 9,13$ ;  $p < 0,001$ ).

Abb. 8 zeigt die GSI-Mittelwertverteilung zu den fünf Testzeitpunkten in der untersuchten klinischen Stichprobe.



**Abb. 8: Verlauf der GSI-Mittelwerte über die fünf Messzeitpunkte**

Anmerkung: GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Abb. 8 verdeutlicht den Verlauf der GSI-Mittelwerte über die fünf Messzeitpunkte. Auffallend sind der Abfall des GSI-Mittelwertes von Therapieanfang bis Therapieende und der weitere Rückgang der Symptombelastung bis zur 6-Monatskatamnese. Dann steigen die Werte bis zur 2-Jahreskatamnese wieder leicht an.

Tabelle 35 fasst die Mittelwertverteilung, das Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) und des paarweisen Vergleichs der GSI-Werte zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und der Katamnesen zusammen.

**Tabelle 35: Mittelwerte und Standardabweichungen, ANOVA und paarweiser Vergleich der GSI-Werte zu den jeweiligen Messzeitpunkten**

		A	E	K1	K2	K3	
	N	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F
<b>GSI</b>	20	0,89 <sup>a</sup> (0,46)	0,57 <sup>b</sup> (0,47)	0,50 <sup>b</sup> (0,47)	0,53 <sup>b</sup> (0,48)	0,59 <sup>b</sup> (0,49)	9.13***

Anmerkung: A = bei Aufnahme; E = bei Entlassung; K1 = bei der 6-Monatskatamnese; K2 bei der 1-Jahreskatamnese; K3 = bei der 2-Jahreskatamnese; N = Patientenzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, a, b: unterschiedliche Buchstaben kennzeichnen signifikante Unterschiede bei den paarweisen Vergleichen, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Bei der Aufnahme ergibt sich ein GSI-Mittelwert (M) von 0,89 (SD=0,46). In den Nachuntersuchungen zeigt sich bei der Entlassung ein M von 0,58 (SD=0,47); bei der 6-Monatskatamnese ein M von 0,5 (SD=0,47); bei der 1-Jahres-Katamnese ein M von 0,53 (SD=0,48) und bei der 2-Jahreskatamnese ein M von 0,59 (SD=0,49). Die GSI-Mittelwerte sind in den Untersuchungen nach PKZT (E, K1-K3) signifikant niedriger als der GSI-Mittelwert zum Zeitpunkt der Aufnahme (Tabelle 35;  $F = 9,13$ ;  $p < 0,001$ ; A-H<sub>1</sub>). Die beobachtete, weitere Symptomverbesserung sechs Monate nach Therapieende ist nicht signifikant. Des Weiteren bleiben die Mittelwerte in den Nachuntersuchungen unterhalb des Grenzwertes von 0.77 für Frauen im physiologischen Bereich (Tabelle 35; A-H<sub>1</sub>). Die PKZT führt zu einer signifikanten und anhaltenden Symptomverbesserung im GSI. Die Hypothesen zur Fragestellung 1 können angenommen werden.

### Effektstärkenschätzung nach Cohen

Tabelle 36 zeigt die Effektstärkenschätzung nach Cohen (1988) der gemessenen subjektiven Symptombelastung vom Anfangswert zu dem jeweiligen Nachuntersuchungszeitpunkt.

**Tabelle 36: Effektstärken der signifikanten GSI-Wert Veränderung zu den jeweiligen Messzeitpunkten**

<b>Aufnahme bis Entlassung</b>	0,68
<b>Aufnahme bis 6M-Katamnese</b>	0,85
<b>Aufnahme bis 1J-Katamnese</b>	0,77
<b>Aufnahme bis 2J-Katamnese</b>	0,63

Der signifikante Therapieeinfluss auf die GSI-Mittelwerte in den Nachuntersuchungen zeigt in der Effektgrößenschätzung definitionsgemäß nach Cohen´s d (1992) mittlere Effekte bei Entlassung ( $ES_E=0,68$ ) und in der 1- und 2-Jahreskatamnese ( $ES_{K2}=0,77$  und  $ES_{K3}=0,63$ ). In der 6-Monatskatamnese zeigt sich ein großer Effekt ( $ES_{K1}=0,85$ ).

### **Explorative Untersuchungen**

Da Varianzanalysen Unterschiede bei Mittelwerten überprüfen, kann die in der Tabelle 35 und 36 wiedergegebene Analyse keinen Aufschluss darüber geben, wie viele Patienten tatsächlich von der Therapie profitierten. Möglicherweise wiesen einige Patienten starke Verbesserungen auf, während andere keine Fortschritte erzielten, was an Mittelwerten nicht unbedingt erkennbar wäre. Daher wurde ermittelt, wie viele Patienten nach Abschluss der Therapie als geheilt gelten konnten, wobei hier darunter verstanden wurde, dass sie bei dem Messinstrument in dem Wertebereich lagen, der als „psychisch gesund“ definiert ist. Dieser Bereich ist beim GSI auf Werte kleiner 0,77 festgelegt (Werte für Frauen, Franke 2002). Tabelle 37 zeigt die Verteilungen.

**Tabelle 37 Deskriptive Einteilung in psychologisch gesunde Patienten anhand des Cut-Off Wertes im GSI von 0,77 (Franke 2002)**

	<b>GSI_A</b>	<b>GSI_E</b>	<b>GSI_K1</b>	<b>GSI_K2</b>	<b>GSI_K3</b>
<b>N (gesund)</b>	10	15	16	15	14
<b>%</b>	50	75	80	75	70

Anmerkung: N (gesund) = Anzahl gesunder Probanden; GSI\_A = GSI zum Zeitpunkt der Aufnahme; GSI\_E = GSI zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GSI\_K2 = GSI zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GSI\_K3 = GSI zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese; fehlende Werte wurden nach dem Intention-to-treat Prinzip ergänzt.

Die Hälfte der Patienten stuft sich beim GSI bereits zu Beginn der Therapie als psychisch gesund ein (zehn gesunde Patienten zum Zeitpunkt A). Da der Anteil der Gesunden bei der 2-Jahreskatamnese bei 70% liegt (14 gesunde Patienten zum Zeitpunkt K3), ergibt sich hier eine Remissionsrate von nur 20%.

Um die Verbesserungstendenzen der einzelnen Patienten abzuschätzen, wurden die GSI-Wert-Differenzen jedes Patienten zwischen Aufnahme und K1 und zwischen Aufnahme und K3 ermittelt (Tabelle 38).

**Tabelle 38 Veränderungen im GSI der einzelnen Probanden**

	<b>GSI verbessert</b>	<b>GSI unverändert</b>	<b>GSI verschlechtert</b>
<b>N (A_K1)</b>	15	2	3
<b>% (A_K1)</b>	75	10	15
<b>N (A_K3)</b>	15	3	2
<b>% (A_K3)</b>	75	15	10

Anmerkung: N = Anzahl Probanden; A\_K1 = GSI-Wert-Differenz von Aufnahme und 6-Monatskatamnese; A\_K3 = GSI-Wert-Differenz von Aufnahme und 2-Jahreskatamnese; Ergebnisse > 0 zeigen eine Symptomverbesserung, Ergebnisse = 0 keine Symptomveränderung und Ergebnisse < 0 eine Symptomverschlechterung; fehlende Werte wurden nach dem Intention-to-treat Prinzip ergänzt.

Insgesamt kommt es sowohl kurzfristig (von der Aufnahme bis zur 6-Monatskatamnese) als auch langfristig (von der Aufnahme bis zur 2-Jahreskatamnese) bei 15 Patienten zu einer Verbesserung der subjektiven Symptombelastung. Bei drei Patienten nimmt die Symptomschwere nach PKZT kurzfristig, bei zwei Patienten langfristig zu. In zwei Fällen kommt es kurzfristig, in drei Fällen langfristig zu keiner Änderung der Symptomschwere.

### **6.5 Die Wirkung von PKZT auf das globale Funktionsniveau (gemessen am GAF)**

Es gilt zu untersuchen, ob die GAF-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) in der ANOVA signifikant höher sind als der Aufnahmemittelwert. Des Weiteren sollten sie im physiologischen Bereich liegen. Dieser schließt Werte größer oder gleich 70 ein (Aas 2011).

#### **GAF-Mittelwerte zu den fünf Testzeitpunkten**

Die GAF-Werte zu den fünf Messzeitpunkten (A = Aufnahme, E = Entlassung, K1 = 6-Monats-, K2 = 1-Jahres- und K3 = 2-Jahreskatamnese) sind abhängige Variablen. Sie beschreiben die sozialen Funktionseinschränkungen für die letzten sieben Tage der Patienten. Die Zeit stellt eine unabhängige Variable dar.

Der Mauchly-Test (Tabelle 39) ist nicht signifikant ( $p = 0,790$ ), die Voraussetzung für die Durchführung der ANOVA (Tabelle 40) somit gegeben.

**Tabelle 39: Mauchly-Test auf Sphärizität**

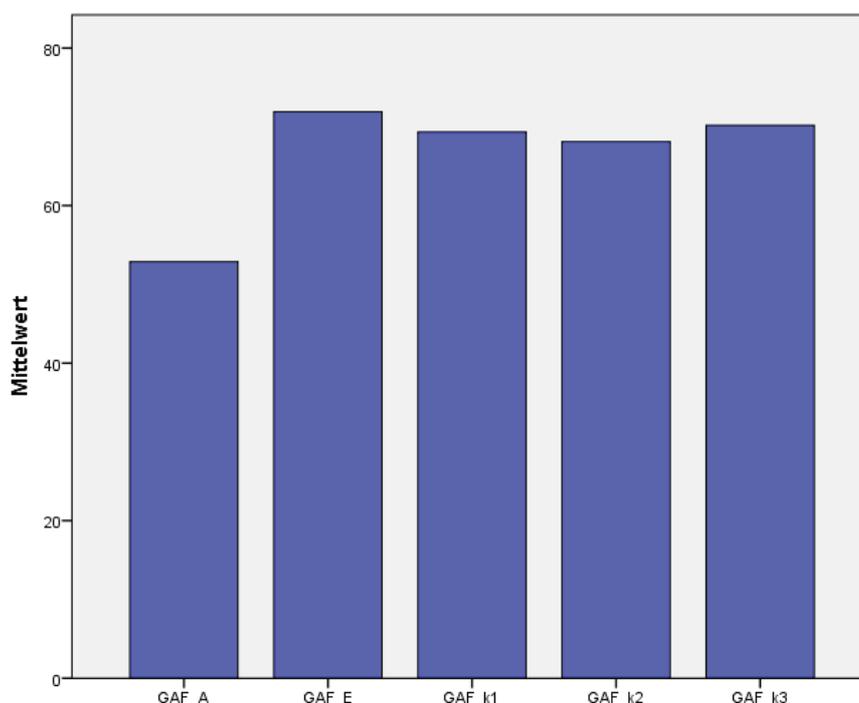
Innersubjekteffekt	df	p
Zeit (GAF)	9	0,790

**Tabelle 40 ANOVA: Test der Innersubjekteffekte**

Zeit (GAF)	df	F	Sign.
Sphärizität angenommen	4	12,891	0,000

Der Test der Innersubjekteffekte unter Bonferroni-Adjustierung ist hoch signifikant ( $F = 12,89$ ;  $p < 0,001$ ).

Abb. 9 zeigt die GAF-Mittelwertverteilung zu den fünf Testzeitpunkten in der untersuchten klinischen Stichprobe.



**Abb. 9: Verlauf der GAF-Mittelwerte über die 5 Messzeitpunkte**

Anmerkung: GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GSI\_GAF = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese

Abb.9 zeigt die GAF-Mittelwerte im zeitlichen Verlauf. Bei Entlassung und zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese wird der Cut-Off Wert überschritten. Eine klinisch bedeutsame Funktionseinschränkung liegt hier formal nicht mehr vor. Sechs Monate und ein Jahr nach Therapieende liegen die GAF Mittelwerte knapp unterhalb des Cut-Off Wertes (siehe auch Tabelle 41).

Tabelle 41 fasst die Mittelwertverteilung, das Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) und des paarweisen Vergleichs der GAF-Werte zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und der Katamnesen zusammen.

**Tabelle 41: ANOVA und paarweiser Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der GAF-Werte zu den jeweiligen Messzeitpunkten**

	A	E	K1	K2	K3		
	N	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F
<b>GAF</b>	20	52,85a (9,83)	71,90b (13,19)	69,35b (14,44)	68,10b (16,56)	70,20b (15,10)	12.89***

Anmerkung: A = bei Aufnahme; E = bei Entlassung; K1 = bei der 6-Monatskatamnese; K2 bei der 1-Jahreskatamnese; K3 = bei der 2-Jahreskatamnese; N = Patientenzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, a, b: unterschiedliche Buchstaben kennzeichnen signifikante Unterschiede bei den paarweisen Vergleichen, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

Bei der Aufnahme ergibt sich ein GAF-Mittelwert (M) von 52,85 mit einer Standardabweichung (SD) von 9,83; bei der Entlassung liegt der Mittelwert mit 71,9 (SD=13,19) deutlich höher. Der GAF-Wert bleibt daraufhin auch in den nachfolgenden Katamnesen auf einem ähnlich hohen Niveau (bei der 6-Monatskatamnese M = 69,35 mit SD=14,44; bei der 1-Jahreskatamnese M = 68,1 mit SD = 16,56 und bei der 2-Jahreskatamnese M = 70,2 mit SD = 15,1). Die GAF-Mittelwerte sind in den Untersuchungen nach PKZT (E, K1-K3) signifikant höher als der GAF-Mittelwert zum Zeitpunkt der Aufnahme (Tabelle 41;  $F = 12,89$ ;  $p < 0,001$ ; A- $H_1$ ). Trotz nur minimaler Schwankung der GAF-Werte in den Nachuntersuchungen um den Cut-Off Wert von 70, kann hier formal die Hypothese 1 nicht angenommen werden (Tabelle 41; A- $H_0$ ). Festzuhalten ist jedoch, dass die PKZT zu einer signifikanten und anhaltenden Symptomverbesserung im GAF führt.

### Effektstärkenschätzung nach Cohen

Tabelle 42 zeigt die Effektstärkenschätzung nach Cohen (1988) des gemessenen globalen Funktionsniveaus vom Anfangswert bis zu dem jeweiligen Nachuntersuchungszeitpunkt.

**Tabelle 42: Effektstärken der signifikanten GAF-Wert Veränderung**

<b>Aufnahme bis Entlassung</b>	1,64
<b>Aufnahme bis 6M-Katamnese</b>	1,34
<b>Aufnahme bis 1J-Katamnese</b>	1,17
<b>Aufnahme bis 2J-Katamnese</b>	1,36

Die geschätzten Effektstärken der GAF-Mittelwerte zeigen ausschließlich große Effekte mit einem Minimum von 1,17 bei der 1-Jahreskatamnese und einem Maximum von 1,64 bei Therapieende.

### Explorative Untersuchungen

Um den Verlauf der Häufigkeit psychisch gesunder Patienten zu den fünf Messzeitpunkten abzuschätzen, wurden analog zu den GSI-Werten die einzelnen GAF-Werte anhand des Cut-Off Wertes von 70 (Aas 2011) entsprechend eingeteilt. GAF-Werte größer oder gleich 70 gelten als psychisch gesund. Tabelle 43 zeigt die Verteilung.

**Tabelle 43 Deskriptive Einteilung in psychologisch gesunde Patienten anhand des Cut-Off Wertes im GAF von 70 (Aas 2011)**

	<b>GAF_A</b>	<b>GAF_E</b>	<b>GAF_K1</b>	<b>GAF_K2</b>	<b>GAF_K3</b>
<b>N (gesund)</b>	1	13	14	11	13
<b>%</b>	5	65	70	55	65

Anmerkung: N (gesund) = Anzahl gesunder Probanden; GAF\_A = GAF zum Zeitpunkt der Aufnahme; GAF\_E = GAF zum Zeitpunkt der Entlassung; GAF\_K1 = GAF zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; GAF\_K2 = GAF zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; GAF\_K3 = GAF zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese; fehlende Werte wurden nach dem Intention-to-treat Prinzip ergänzt.

Beim GAF wurde nur ein Patient zu Beginn als gesund eingestuft, während beim letzten Katamnesezeitpunkt die Mehrheit der Patienten so beurteilt wurde (13

Patienten zum Zeitpunkt K3). Die Remissionsrate von der Aufnahme bis zur 2-Jahreskatamnese liegt hier bei 60%.

Um die Verbesserungstendenzen der einzelnen Untersuchungen abzuschätzen wurden die GAF-Wert-Differenzen jedes Probanden zwischen Aufnahme und K1 und zwischen Aufnahme und K3 ermittelt (Tabelle 44).

**Tabelle 44 Veränderungen im GAF der einzelnen Probanden**

	GAF verbessert	GAF unverändert	GAF verschlechtert
<b>N (A_K1)</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>% (A_K1)</b>	<b>75</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
<b>N (A_K3)</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>% (A_K3)</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>5</b>

Anmerkung: N = Anzahl Probanden; A\_K1 = GAF-Wert-Differenz von Aufnahme und 6-Monatskatamnese; A\_K3 = GAF-Wert-Differenz von Aufnahme und 2-Jahreskatamnese; Ergebnisse > 0 zeigen eine Symptomverbesserung, Ergebnisse = 0 keine Symptomveränderung und Ergebnisse < 0 eine Symptomverschlechterung; fehlende Werte wurden nach dem Intention-to-treat Prinzip ergänzt.

Insgesamt kommt es bei 15 Patienten kurzfristig (von der Aufnahme bis zur 6-Monatskatamnese) und bei 17 Patienten langfristig (von der Aufnahme bis zur 2-Jahreskatamnese) zu einer Verbesserung des globalen Funktionsniveaus. Jeweils ein Patient verschlechtert sich kurz- bzw. langfristig nach PKZT. Bei vier Patienten zeigt sich kurzfristig, bei zwei langfristig keine Änderung der sozialen Funktionalität.

## **6.6 Die Wirkung von PKZT auf die Beeinträchtigungsschwere (gemessen am BSS)**

Es gilt zu untersuchen, ob die BSS-Mittelwerte zu den Nachuntersuchungszeitpunkten (E, K1-3) in der ANOVA signifikant niedriger sind als der Aufnahmemittelwert. Des Weiteren sollten sie im physiologischen Bereich, unterhalb des Grenzwertes von 5 (Schepank 1995) liegen.

### BSS-Mittelwerte zu den fünf Testzeitpunkten

Die BSS-Werte zu den fünf Messzeitpunkten (A = Aufnahme, E = Entlassung, K1 = 6-Monats-, K2 = 1-Jahres- und K3 = 2-Jahreskatamnese) sind abhängige Variablen. Sie beschreiben die Beeinträchtigungsschwere für die letzten sieben Tage der Patienten. Die Zeit stellt eine unabhängige Variable dar.

Der Mauchly-Test (Tabelle 45) ist nicht signifikant ( $p = 0,553$ ), die Voraussetzung für die Durchführung der ANOVA (Tabelle 46) somit gegeben.

**Tabelle 45: Mauchly-Test auf Sphärizität**

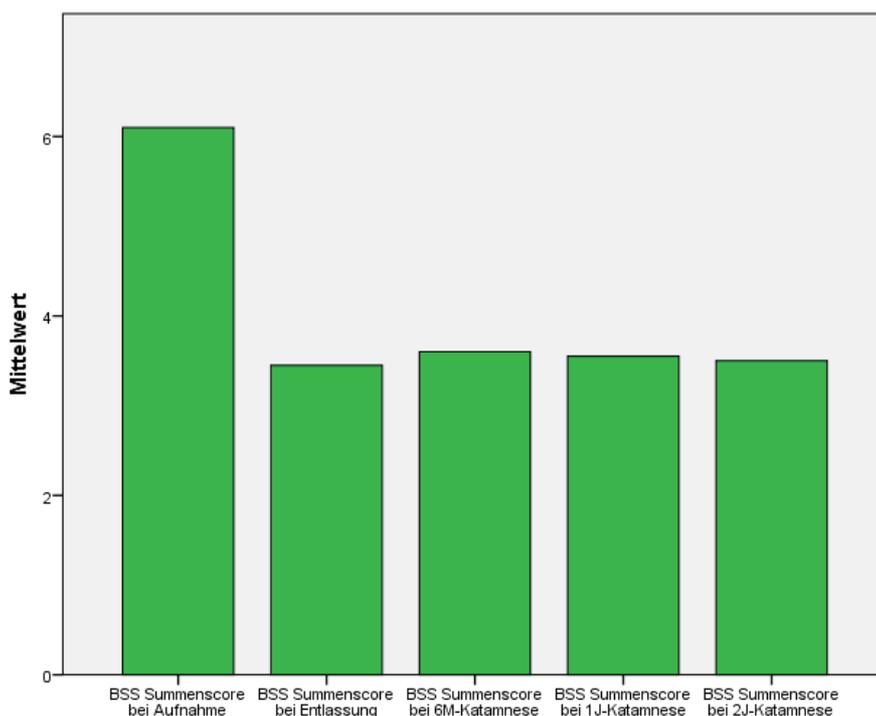
Innersubjekteffekt	df	Sign	Greenhouse-Geisser
Zeit (BSS)	9	0,553	0,825

**Tabelle 46 ANOVA: Tests der Innersubjekteffekte**

Zeit (BSS)	df	F	Sign.
Sphärizität angenommen	4	16,553	0,000

Der Test der Innersubjekteffekte unter Bonferroni-Adjustierung ist hoch signifikant ( $F = 16,55$ ;  $p < 0,001$ ).

Abb. 10 zeigt die BSS-Mittelwertverteilung zu den fünf Testzeitpunkten in der untersuchten klinischen Stichprobe.



**Abb. 10: Verlauf der BSS-Mittelwerte über die 5 Messzeitpunkte**

Abbildung 10 verdeutlicht die Reduktion des BSS-Mittelwertes von etwa sechs bei Therapiebeginn auf Werte unter vier bei der Entlassung und den weiteren Nachuntersuchungen. Damit kommt es nach Therapie anhaltend zur Reduktion der Beeinträchtigungsschwere unter die Grenze der klinischen Relevanz (siehe auch Tabelle 47).

Tabelle 47 fasst die Mittelwertverteilung, das Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) und des paarweisen Vergleichs der BSS-Werte zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und der Katamnesen zusammen.

**Tabelle 47: ANOVA und paarweiser Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der BSS-Werte zu den jeweiligen Messzeitpunkten**

	A	E	K1	K2	K3		
	N	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F
<b>BSS</b>	20	6,10 <sup>a</sup> (1,21)	3,45 <sup>b</sup> (1,76)	3,60 <sup>b</sup> (2,14)	3,55 <sup>b</sup> (2,42)	3,50 <sup>b</sup> (2,24)	16,55 <sup>***</sup>

Anmerkung: A = bei Aufnahme; E = bei Entlassung; K1 = bei der 6-Monatskatamnese; K2 bei der 1-Jahreskatamnese; K3 = bei der 2-Jahreskatamnese; N = Patientenzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, a, b: unterschiedliche Buchstaben kennzeichnen signifikante Unterschiede bei den paarweisen Vergleichen, \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

Bei der Aufnahme ergibt sich ein BSS-Mittelwert (M) von 6,1 mit einer Standardabweichung (SD) von 1,21. Es zeigt sich ein deutlich niedrigerer BSS-Wert bei der Entlassung (M=3,45; SD=1,76) und über den gesamten Katamneseverlauf hinweg (M<sub>K1</sub>=3,6; SD=2,14; M<sub>K2</sub>=3,55; SD=2,42 und M<sub>K3</sub>=3,5; SD=2,24). Die BSS-Mittelwerte sind in den Untersuchungen nach PKZT (E, K1-K3) signifikant niedriger als der BSS-Mittelwert zum Zeitpunkt der Aufnahme (F = 16,55;  $p < 0,001$ ; A-H<sub>1</sub>). Des Weiteren bleiben die Mittelwerte in den Nachuntersuchungen unterhalb des Grenzwertes von 5 im physiologischen Bereich (A-H<sub>1</sub>). Die PKZT führt zu einer signifikanten und anhaltenden Symptomverbesserung im BSS. Die Hypothesen zur Fragestellung 3 können angenommen werden.

### Effektstärkenschätzung nach Cohen

Tabelle 48 zeigt die Effektstärkenschätzung nach Cohen (1988) der gemessenen Beeinträchtigungsschwere vom Anfangswert zu dem jeweiligen Nachuntersuchungszeitpunkt.

**Tabelle 48: Effektstärken der signifikanten BSS-Wert Veränderung**

<b>Aufnahme bis Entlassung</b>	<b>1,75</b>
<b>Aufnahme bis 6M-Katamnese</b>	<b>1,44</b>
<b>Aufnahme bis 1J-Katamnese</b>	<b>1,33</b>
<b>Aufnahme bis 2J-Katamnese</b>	<b>1,45</b>

Die geschätzten Effektstärken der BSS-Mittelwerte zeigen ausschließlich große Effekte mit einem Minimum von 1,33 bei der 1-Jahreskatamnese und einem Maximum von 1,75 bei Therapieende.

### **Explorative Untersuchungen**

Um den Verlauf der Häufigkeit psychisch gesunder bzw. kranker Patienten zu den Messzeitpunkten abzuschätzen, wurden analog zu den GSI- und GAF-Werten die einzelnen BSS-Werte anhand des Cut-Off Wertes von 5 (Schepank 1995) entsprechend eingeteilt. BSS-Werte kleiner 5 gelten als psychisch gesund. Tabelle 49 zeigt die Verteilung.

**Tabelle 49 Deskriptive Einteilung in psychologisch gesunde Patienten anhand des Cut-Off Wertes im BSS von 5 (Schepank 1995)**

	<b>BSS_A</b>	<b>BSS_E</b>	<b>BSS_K1</b>	<b>BSS_K2</b>	<b>BSS_K3</b>
<b>N (gesund)</b>	1	16	16	13	15
<b>%</b>	5	80	80	65	75

Anmerkung: BSS\_A = BSS zum Zeitpunkt der Aufnahme; BSS\_E = BSS zum Zeitpunkt der Entlassung; BSS\_K1 = GSI zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese; BSS\_K2 = BSS zum Zeitpunkt der 1-Jahreskatamnese; BSS\_K3 = BSS zum Zeitpunkt der 2-Jahreskatamnese; fehlende Werte wurden nach dem Intention-to-treat Prinzip ergänzt

Beim BSS wurde nur ein Patient zu Beginn als gesund eingestuft, während beim letzten Katamnesezeitpunkt die Mehrheit der Patienten so beurteilt wurde (15 Patienten zum Zeitpunkt K3). Die Remissionsrate von der Aufnahme bis zur 2-Jahreskatamnese liegt hier bei 70%.

Um die Verbesserungstendenzen der einzelnen Untersuchungen abzuschätzen wurden die BSS-Wert-Differenzen jedes Probanden zwischen Aufnahme und K1 und zwischen Aufnahme und K3 ermittelt (Tabelle 50).

**Tabelle 50 Veränderungen im BSS der einzelnen Probanden**

	<b>BSS verbessert</b>	<b>BSS unverändert</b>	<b>BSS verschlechtert</b>
<b>N (A_K1)</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>% (A_K1)</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>0</b>
<b>N (A_K3)</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>% (A_K3)</b>	<b>85</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

Anmerkung: N = Anzahl Probanden; A\_K1 = BSS-Wert-Differenz von Aufnahme und 6-Monatskatamnese; A\_K3 = BSS-Wert-Differenz von Aufnahme und 2-Jahreskatamnese; Ergebnisse > 0 zeigen eine Symptomverbesserung, Ergebnisse = 0 keine Symptomveränderung und Ergebnisse < 0 eine Symptomverschlechterung; fehlende Werte wurden nach dem Intention-to-treat Prinzip ergänzt.

Insgesamt kommt es bei 15 Patienten kurzfristig (von der Aufnahme bis zur 6-Monatskatamnese) und bei 17 Patienten langfristig (von der Aufnahme bis zur 2-Jahreskatamnese) zu einer Verbesserung der Beeinträchtigungsschwere. Zwei Patienten verschlechtern sich langfristig nach PKZT. Bei fünf Patienten zeigt sich kurzfristig, bei einem Patienten langfristig keine Änderung der Beeinträchtigungsschwere.

### **6.7 Remission der Aufnahmediagnosen in den Nachuntersuchungen**

Es gilt zu untersuchen, ob die beobachteten Remissionsraten höher sind, als die Abnahme pathologischer Persönlichkeitsmerkmale im natürlichen Verlauf. Hier zeigt sich eine Remissionsrate von 53 - 57% nach frühestens 13 Jahren (Johnson et al. 2000).

In der folgenden Tabelle (Tabelle 51) ist aufgelistet, wie viel Prozent der Patienten in der 6-Monatskatamnese (K1), in der 1-Jahreskatamnese (K2) und in der 2-Jahreskatamnese (K3) die Kriterien der Aufnahmediagnose erfüllten und bei wie

viel Prozent das nicht mehr der Fall war. Letzteres entspricht einer Remission der Diagnose.

**Tabelle 51: Remission der Diagnosen in den Nachuntersuchungen**

Remission	K1	K2	K3
ja	45%	70%	50%
nein	55%	30%	50%

Anmerkung: K1 = 6-Monatskatamnese; K2 = 1-Jahreskatamnese; K3 = 2-Jahreskatamnese.

Die Remissionsrate in der 6-Monatskatamnese beträgt 45%, in der 1-Jahreskatamnese 70% und in der 2-Jahreskatamnese 50%. Wenn man davon ausgeht, dass sich erst nach 13 Jahren etwa die Hälfte der pathologischen Persönlichkeitsmerkmale spontan zurückbildet (Johnson et al. 2000), so erfüllen 70% der Patienten schon ein Jahr nach Therapieende nicht mehr die Kriterien der untersuchten PS (A-H<sub>1</sub>).

## 7 Diskussion

Die Mehrzahl der Studien zu ambulanter psychodynamischer Kurzzeittherapie befassen sich mit einer heterogenen Gruppe von Störungsbildern. Therapiestudien bei Abhängigen und Ängstlichen Persönlichkeitsstörungen sind dagegen selten. Ziel dieser Arbeit war es Hinweise für die Wirksamkeit ambulanter psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Patienten mit Ängstlichen und Abhängigen Persönlichkeitsstörungen zu zeigen. Primärer Endpunkt war die Symptomschwere, gemessen bei Therapiebeginn, unmittelbar nach Therapie und in einem Nachuntersuchungszeitraum von zwei Jahren. Quantifiziert wurde sie mit drei Kennwerten, dem GSI (Global Severity Index), GAF (Global Assessment of Functioning Scale) und BSS (Beeinträchtigungsschwere Score). Um den isolierten Therapieeffekt genauer bewerten zu können, wurden zunächst potentielle Einflussfaktoren (Kontrollvariablen) auf das Beschwerdebild untersucht.

### **Bewertung der untersuchten Kontrollvariablen**

Die untersuchten Kontrollvariablen (Alter bei Therapiebeginn, Psychopharmaka-Einnahme, kritische Lebensereignisse, Strukturniveau und psychotherapeutische Nachbehandlungen) hatten überwiegend keinen signifikanten Einfluss auf das Beschwerdebild und wurden in der einfaktoriellen Varianzanalyse der PKZT nicht weiter berücksichtigt. In wenigen Ausnahmen zeigten sich signifikante Ergebnisse, die jedoch aufgrund der vielen Messwiederholungen ohne Bonferroni-Anpassung des Signifikanzniveaus und aufgrund der zum Teil geringen Fallzahl auch als zufällige Ergebnisse gewertet werden könnten. Die Ausnahmen werden im Folgenden dargestellt und diskutiert:

Das „kritische Lebensereignis“, erhoben innerhalb von ein bis zwei Jahren nach Therapieende, zeigte einen signifikanten Einfluss auf die objektiven Therapieergebnisse (gemessen am GAF und BSS). Es gibt Hinweise, dass Patienten mit kritischen Lebensereignissen durchschnittlich ein schlechteres Therapieergebnis zeigen und zur Chronifizierung ihres Krankheitsbildes neigen (Bulmash et al. 2009, Pettit et al. 2009, Shelton 2009). Da sich dieses Ergebnis erstmals in der letzten Katamnese präsentierte, bräuchte man jedoch weitere Nachuntersuchungen, um die Tendenz und klinische Relevanz abzuschätzen.

Im BSS bei Aufnahme und im GSI in der 6-Monatskatamnese gab es signifikante Gruppenunterschiede in der Untersuchung der Psychopharmaka-Einnahme bei Studienabschluss. Es könnte ein Hinweis darauf sein, dass Patienten mit einer größeren Symptombelastung häufiger Psychopharmaka einnehmen. Dies muss allerdings vorsichtig bewertet werden, da nur drei Patienten zu diesem Zeitpunkt überhaupt Psychopharmaka eingenommen haben. Dass die Fallzahl so gering ist wundert nicht, denn laut S2- Leitlinie ist bei Persönlichkeitsstörungen vor allem Psychotherapie die Therapie der ersten Wahl. Insbesondere bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung liegen mir keine Studien vor, die die Psychopharmakotherapie beschreiben oder empirisch untersuchen. Hier richtet sich die Pharmakotherapie nach der im Vordergrund stehenden Achse-I-Störung (Verheul & Herbrink 2007; Ferrero et al. 2007). Orientierende Richtlinien für eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung stammen aus Erkenntnissen empirischer Studien, in denen die medikamentöse Behandlung der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung der Pharmakotherapie der sozialen Phobie angeglichen wird (AWMF 2008).

Bezüglich des Strukturniveaus zeigte sich im GAF bei Aufnahme zwar kein signifikanter Einfluss ( $p=0,058$ ), aber ein Trend, der vermuten lässt, dass durchaus ein Zusammenhang zwischen einem pathologischen GAF-Wert und einem niedrigen Strukturniveau bestehen könnte. Auffällig ist, dass sich in der klinischen Population ausschließlich hohe und mäßige Strukturniveaus abzeichneten, wobei bei leichten Persönlichkeitsstörungen allgemein immerhin zu 13% auch gering integrierte Strukturniveaus vertreten sind (Grande et al. 1998).

Sieben der 20 Patienten bekamen im Nachuntersuchungszeitraum weitere psychotherapeutische Nachbehandlungen. Durchaus kann ein Zusammenhang zwischen der Durchführung einer psychotherapeutischen Nachbehandlung und einer danach gemessenen geringeren Symptombelastung der Patienten bestehen (Chiesa & Fonagy 2003). Dies konnte in dieser Arbeit allerdings nicht gezeigt werden.

Alter und Beschwerdebild waren nicht korreliert. Sowohl Psychopharmaka-Einnahme bei Therapiebeginn als auch das Erleben eines kritischen Lebensereignisses zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Symptomschwere

bei Therapieende. Insgesamt schienen sich die Kontrollvariablen überwiegend nicht auf die Symptomschwere auszuwirken. Es soll betont werden, dass die Ergebnisse der untersuchten Kontrollvariablen lediglich als grob orientierend und richtungsweisend einzustufen sind, da aufgrund der niedrigen Fallzahlen und der Messwiederholungen im t-Test ohne Bonferroni-Korrekturen keine sichere statistische Aussage möglich ist. Die Untersuchung festigt jedoch die Annahme, dass die beobachtete Veränderung im Beschwerdebild der Patienten hauptsächlich auf der PKZT basiert.

### **Bewertung weiterer Kontrollvariablen**

In der Literatur finden sich weitere validierte Einflussgrößen auf das Beschwerdebild bei psychisch erkrankten Patienten. Bei Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen ist im Vergleich zu Störungsbildern ohne Komorbiditäten die Genesung verzögert und die Patienten erleiden in kürzerer Zeit wieder einen Rückfall. Das Beschwerdebild ist deutlich ausgeprägter und neigt zu Chronifizierung. Des Weiteren wird allgemein häufiger medizinische Hilfe in Anspruch genommen (Chen et al. 2009; Grilo et al. 2010; Kasen 2007; Rubio et al. 2011). Die Prognose beim Vorliegen gleich mehrerer Persönlichkeitsstörungen oder Komorbiditäten mit spezifischen psychischen Störungen oder Syndromen, wie Depressionen oder Angsterkrankungen, ist schlechter (Crawford et al. 2008). In der vorliegenden Arbeit betrug der Anteil der Patienten mit mindestens einer komorbiden Achse-I-Störung 95%, sodass sich eine Untersuchung dieser Variable nicht anbot. Aus demselben Grund wurde auch bei einem Frauenanteil von 90% auf eine geschlechtsspezifische Untersuchung verzichtet.

Die Patientenselektion könnte einen weiteren Einfluss auf den Therapieerfolg genommen haben. Es wurden nur Patienten in die Studie eingeschlossen, die eine hohe Therapiemotivation besaßen. Erkenntnisse zeigen, dass Patienten mit niedriger Therapiemotivation einen schlechteren und weniger anhaltenden Therapieerfolg erzielen als Patienten mit hoher Therapiemotivation. Die Abbruchrate ist bei wenig Motivierten deutlich erhöht (Schneider et al. 1999). Die in unserer Studie vorausgesetzte hohe Therapiemotivation könnte daher auch im Zusammenhang mit der geringen Abbruchrate von nur 10% stehen. Im Vergleich hierzu beträgt die mittlere Abbruchrate in der ambulanten Psychotherapie 47% (Wierzbicki & Pekarik 1993). Patientenmerkmale für ein erhöhtes Risiko eine

psychotherapeutische Therapie vorzeitig abbrechen sind das Vorhandensein besserer sozialer Ressourcen, ein geringeres Level an Symptomschwere und ein geringeres Streben nach Nähe oder Intimität (Charnas et al. 2010). In unserer klinischen Population bestanden mit einer Partnerschaftsrate von 75% und einer Rate an Berufstätigen bzw. Auszubildenden von 80% verhältnismäßig gute soziale Ressourcen (Anteil von Patienten mit PS in Partnerschaft lebend 46%, Zimmermann et al. 2005; Anteil Berufstätiger bei Patienten mit PS ca. 60%, Coid et al. 2006). Die allgemeine Symptomschwere war bei Therapiebeginn im Vergleich mit anderen Studien (Derogatis 1977; Schmitz et al. 2000, Franz et al. 1997) eher als gering zu werten. Die dennoch niedrige Abbruchrate kann jedoch durch den Einfluss der Persönlichkeitsmerkmale der ausgewählten Patienten entstanden sein. Insbesondere bei der Abhängigen Persönlichkeitsstörung könnte „anklammerndes Verhalten“ und eine hohe Mitarbeitsbereitschaft in der Patient-Therapeuten-Beziehung eine Begründung sein (Fiedler, S. 219, 221; 2007). Ein Patient hat die Therapie nach der siebten Stunde selbstständig abgebrochen. Ein weiterer Patient wurde aufgrund zunehmend massiver Symptombelastung nach der zehnten Therapiestunde stationär aufgenommen. Hier könnte eine Fehleinschätzung der Symptomschwere in der Aufnahmeuntersuchung ursächlich gewesen sein, denn es sollten nur Patienten in die Studie eingeschlossen werden, denen eine ambulante Kurzzeitpsychotherapie auch zumutbar war.

### **7.1 Bewertung des Therapieerfolges**

Um die Verteilung der Mittelwerte der allgemeinen Symptomschwere (GSI), der sozialen Funktionalität (GAF) und der Beeinträchtigungsschwere (BSS) zu den jeweiligen Messzeitpunkten zu beurteilen, wurden diese mit Ergebnissen aus ähnlichen Studien verglichen. Insgesamt war die Verbesserung des Beschwerdebildes nach PKZT und in den folgenden zwei Jahren sowohl in der Therapeuteneinschätzung als auch in der Selbsteinschätzung hoch signifikant ( $p < 0,001$ ;  $N=20$ ). Während die Patienten bei der Basiserhebung pathologische GSI-, GAF- und BSS-Werte aufwiesen, verbesserten sie sich nach Therapie auf Werte ohne klinische Relevanz (bezogen auf Indexpatienten: Franke 2002; Aas 2011; Schepank 1995) und blieben in den Nachuntersuchungen größtenteils weiterhin im Bereich dieser Normwerte.

### Ergebnisse der PKZT in der Patienteneinschätzung

Der durchschnittliche GSI in der Bevölkerung liegt bei 0,31-0,33. Bei psychiatrischen Patienten in ambulanter Psychotherapie beträgt der GSI Mittelwert 1,15-1,26 (Derogatis 1977; Schmitz et al. 2000). Patienten in hausärztlicher Betreuung erreichen einen durchschnittlichen GSI von 0,57 (Schmitz et al. 2000). Orientiert man sich an diesen Ergebnissen, so lag der Aufnahmemittelwert der Probanden (0,89) zwischen dem der hausärztlich versorgten Patienten und dem der psychogen-erkrankten Patienten aus der psychosomatischen Klinik. Das Beschwerdebild unserer Patienten war nach Therapieende zunächst vergleichbar mit hausärztlich versorgten Patienten (0,58). Nach sechs Monaten zeigten unsere Patienten bessere GSI-Werte (0,50), diese stiegen nach zwei Jahren jedoch wieder auf das Niveau hausärztlich versorgter Patienten an.

Die Schätzung der Effektstärken (Effektstärkenberechnung nach Cohen's d 1992) in der Selbstwahrnehmung der Patienten lieferte folgende Ergebnisse: Bei Entlassung, 1- und 2-Jahreskatamnese zeigte die Therapie einen mittleren ( $ES_E=0,68$ ;  $ES_{K2}=0,77$  und  $ES_{K3}=0,63$ ), bei der 6-Monatskatamnese einen großen Effekt ( $ES_{K1}=0,85$ ) im subjektiven Symptomenkomplex der Patienten.

Studien über die Effektivität von Psychotherapie gemessen am GSI zeigen folgende Ergebnisse (die Studien untersuchten heterogene Gruppen von psychiatrischen Erkrankungen und beinhalteten unterschiedliche Therapiemethoden): Unter den ambulanten Therapien zeigt eine psychodynamische Gruppentherapie bei Patienten mit einem Anteil von 39,4% Persönlichkeitsstörungen einen unmittelbaren Therapieeffekt im GSI von 0,74 (Jensen et al. 2010) und eine Multizenterstudie zur Wirksamkeit von systemischer Kurzzeittherapie eine Prä/Post Effektstärke im GSI von 0,8 (Grünwald et al. 2003). Unter den psychodynamisch orientierten stationären Therapien finden Huber et al. (2009) Effektstärken getrennt nach Geschlecht im GSI bei Therapieende von 0,90 und Prä/ Kat ebenfalls von 0,90 bei Frauen; bei Männern im GSI Prä/Post von 0,70 und Prä/Kat von 0,60 (Prä: vor Therapie, Post: nach Therapie, Kat: Katamnese zwischen 3 und 5 Jahren nach Therapie; 75% der Probanden waren Frauen). Beutel et al. (2005), die psychosomatische Störungen inklusive Persönlichkeitsstörungen untersuchen, finden für das Kurzzeitsetting im GSI Effektstärken im oberen Bereich (Prä/Post 1,14 und Prä/Kat 0,95) und für das

Langzeitsetting im oberen bis mittleren Bereich (Prä/Post 0,86 und Prä/Kat 0,63). Konzag et al. (2004) berichten von einer Effektstärke Prä/Post von 0,65, ein vergleichsweise niedriger Wert. Hier werden ausschließlich Persönlichkeitsstörungen nach stationärer psychodynamischer Therapie untersucht. Tritt et al. (2003) zeigen in einer Multizenterstudie mit multimodalen Therapiekonzeptionen für den GSI eine Effektstärke von 0,83 in einem Prä/Post-Design (Diagnose Persönlichkeitsstörung mit einem Stichprobenanteil von knapp 10%). Die Meta-Analyse von Leichsenring et al. (2004) zeigt bei Patienten mit psychiatrischen Störungen nach PKZT im GSI eine durchschnittliche Effektstärke von 0,90 (SD=0,48) in der Prä/Post Messung und 0,95 (SD=0,50) in der Prä/Kat Messung.

Verglichen mit den oben genannten Effektstärken im ambulanten sowie stationären Setting bei heterogenen Störungsgruppen lagen unsere Prä/Post Ergebnisse etwas unter dem Durchschnitt (Beutel et al. 2005; Grünwald et al. 2003; Huber et al. 2009; Jensen et al. 2010; Leichsenring et al. 2004; Tritt et al. 2003), waren aber in Anbetracht dessen, dass hier nur Persönlichkeitsstörungen untersucht wurden und diese im Vergleich mit anderen Störungsbildern tendenziell schlechtere Therapieergebnisse zeigten (Konzag et al. 2004) durchaus erwartungsgemäß. Die katamnestischen Ergebnisse lagen verglichen mit Huber et al. (2009) und Leichsenring et al. (2004) in einem vertretbaren Bereich, verglichen mit Beutel et al. (2005) in den Katamnesen nach stationärer Langzeittherapie könnten sie als überdurchschnittlich hoch bewertet werden.

Es ließen sich keine Effektstärken einer psychodynamischen Kurzzeittherapie, gemessen am GSI, bei Patienten mit ausschließlich Abhängiger oder Ängstlicher PS in der Literaturrecherche finden.

### **Ergebnisse der PKZT in der Therapeuteneinschätzung**

Nachdem zunächst die Therapieergebnisse in der Selbstwahrnehmung der Patienten dargestellt wurden, folgen nun die Therapieergebnisse in der Therapeutenbewertung (gemessen am GAF und BSS).

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vor stationärer psychodynamischer Therapie zeigen einen GAF-Wert von 59,7 (SD=8,7; N=76), bei Therapieende einen GAF-Wert von 64,5 (SD=8,6) und 1 Jahr nach Therapie einen GAF-Wert

von 66,3 (SD=11,1) (Vinnars et al. 2005). In der vorliegenden Studie verbesserten sich die Werte von der Aufnahme bis zur Entlassung von 52,85 auf 71,90 und blieben ungefähr auf diesem Level. Es lässt sich demnach eine größere Beschwerdereduktion als bei Vinnars et al. (2005) zeigen. Die Ergebnisse in den Nachuntersuchungen von Vinnars et al. (2005) zeigen aber eine ähnliche Stabilität wie die in der vorliegenden Studie. Zum Vergleich der BSS-Werte können die Werte von Franz et al. (1997) aufgeführt werden. Die untersuchte Bevölkerungsstichprobe zeigt den Mittelwert 3,4 (SD=1,9). Bei ambulanten Patienten der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der HHU Düsseldorf ergibt sich ein Mittelwert von 6,8 und bei stationären Patienten derselben Klinik ein Mittelwert von 7,2. Hier zeigt sich, dass die Probanden unserer Studie wahrscheinlich auf Grund der Ein- und Ausschlusskriterien etwas geringer belastet waren (BSS bei Aufnahme 6,1), jedoch in den Katamnesen durchaus das Niveau der Bevölkerungsstichprobe von Franz et al. erreichten (BSS in den Nachuntersuchungen im Durchschnitt 3,5).

Die Schätzung der Effektstärken der PKZT aus der Therapeutenperspektive ergab in den Nachuntersuchungen (E, K1-3) ausschließlich große ES (Tabelle 52):

**Tabelle 52: Effektstärken in der Therapeutenbeurteilung**

<b>Effektstärke</b>	<b>A_E</b>	<b>A_K1</b>	<b>A_K2</b>	<b>A_K3</b>
<b>ES (GAF)</b>	1,64	1,34	1,17	1,36
<b>ES (BSS)</b>	1,75	1,44	1,33	1,45

Anmerkung: ES = Effektstärke, A\_E = von Aufnahme bis Entlassung; A\_K1 = von Aufnahme bis 6-Monatskatamnese; A\_K2 = von Aufnahme bis 1-Jahreskatamnese; von Aufnahme bis 2-Jahreskatamnese

Die Suche nach Studien über die Effektivität von Psychotherapie gemessen am GAF und BSS zeigt folgende Ergebnisse (die Studien untersuchten auch hier heterogene Gruppen von psychiatrischen Erkrankungen und beinhalteten unterschiedliche Therapiemethoden):

Durchschnittliche Effektstärken in Bezug auf das globale Funktionsniveau (GAF) bei Patienten mit psychiatrischen Störungen nach PKZT betragen in einer Meta-

Analyse von Leichsenring et al. (2004) 0,80 (SD=0,37) in der Prä/Post Messung und 1,19 (SD=0,72) in der Prä/Kat Messung. Huber et al. (2009) zeigen bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (Affektive Störungen, Essstörungen, Neurotische Störungen, Belastungsstörungen, Somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen) nach stationärer psychodynamischer Kurzzeittherapie mit Werten von 1,5 sowohl im GAF als auch im BSS ähnlich hohe Effektstärken. Vinnars et al. (2005) vergleichen die Effekte supportiv-expressiver mit psychodynamischer Psychotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Hier zeigen sich Effektstärken im GAF von 0,64 bei der supportiv-expressiven und 0,59 bei der psychodynamischen Therapie. Eine Multizenterstudie über die Ergebnisqualität ambulanter Kurzzeitpsychotherapie in der Schweiz untersuchte eine Gruppe von Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungsbildern. Hier wird im GAF eine Effektstärke von 1,0 erreicht (Grünwald et al. 2003). In einem Review von de Maat et al. (2009) über die Effektivität psychoanalytischer Langzeittherapie zeigen sich Effektstärken im GAF von 0,87 bei einer Gruppe von Patienten mit sowohl Achse-I- als auch Achse-II-Störungen 6 Monate nach Psychotherapie (Wilczek et al. 2004) und im BSS ES von 2,1 in den Nachuntersuchungen 6 Jahre nach Psychotherapie bei einer Patientengruppe mit einem Anteil von 17% Persönlichkeitsstörungen (Keller et al. 1998). Franz et al. (2000) zeigen nach stationärer psychodynamisch orientierter Psychotherapie bei psychosomatischen Patienten im Summenwert des BSS eine Effektstärke von 0,89.

Bezogen auf die Effektstärken der GAF- und BSS-Werte in den genannten Studien liegen die in dieser Arbeit erreichten Effektstärken sowohl bei Therapieende als auch noch 2 Jahre nach Therapie im oberen Bereich. Auch hier ließen sich keine Effektstärken einer psychodynamischen Kurzzeittherapie, gemessen am GAF oder BSS bei Patienten mit Abhängiger oder Ängstlicher PS, in der Literaturrecherche finden.

### **Vergleich der Patienten- und Therapeuteneinschätzung des Beschwerdebildes nach PKZT**

Vergleicht man die Effektstärken der Therapeuteneinschätzung (gemessen am GAF und BSS) mit denen der Patienteneinschätzung (gemessen am GSI), so scheinen die Therapeuten den Therapieerfolg optimistischer einzuschätzen als die

Patienten. Hierzu ist bekannt, dass die Therapeuten die Entwicklung der Symptomatik zumeist besser beurteilen als die Patienten, weil diese sich im Interview häufig besser präsentieren als sie sich fühlen (Fiedler 2007; S. 262). Des Weiteren könnte in der Therapeuteneinschätzung ein Zugehörigkeitseffekt eine Rolle spielen, d.h. dass die Therapeuten aus Loyalitätsgründen der eigenen Klinik gegenüber den Therapieerfolg optimistischer bewerten als die Probanden. Auch beim Vergleich der Zahl psychisch Gesunder vor und nach Therapie, anhand der einzelnen Grenzwerte für die GSI-, GAF- und BSS-Werte, zeigten sich beim GSI geringere Veränderungen als beim GAF und BSS (Remissionsraten von 20% versus 60% und 70%). Dies liegt hauptsächlich daran, dass die GSI-Werte bei der Hälfte der Patienten bereits zu Beginn in dem Bereich lagen, der als psychisch gesund definiert ist. Wenn der Anteil Gesunder von Anfang an hoch ist, dann kann es im Verlauf der Therapie nicht mehr zu starken Veränderungen in Richtung Gesundheit kommen. Dass sich bei der SCL weniger starke Veränderungen zeigten als bei den beiden Maßen zur Fremdeinschätzung, kann zum einen daran liegen, dass die persönlichkeitsgestörten Patienten sich selbst als weniger krank erleben, als es Außenstehende tun. Zum anderen ist auch möglich, dass die SCL, die ein breites Spektrum psychischer und körperlicher Beschwerden abdeckt, die spezifischen Beeinträchtigungen, die mit einer Abhängigen und Ängstlichen Persönlichkeitsstörung einhergehen, nur ungenau erfasst. Möglicherweise hätten sich die Patienten als stärker beeinträchtigt eingeschätzt, wenn das schwache Selbstwertgefühl und die Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich, die definitionsgemäß bei diesen beiden Störungen auftreten, mit speziell hierauf bezogenen Maßen erfasst worden wären.

Ein weiterer Diskussionspunkt ist, dass die Verteilung der Messwerte in Selbst- und Fremdeinschätzung im zeitlichen Verlauf ein unterschiedliches Muster zeigten. Der Therapieeffekt nach Einschätzung der Therapeuten zeigte den besten Therapieerfolg bei Therapieende, der danach wieder leicht abnahm. Aus Sicht der Patienten verbesserte sich ihr Befinden im zeitlichen Verlauf nach Therapie weiter und war selbst nach zwei Jahren noch über dem Niveau des Therapieeffektes bei Entlassung. Die Symptomschwere in der 6-Monatskatamnese verbesserte sich zwar nicht mehr signifikant bezogen auf die Entlassungswerte, eine Tendenz wurde aber deutlich. Geht man davon aus, dass bei vielen Patienten auch nach Therapie weiterhin Persönlichkeitsmerkmale ihrer

diagnostizierten Störungsbilder ohne Krankheitswert bestehen (Grilo 2005; McGlashan et al. 2005), kämen hierfür folgende möglichen Erklärungen in Betracht: Die Entlassung der Patienten steht für eine endgültige Trennung vom Therapeuten, einer für diesen Zeitraum möglicherweise wichtigen Bezugsperson. Den Patienten könnte das akut traurig oder ängstlich stimmen und die Ergebnisse in der Selbsteinschätzung zunächst negativer ausfallen lassen als nach sechs Monaten. Das würde zum Bild der Ängstlichen und Abhängigen Persönlichkeitsstörungen passen, welches von dem „Gefühl der Hilflosigkeit und Unbeholfenheit“ und von „Trennungsängsten“ geprägt ist (Diagnosekriterien ICD-10/ DMS IV, AWMF 2008). Eine mögliche Erklärung für den erhöhten nachhaltigen Effekt in der Selbsteinschätzung wäre, dass die PKZT einen Anstoß zur Konfliktbewältigung liefert und der Prozess der Bewältigung und die damit verbundene Symptomverbesserung nach Therapie weiter fortschreiten. Laut Huber et al. (2009) gibt es in aktuellen Katamnesestudien ähnliche Verbesserungstendenzen im GSI (Mestel et al. 2000; Feilen 2002; Wilmers et al. 2008). Zum Beispiel sind in einer 2-Jahreskatamnese nach stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie mit einem hohen Anteil an Persönlichkeitsstörungen (31,4%) in der Selbsteinschätzung im SCL-90-R Verbesserungstendenzen bis zur 2-Jahreskatamnese erkennbar, während der BSS den höchsten Erfolg zwischen Aufnahme und Entlassung zeigt (Feilen 2002). Huber et al. (2009) weisen darauf hin, dass das Beschwerdebild zwischen zwei und fünf Jahren nach Therapie beweglich ist und eine genauere wissenschaftliche Untersuchung verdient.

Festzuhalten ist, dass sich in der vorliegenden Studie der höchste Therapienutzen der objektiv gemessenen globalen Funktionalität und Beeinträchtigungsschwere unmittelbar bei Therapieende abzeichnete und die stärkste subjektive Symptominderung erst sechs Monate nach Therapieende bestand.

### **Bewertung der Remission in der Diagnose**

Neben der Einschätzung der subjektiven Beschwerden (GSI), der Beeinträchtigungsschwere (BSS) und der psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche (GAF), wurde der prozentuale Anteil der Remission der Aufnahmediagnose explorativ ermittelt. Orientierend, zur Bewertung der Therapiewirksamkeit bei fehlender Kontrollgruppe, erfolgte der Vergleich unserer

Remissionsrate mit der des natürlichen Verlaufs von PS. Zusätzlich wurden weitere Remissionsraten von PS nach Psychotherapie vergleichend dargestellt.

In einer prospektiven Longitudinalstudie (Johnson et al. 2000, CIC-Studie) wurde die Verteilung pathologischer Persönlichkeitsmerkmale in einer Bevölkerungsgruppe vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter im natürlichen Verlauf verfolgt. Eine Abnahme pathologischer Persönlichkeitsmerkmale bei ängstlich oder abhängig strukturierten Adoleszenten und jungen Erwachsenen um 53-57% ergibt sich spontan nach 13 - 19 Jahren. Der weitere Verlauf im Erwachsenenalter wurde nicht untersucht. In der vorliegenden Arbeit erfüllten in der 6-Monatskatamnese 45%, in der 1-Jahreskatamnese 70% und in der 2-Jahreskatamnese 50% der Patienten nicht mehr die Kriterien einer PS. Während sich im natürlichen Verlauf also frühestens nach 13 Jahren die Anzahl pathologischer Persönlichkeitsmerkmale halbiert, zeigten in der vorliegenden Arbeit sechs Monate nach Therapieende fast die Hälfte der Patienten eine Remission in ihrer Diagnose. Eine Studie, die die Remissionsraten der Diagnosen von Ängstlichen und Abhängigen PS im natürlichen Verlauf untersucht, lag nicht vor. Man kann aber davon ausgehen, dass die Remissionsrate der Diagnosen in dem kurzen Zeitraum nicht spontan entstanden sind, was die Wirksamkeit der PKZT untermauert.

In klinischen Populationen messen Shea et al. (2002, CLPS-Studie) eine Remissionsrate von Patienten mit Ängstlicher PS ein Jahr nach Therapie von 44%. Mit einer Remissionsrate zu diesem Zeitpunkt von 70% stellt sich die hier untersuchte PKZT als überlegen dar. Grilo et al. (2004) zeigen eine Remissionsrate von 50% innerhalb von zwei Jahren bei ambulanten und stationären Patienten mit Ängstlichen PS. In einem Review von Torgersen (2009) beträgt die Remissionsrate bei Patienten mit PS nach 2 Jahren ebenfalls durchschnittlich 50%. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit der Remissionsrate in der 2-Jahreskatamnese der vorliegenden Studie. Mc Glashan et al. (2005) untersuchten den Verlauf von Persönlichkeitsmerkmalen bei Persönlichkeitsstörungen in einer klinischen Population in einem 2-Jahres-Zeitraum. Hier reduzieren sich einige pathologische Persönlichkeitseigenschaften nach Therapie und andere bleiben erhalten. Bei der Ängstlichen Persönlichkeitsstörung ist das Gefühl unzulänglich und sozial unbeholfen zu sein und die Eigenschaft soziale Kontakte erst dann zu knüpfen, wenn man sich sicher

ist, gemocht zu sein, mit einer Permanenz von über 60% in dem Patientenkollektiv als besonders stabil einzuschätzen. Schamgefühl und die Angst vor Bloßstellung, besonders im Beruf, sind nach zwei Jahren am geringsten präsent und damit eher als instabil einzustufen. Bemerkenswert ist, dass es bei Patienten ohne eine Remission in ihrer Diagnose trotzdem zu einer Beschwerdereduktion kommen kann. Dafür gab es in unserer Studie ebenfalls Hinweise. Zwischen 75% und 85% der Patienten erfuhren in der 6-Monats- und 2-Jahreskatamnese sowohl subjektiv als auch objektiv eine Verbesserung ihrer Symptomschwere. Gleichzeitig erfüllten zum Zeitpunkt K1 noch 55% und zum Zeitpunkt K3 noch 50% der Patienten die Kriterien für die Diagnose der PS. Die Therapie schafft vermutlich durch Anknüpfung an Krankheitsverständnis-Modelle und die generelle Aufarbeitung von Kindheitserlebnissen eine globale Grundlage für den Umgang mit Ängsten oder Zwängen. Ebenfalls wird die Fähigkeit zur Konfliktbewältigung im sozialen Umgang unterstützt. Demgegenüber ist es fraglich, welche Konsequenzen es für Patienten hat, trotz einer messbaren Beschwerdereduktion keine Remission der Diagnose zu erreichen. Es ist denkbar, dass diese Patienten durch Auslöser wie zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes oder einer Bezugsperson, wieder in ihr ursprüngliches Beschwerdemuster zurückfallen könnten. Dies müsste in zukünftigen Studien überprüft werden.

## **7.2 Limitationen**

### **Fehlende Kontrollgruppe**

Es handelt sich in der vorliegenden Dissertation um eine beobachtende, prospektive Therapiestudie, die die Versorgungsrealität der Patienten widerspiegelt. Bei allen Patienten wurde unmittelbar nach Einwilligung in die Studienteilnahme die Therapie begonnen, es gab keine Randomisierung in eine Kontrollgruppe. Um die interne Validität zu steigern, wäre eine Vergleichsgruppe sinnvoll gewesen. Da über den Erfassungszeitraum von April 2002 bis Dezember 2008 insgesamt nur 25 Patienten die Einschlusskriterien erfüllten, war die Teilnehmerzahl mit schließlich 20 Probanden zu klein um eine Kontrollgruppe zu schaffen. Fehlende Randomisierung bringt aufgrund einer Anfälligkeit für Überlagerungen durch Störvariablen Nachteile hinsichtlich der internen Validität mit sich (Bortz 2005, S. 8). Daher kann man in der Interpretation der

Therapieeffekte auf die Beschwerdereduktion der Patienten nicht mit hinreichender Sicherheit von kausalen Zusammenhangsmaßen sprechen. Vielmehr bietet diese Dissertation Hinweise und Anhaltspunkte bezüglich der Therapiewirksamkeit bei Patienten mit Ängstlichen und Abhängigen Persönlichkeitsstörungen. Sinnvoll wäre es, eine Studie mit einer weit höheren Fallzahl durchzuführen, aufgrund der niedrigen Prävalenz am ehesten multizentrisch um ausreichend Patienten zu gewinnen. In der Kontrollgruppe könnte man stützende Gespräche während der Wartezeit anbieten, zum Beispiel durch Sozialarbeiter oder alternative Therapiemethoden wie Verhaltenstherapie, Kognitiv-Behaviorale Therapie oder hausärztliche Betreuung. Um den Therapieerfolg dennoch zu bewerten, orientierten wir uns an Grenzwerten zur psychischen Gesundheit, gemessen an der Normalbevölkerung. Des Weiteren wurden die Ergebnisse der GSI-, GAF- und BSS-Werte ausführlich mit ähnlichen Studien und die Remission der Diagnosen mit Remissionsraten pathologischer Persönlichkeitsmerkmale bei Kindern und Jugendlichen im natürlichen Verlauf verglichen. Ein Ersatz für eine Kontrollgruppe ist das jedoch sicherlich nicht.

### **Fehlende Verblindung**

Aufgrund fehlender Verblindung könnte eine Antworttendenz der Patienten sowie der Therapeuten, im Sinne einer sozialen Erwünschtheit, zu einer Verzerrung der Therapieergebnisse geführt haben. Durch die selektierte Persönlichkeitsstruktur der Patienten und möglichen Dankbarkeitsgefühlen, könnte die Therapiebewertung besser ausgefallen sein. In der Therapeuteinschätzung könnte ein Zugehörigkeitseffekt eine Rolle spielen, d.h. dass die Therapeuten aus Loyalitätsgründen gegenüber der eigenen Klinik oder aufgrund von Erfolgsdruck die Therapieergebnisse optimistischer bewerten.

### **Störfaktoren im naturalistischen Design**

Als weitere Gefährdung der internen Validität im ambulanten Setting mit einer Therapiestunde pro Woche sind ungeplante Ereignisse zwischen zwei Messungen anzusehen, die einen ungewollten Einfluss auf die Probanden haben. So gab es Hinweise darauf, dass in der vorliegenden Studie kritische Lebensereignisse zu einer höheren Symptombelastung und negativeren sozialen Funktionalität geführt haben könnten. Das Ausfüllen der Fragebögen wurde bei A und E standardisiert durchgeführt. Bei K 1-3 war dies nicht mehr der Fall, da die Bögen aus praktischen

Erwägungen heraus zu Hause ausgefüllt wurden. Auch hier könnten äußere Einflüsse zu Ergebnisverfälschungen geführt haben.

### **Ergänzung fehlender Werte nach dem Intention-to-treat Prinzip**

Bei fünf von 20 Patienten fehlten einzelne Katamnesedaten, welche nach dem Intention-to-Treat-Prinzip durch die zuletzt gemessenen Daten ergänzt wurden („Last-Observation-Carried-Forward“-[LOCF]-Methode; Kleist 2009). Bei zwei Patienten wurden in diesen Fällen die Aufnahmewerte in alle weiteren Nachuntersuchungen übertragen, bei einem Patienten die Aufnahmewerte in die fehlenden Entlassungswerte, bei einem Patienten die Entlassungswerte in die fehlende 6-Monatskatamnese und bei einem Patienten die Entlassungswerte in alle weiteren Katamnesen. Die LOCF-Methode geht von der unrealistischen Annahme aus, dass die Werte bei einem Patienten konstant bleiben. Der Vorteil dieses Verfahrens zum Umgang mit fehlenden Werten besteht eigentlich nur darin, dass es immer noch besser ist, als einzelne Patienten von der statistischen Analyse auszuschließen. Nachteile sind das Risiko für die Gefahr von falsch positiven bzw. negativen Ergebnissen und ein hohes Maß von Unsicherheit bezüglich des realen Effekts (Hollis et al. 1999; Streiner et al. 2001). Es kann grundsätzlich den Bias nicht minimieren, der sich durch fehlende Daten zu dem Studienendpunkt ergibt. Unvollständigen Daten lässt sich jedoch nur mit Methoden begegnen, die ihrerseits ebenfalls limitiert sind und prinzipiell einem Bias unterliegen (Kleist 2009). Bei drei der fünf Patienten wurden die pathologischen Aufnahmewerte in die Entlassungswerte, bzw. in die Katamnesen übertragen. Der wahre Effekt der PKZT wird hier eher unterschätzt. Dass wir trotz dieser pessimistischen Ergebnisschätzung durchweg mittlere bis hohe Effekte behalten konnten, spricht für den Wert der PKZT in dieser Studie.

### **Diagnosestellung**

In den ambulanten Erstgesprächen wurden Diagnosen entweder mittels SKID II, ICDL oder klinischer Supervision gestellt. Es gab also keine durchgängige Diagnosestellung mit einem einheitlichen Instrument. Hierdurch könnte es zu Abweichungen oder Ungenauigkeiten in der Diagnosestellung der Patienten gekommen sein. Für eine umfassende Diagnosestellung wäre eine Einstufung der Patienten mit dem kompletten SKID notwendig gewesen. Um die Therapeuten zeitlich zu entlasten wurde die verkürzte Version (SKID II) verwendet. Hierdurch

besteht die Möglichkeit, dass weitere Diagnosen unerkannt blieben oder komplexere Störungsbilder fehlerhaft eingeschätzt wurden.

### **Therapeuteneinsatz**

Durch den Einsatz von Ärzten, die sich auf unterschiedlichem Niveau der Weiterbildung befanden, könnte wegen heterogener Erfahrung der Therapieerfolg etwas schlechter ausgefallen sein, als wenn beispielsweise ausschließlich erfahrene Fachärzte oder Psychotherapeuten die Therapie durchgeführt hätten. Studien hierzu sind allerdings selten und uneinheitlich, zeigen aber eher eine Tendenz dazu, dass sowohl gut ausgebildete als auch weniger gut ausgebildete Therapeuten zu positiven Therapieergebnissen führen (Lambert 2005). Um hier die Therapie unabhängig von der Erfahrung der Therapeuten auf höchstmöglichem Standard zu leiten, orientierten wir uns einheitlich an dem Therapie-Manual von Strupp und Binder (1991) und führten regelmäßig Supervisionen durch.

### **Testung potentieller Störgrößen**

Zur Testung möglicher Störgrößen war keine sichere statistische Untersuchung möglich. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen wurde, anders als bei der Testung des primären Endpunktes, auf eine Teststärken-Analyse (Teststärken-Berechnung und Stichprobenumfangplanung mithilfe von G-Power 3.1.3) verzichtet und keine Bonferroni-Adjustierung durchgeführt. Dass ein Ergebnis bei der hohen Anzahl an Messwiederholungen auch zufällig signifikant sein könnte, ist aufgrund der genannten statistischen Schwächen nicht auszuschließen. Bei der Bestimmung des Strukturniveaus gab es keine Messwiederholung zum Versuchsende oder zu den Katamnesezeitpunkten und es wurde kein validiertes, geeichtes Instrument verwendet. Es war eine reine Therapeuteneinschätzung und vermutlich gab es nur eine geringe Reliabilität. Da die Messung der Störgrößen kein Hauptzielkriterium darstellte, erhofften wir uns nur geringe Aussagekraft und keine Kausalitäten.

## **7.3 Ausblick**

### **Aspekte des Therapieerfolges**

In der Zusammenfassung der Kennwerte (GSI, GAF und BSS) zur Testung des primären Endpunktes, das Beschwerdebild der klinischen Population, zeigt sich in

den Untersuchungen nach PKZT eine allgemein signifikante und anhaltende Beschwerdereduktion im Vergleich zu den Ausgangsbefunden. Explorative Untersuchungen der Kennwerte der einzelnen Patienten zeigen jedoch, dass nicht alle Patienten von der Therapie profitiert haben. Anhand der Grenzwerte für den GSI, GAF und BSS (Franke 2002; Aas 2011; Schepank 1995) sind bei Entlassung noch zwischen vier und sieben Patienten und in der 2-Jahreskatamnese noch zwischen fünf und sieben Patienten als psychisch krank einzustufen. Explorative Untersuchungen zeigen in der Differenz der Kennwerte zum Zeitpunkt der Aufnahme und 6-Monats-, bzw. 2-Jahreskatamnese keinen positiven Therapieeffekt bei jeweils bis zu fünf Patienten. Man könnte vermuten, dass die Patienten, die von der psychodynamischen Kurzzeittherapie nicht profitiert haben, aus anderen Therapieformen einen größeren Nutzen ziehen. Zum Beispiel benötigen Patienten für eine dynamische Psychotherapie die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung oder Selbstreflektion (Strupp und Binder 1991, S. 59-60; Taylor 1995; Grand 1995). Weitere wichtige Persönlichkeitsmerkmale für ein gutes Therapieergebnis sind Beziehungsfähigkeit, Offenheit für Psychotherapie und eine hohe Therapiemotivation (Valbak 2004). Sind diese Fähigkeiten nicht vorhanden, ist eine PKZT wahrscheinlich ungeeignet. Eine PKZT ist ebenfalls ungeeignet, wenn sich durch den Therapeuten kein dynamischer Fokus finden oder aufrechterhalten lässt (Strupp und Binder, 1991, S. 99). Watzke et al. (2010) fanden Hinweise, dass eine systematische Therapieselektion für psychiatrische Patienten gegenüber einer Randomisierung das Therapieergebnis (gemessen am GSI) für psychodynamische Therapie durchaus verbessern kann. Für die KBT konnte das nicht gezeigt werden, möglicherweise wäre die KBT für die Nicht-Profit-Gruppe in der vorliegenden Studie von größerem Nutzen gewesen. In Anlehnung an die systematische Therapieselektion (Watzke et al. 2010) gibt es weiteren Forschungsbedarf für welche spezifischen Störungen die PKZT neben der Ängstlichen und Abhängigen PS geeignet ist, denn bislang belegten Meta-Analysen die Wirksamkeit der PKZT überwiegend für heterogene Gruppen psychiatrischer Störungen (Abbass et al. 2012; Leichsenring et al. 2004).

### **Methodische Aspekte**

Die Diagnosestellung sollte in künftigen Untersuchungen einheitlich und standardisiert erfolgen. Um die Bias äußerer Einflüsse beim Ausfüllen der Fragebögen der Selbsteinschätzung in den Nachuntersuchungen zu verringern,

könnten diese, wie bei Therapiebeginn und Therapieende, standardisiert und in einer neutralen Umgebung erfolgen. Um Einflüsse auf die Therapiebewertung durch Aspekte der sozialen Erwünschtheit der Patienten oder den Erfolgsdruck und das Loyalitätsverhalten der Therapeuten künftig zu verringern, sollte eine Verblindung von Patienten und Therapeuten durchgeführt werden. Eine weitere Möglichkeit wäre unabhängige Therapeuten, zum Beispiel aus anderen Kliniken, die Nachuntersuchungen durchführen zu lassen.

In Bezug auf die mittleren bis hohen Effektstärken, die in der vorliegenden Studie im GSI, GAF und BSS durch die PKZT erreicht wurden, müssten zukünftige Studien zeigen, ob sich diese Ergebnisse auch in der Untersuchung weit größerer Stichproben replizieren lassen. Dann wäre auch die Möglichkeit der Patientenrandomisierung in eine Kontrollgruppe gegeben. Hier könnten die Ergebnisse der PKZT mit denen einer anderen Form der Psychotherapie, Psychopharmakotherapie oder einer Wartegruppe, in der ggf. stützende Gespräche oder Gruppentherapien angeboten werden, verglichen werden. Eine höhere Fallzahl würde auch in der Testung möglicher Störvariablen genauere statistische Aussagen liefern. Schließlich wäre es auch interessant zu untersuchen welche weiteren psychischen Störungen ebenfalls von der CMP basierten Kurzzeittherapie profitieren.

#### **7.4 Schlussfolgerung**

Als Stärken der vorliegenden Studie können folgende Punkte hervorgehoben werden: Mit der Ängstlichen und der Abhängigen Persönlichkeitsstörung wurden zwei Störungen untersucht, die in der Psychotherapieforschung bislang selten Beachtung fanden. Eingesetzt wurden nicht nur Fragebögen zur Selbsteinschätzung, sondern es gab auch Therapeuteneinschätzungen, für die Interviews durchgeführt wurden, die im Vergleich zu Fragebögen deutlich zeit- und arbeitsaufwendiger sind. Der Katamnesezeitraum von zwei Jahren ermöglicht es zudem, nicht nur kurzfristige, sondern auch langfristige Effekte zu ermitteln.

Als begrenzender Faktor sollte vor allem genannt werden, dass es sich hier nicht um eine randomisierte kontrollierte Studie handelt, da es weder eine Kontroll- noch eine Vergleichsgruppe gab. „Die Effekte der für diese Studie durchgeführten

psychodynamischen Kurzzeittherapie lassen sich erst dann abschließend beurteilen, wenn die mit dieser Methode behandelten Patienten mit Patienten verglichen werden, die keine oder eine andere Behandlung erhalten, beispielsweise eine Kognitive Verhaltenstherapie oder eine medikamentöse Behandlung“ (Neumann et al., 2014 im Druck). Auch interessant wäre es zu untersuchen, wie andere PS auf die CMP-basierte Therapie ansprechen.

Festzuhalten ist, dass Ängstliche und Abhängige PS mit psychodynamischer Kurzzeittherapie wirksam behandelt werden können. Die hier eingesetzte Methode, deren Schwerpunkt die Veränderung maladaptiver Beziehungsmuster ist, erwies sich als effektiv zur Reduktion der Symptomschwere bei diesen beiden Persönlichkeitsstörungen. Die im Verlauf der Therapie erzielte Verbesserung im psychischen Befinden blieb in dem untersuchten Zeitraum von 2 Jahren erhalten.

## 8 Zusammenfassung

Psychotherapeutische Verfahren gelten als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (AWMF 2008). Dass psychodynamische Kurzzeittherapie (PKZT) bei einer großen Gruppe von psychischen Störungen wirksam ist, wurde schon in einigen Meta-Analysen beschrieben (Abbass et al. 2012; Leichsenring et al. 2004). Zum aktuellen Stand der Forschung sind mir keine Studien zur Wirksamkeit der PKZT bei Patienten mit Abhängiger Persönlichkeitsstörung und nur wenige zur Wirksamkeit bei Patienten mit Ängstlicher Persönlichkeitsstörung bekannt. Als Beitrag zur Wirksamkeitsforschung wurden daher in der vorliegenden Dissertation die kurz- und langfristigen Effekte einer PKZT nach dem SASB/CMP Modell (Tress et al. 1996) bei dieser Patientengruppe in einem naturalistischen Design prospektiv beobachtet.

Zwischen 2002 und 2008 wurden 20 Patienten in die Studie eingeschlossen. Gemessen wurde die Symptombelastung durch Selbsteinschätzung der ambulanten Patienten (Global Severity Index, GSI, mithilfe des SCL-90-R Fragebogens) und durch Fremdeinschätzung der Therapeuten (Global Assessment of Functioning, GAF und Beeinträchtigungsschwere Score, BSS) zu fünf Zeitpunkten, in einem Zeitraum bis zwei Jahre nach Therapieende. Ziel dieser Studie war zu untersuchen, ob es Hinweise auf die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Patienten mit Ängstlicher und Abhängiger PS gibt. Die zentrale Fragestellung konnte hypothesenkonform bestätigt werden: Die Untersuchung der psychodynamischen Kurzzeittherapie zeigte eine signifikante und anhaltende Beschwerdereduktion (gemessen am GSI, GAF und BSS). Es zeigten sich sowohl im Selbst- als auch im Fremdbeurteilungsverfahren mittlere bis große Effektstärken bei der Entlassung und in den Nachuntersuchungen bis zur 2-Jahreskatamnese. Diese lagen in der Selbstbeurteilung (gemessen am GSI) im Bereich von 0,63 bis 0,85 und in der Fremdbeurteilung (gemessen am GAF und BSS) zwischen 1,17 und 1,75. Es gab Hinweise darauf, dass sich einige Patienten im Katamneseverlauf im Hinblick auf ihr Beschwerdebild noch weiter verbesserten. Diese Veränderung war zwar nicht signifikant, konnte aber schon in anderen Studien gezeigt werden (Huber et al. 2009; Leichsenring et al. 2004). Positive Nachwirkungen sind hier noch Monate nach psychodynamischer Therapie im Beschwerdebild der Patienten erkennbar. Insgesamt sind die erreichten Effektstärken vergleichbar mit anderen Therapiestudien bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Konzag et al. 2004, Leichsenring et al. 2004). Da aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe jedoch von keinen kausalen Zusammenhangsmaßen zwischen PKZT und Beschwerdereduktion gesprochen werden kann, wurden die Remissionsraten der Diagnosen in den Nachuntersuchungen mit dem natürlichen Verlauf pathologischer Persönlichkeitsmerkmale verglichen. Remissionsraten von 45% bis 70% konnten von der 6-Monats- bis zur 2-Jahreskatamnese in der vorliegenden Studie beobachtet werden, während sich ängstliche und abhängige Persönlichkeitsmerkmale von Adoleszenten und jungen Erwachsenen frühestens nach 13 Jahren um 53-57% reduzieren (Johnson et al. 2000). Ein Ersatz für eine Kontrollgruppe ist das sicherlich nicht, es lässt aber vermuten, dass die Remissionsraten in der vorliegenden Studie nicht spontan entstanden sind, sondern durch die PKZT beeinflusst wurden.

Insgesamt liefert die Studie gute Ergebnisse in der Beschwerdereduktion der Patienten und rechtfertigt die Durchführung psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Patienten mit Ängstlicher und Abhängiger Persönlichkeitsstörung. Weitere Untersuchungen sollten eine Kontrollgruppe einschließen und zeigen, ob sich die Ergebnisse in größeren Stichproben replizieren lassen.

## 9 Literaturverzeichnis

Aas IH. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry*. **2011** Jan 20;10:2.

Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. **2008** Mar;196(3):211-6.

Abbass A, Town J, Driessen E. The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depressive Disorders with Comorbid Personality Disorder. *Psychiatry* **2011**; 74(1) 58

Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. *Harv Rev Psychiatry*. **2012** Mar;20(2):97-108.

Alden L Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. **1989** Dec;57(6):756-64

Alden LE, Lapsa JM, Taylor CT, Ryder AG. Avoidant personality disorder: current status and future directions *J Pers Disord*. **2002** Feb;16(1):1-29.

Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 : das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 1. Aufl., Huber Verlag, Bern (Schweiz) **2006**

Anderson, E. M., & Lambert, M. J. Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, (1995). 9, 503-514.

AWMF online (Stand **2008**):

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038015\\_S2\\_Persoenlichkeitsstoerungen\\_05-2008\\_05-2013.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038015_S2_Persoenlichkeitsstoerungen_05-2008_05-2013.pdf)

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. Multivariate Analyseverfahren: Eine anwendungsorientierte Einführung (11. Auflage). Berlin: Springer. (**2006**)

Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC. Childhood

- maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord.* **2004** Apr;18(2):193-211
- Beck A. T., Freeman A. and Davis D. D., and associates. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Second Edition. Guilford Press: New York. **2004**.
- Benjamin LS. A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: structural analysis of social behavior (SASB). *J Pers Assess.* **1996** Apr;66(2):248-66.
- Benjamin, L. S. *Structural Analysis of Social Behavior*. *Psychological Review*, **1974**, 81, 392-425.
- Beutel ME, Hoeflich A, Kurth R, Brosig B, Gieler U, Leweke F, Milch WE, Reimer C Short-term and long-term inpatient psychotherapy -- indications, results, predictors. *Z Psychosom Med Psychother.* **2005**; 51(2):145-62.
- Bornstein, R.F. The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin* **1992**, 112(1): 3-23
- Bortz, J. *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Verlag, 6. Aufl., **2005**
- Bortz J, Lienert G. A. *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben* Springer Verlag, 3. Aufl., **2008**
- Brent DA, Johnson B, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. Personality disorder, personality traits, impulsive violence and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* **1994**;33(8):1080-1086.
- Bulmash E, Harkness KL, Stewart JG, Bagby RM. Personality, stressful life events, and treatment response in major depression. *J Consult Clin Psychol.* **2009** Dec;77(6):1067-77.
- Clark LA. Stability and change in personality pathology: revelations of three longitudinal studies. *J Pers Disord.* **2005** Oct;19(5):524-32; discussion 594-6.

- Charnas JW, Hilsenroth MJ, Zodan J, Blais MA. Should I stay or should I go? Personality Assessment Inventory and Rorschach indices of early withdrawal from psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. **2010** Dec;47(4):484-99.
- Chen H, Cohen P, Crawford TN, Kasen S, Guan B, Gordon K. Impact of early adolescent psychiatric and personality disorder on long-term physical health: a 20-year longitudinal follow-up study. *Psychol Med*. **2009** May;39(5):865-74.
- Chiesa M, Fonagy P Psychosocial treatment for severe personality disorder. 36-month follow-up. *Br J Psychiatry*. **2003** Oct;183:356-62.
- Cohen, J.: *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2. Aufl., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, **1988**.
- Cohen, J.: A power primer. *Psychological Bulletin*, **1992**, 112, 155-159.
- Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Pers Disord*. **2005** Oct;19(5):466-86.
- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S: Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. **2006** May;188:423-31.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, **1992**. 4, 5-13.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Compr Psychiatry*. **2006** May-Jun;47(3):178-84.
- Crawford TN, Cohen P, Johnson JG, Kasen S, First MB, Gordon K, Brook JS. Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *J Pers Disord*. **2005** Feb;19(1):30-52
- Crawford TN, Cohen P, First MB, Skodol AE, Johnson JG, Kasen S. Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. *Arch Gen Psychiatry*. **2008** Jun;65(6):641-8.

Crits-Christoph P., Kathryn Baranackie, Julie Kurcias, Aaron Beck, Kathleen Carroll, Kevin Perry, Lester Luborsky, A. McLellan, George Woody, Larry Thompson, Dolores Gallagher & Charlotte Zitrin. Meta-Analysis of Therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research*. **1991**; 1(2) 81-91,

Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. **1992** Feb;149(2):151-8.

Darcy K, Davila J, Beck J.G. Is Social Anxiety Associated With Both Interpersonal Avoidance and Interpersonal Dependence? *Cognitive Therapy and Research* April **2005**, Volume 29, Issue 2, pp 171-186

de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*. **2009**;17(1):1-23.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, **1973**, 9(1), 13-28.

Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, Osterheider M, Petersen D. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry*. **2000** Dec;57(12):1115-22.

Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, van Apeldoorn FJ. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry*. **2006** Jul;189:60-4.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J., et al.: The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Archives of General Psychiatry*, **1976**, 33:766-771

Ermann, Michael, *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Kohlhammer Verlag, 5. Aufl., **2007**

Fiedler. *Persönlichkeitsstörungen*. Beltz Verlag, 6. Aufl. **2007**

Feilen, T. M. Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese nach stationärer Psychotherapie, **2002**:

<http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2002/2574/pdf/diss00-91.pdf>

Ferrero A, Pierò A, Fassina S, Massola T, Lanteri A, Daga GA, Fassino S. A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *Eur Psychiatry*. **2007** Nov;22(8):530-9. Epub 2007 Sep 27.

Fossati, A., Beauchaine, T.P., Grazioli, F. et al. Confirmatory factor analyses of DSM-IV Cluster C personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, **2006**; 20, 186-203.

Franke GH. Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica* **1992**; 38: 160-167.

Franke, G. H. SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test. **1995**

Franke, G. H. SCL-90-R. Symptomcheckliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version– Manual. 2. Auflage. Göttingen: Beltz. **2002**

Franz M, Schmitz N, Tress W. Möglichkeiten zur empirischen Erfassung des Schweregrades psychogener Erkrankungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, **1997**, 37: 7-12

Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. Eine Multicenter-Studie. *Z Psychosom Med Psychother* **2000**; 46, 242–258.

Grand S. A classic revisited: clinical and theoretical reflections on Stone's Widening scope of indications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Ass* **1995**; 43: 741–64.

Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Forschungsergebnisse und Konzept und zur klinischen Anwendung. *Persönlichkeitsstörungen PTT* **1998**; 2: 173-182.

Grilo, Shea, Sanislow, Skodol, Gunderson, Stout, Pagano, Yen, Morey, Zanarini, McGlashan. Two-Year Stability and Change of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive–Compulsive Personality Disorders *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **2004**, Vol. 72, No. 5, 767–775

Grilo CM, Stout RL, Markowitz JC, Sanislow CA, Ansell EB, Skodol AE, Bender DS, Pinto A, Shea MT, Yen S, Gunderson JG, Morey LC, Hopwood CJ, McGlashan TH. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry*. **2010** Dec;71(12):1629-35.

Grünwald HS, von Massenbach K. Effectiveness of out-patient systemic therapy-- a multicenter study in the German speaking part of Switzerland. *Psychother Psychosom Med Psychol*. **2003** Aug;53(8):326-33.

Gude T, Hoffart A, Hedley L, Rø Ø. The dimensionality of dependent personality disorder. *J Pers Disord*. **2004** Dec;18(6):604-10.

Hadjipavlou G, Ogradniczuk JS. Promising psychotherapies for personality disorders. *Can J Psychiatry*. **2010** Apr;55(4):202-10.

Halsteinli V, Karterud S, Pedersen G. When costs count: the impact of staff size, skill mix and treatment intensity on patient outcome for psychotherapeutic day treatment programmes. *Health Policy*. **2008** May;86(2-3):255-65. Epub 2008 Feb 20.

Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA, Stiles WB, Rees A, Reynolds S. Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression *J Consult Clin Psychol*. **1995** Dec;63(6):997-1004.

Hecke, D., Hardt., J. & Tress, W. Zur Effektivität und klinischen Relevanz psychodynamischer Kurzzeittherapie: Das Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojekt. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, **2008**; 54, 107-131.

Herpertz S, Caspar F, Mundt C. *Störungsorientierte Psychotherapie* Urban&Fischer Verlag, **2007**; Seite 203-204

Hohage, Roderich, *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis*, Schattauer Verlag, 4. Aufl. **2004**

Hollis S, Campbell F. What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomized controlled trials. *BMJ*. **1999**;319:670–4.

Holmes TH, Rahe RH. "The Social Readjustment Rating Scale". *J Psychosom Res*. **1967**; 11 (2): 213–8.

Huber D, Albrecht C, Hautum A, Henrich G, Klug G. Effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy: a follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother*. **2009**; 55(2):189-99.

Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M. Effectiveness of short-term psychodynamic group therapy in a public outpatient psychotherapy unit. *Nord J Psychiatry*. **2010** Apr;64(2):106-14.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand*. **2000** Oct;102(4):265-75.

Junkert-Tress, B. Tress W., Scheibe, G., Hartkamp, N., Maus, J., Hildenbrand, G., Schmitz, N., Franz, M., Das Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapieprojekt (DKZP). *Psychother. Psychosom. Med. Psychol*. **1999**. 49: 142-152

Kasen S, Cohen P, Skodol AE, First MB, Johnson JG, Brook JS, Oldham JM Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: a 20-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. **2007** Jan;115(1):56-65.

Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry*. **1999** Oct;156(10):1529-35. PubMed PMID: 10518162

Keller W, Westhoff G, Dilg R, Rohner R, Studt HH, and the study group on empirical psychotherapy research in analytical psychology. Efficacy and cost effectiveness aspects of outpatient Jungian psychoanalysis and psychotherapy—a catamnestic study. Berlin: Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University Medical Center Benjamin Franklin, Free University of Berlin, **1997**. At <http://www.uni-saarland.de>

Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Røysamb E, Tambs K, Torgersen S, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*. **2008** Dec;65(12):1438-46.

Kernberg, O. Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-V. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, **2012**; 163, 234-238.

Kleist, Peter. Das Intention-to-Treat-Prinzip. *Schweiz Med Forum* **2009**;9(25):453

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järvikoski A; Helsinki Psychotherapy Study Group. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity--a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord*. **2008** Apr;107(1-3):95-106. Epub 2007 Sep 5.

Konzag TA, Bandemer-Greulich U, Bahrke U, Fikentscher E. Psychotherapeutic relationship and outcome in psychotherapy of personality disorders. *Z Psychosom Med Psychother*. **2004**;50(4):394-405.

Lambert MJ Early response in psychotherapy: further evidence for the importance of common factors rather than "placebo effects". *J Clin Psychol*. **2005** Jul;61(7):855-69.

Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*. **2001**;21:401-419.

Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. **2003**;160:1223-1232.

Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. **2004**;61:1208-1216

Leichsenring F, Leibing E Cognitive-behavioural therapy for avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry*. **2007** Jan;190:80; author reply 80-1.

Lenzenweger M F. The Longitudinal Study of Personality disorders: History, Design Consideratio, and Initial Finding. *Journal of Personality Disorders*; Dec **2006**; 20, 6; ProQuest Health and Medical Complete pg. 645

Lenzenweger MF: Epidemiology of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* **2008** Sep;31(3):395-403

Lewis A J., Dennerstein M, Gibbs P M. Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* **2008**; 42:445\_455

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RF, Ferguson B, et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry.* **1994**; 51: 215-224.

Loranger AW. Dependent personality disorder. Age, sex, and axis I comorbidity. *J Nerv Ment Dis.* **1996** Jan;184(1):17-21.

Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., et al. The researcher's own allegiances: 'wild' card in comparison of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **1999**; 6, 95 –106.

Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R. Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord.* **1992**; 6: 187-196

McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Zanarini MC, Bender D, Stout RL, Yen S, Pagano M. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry.* **2005** May;162(5):883-9.

Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry.* **2002** Feb;63(2):126-34.

Mestel, R., Erdmann, A., Schmid, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K., Hautzinger, M.: 1 – 3 - Jahres Katamnesen bei 800 depressiven Patienten nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. In: Bassler, M. (Hg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra, S. 243–273. Gießen: Psychosozial. **2000**

Millon T. Disorders of personality: DSM-III: Axis II. New York: Wiley, **1981**.

Neumann, E., Kanyi, C., Wulf, M.A. & Tress, W. Kurz- und langfristige Effekte von Psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Dependenter und Abhängiger Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut*. **2014**, im Druck.

New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, Goodman M, Mitelman SA, Newmark R, Trisdorfer R, Haznedar MM, Koenigsberg HW, Flory J, Siever LJ. Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*. **2007** Jul;32(7):1629-40.

Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*. **2006** Jan;188:13-20.

Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. *Am J Psychiatry*. **1999** Sep;156(9):1312-21. Review.

J. W. Pettit, P. M. Lewinsohn, R. E. Roberts, J. R. Seeley, L. Monteith: The long-term course of depression: development of an empirical index and identification of early adult outcomes. *Psychol Med*. Author manuscript; available in PMC 2009 September 15. Published in final edited form as: *Psychol Med*. **2009** March; 39(3): 403–412.

Propst, Arthur;Paris, Joel;Rosberger, Zeev. Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short term psychotherapy? *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, Vol 39(3), Apr **1994**, 168-176.

Renneberg B & Ströhle A Soziale Angststörungen. *Der Nervenarzt*, **2006**; 9: 1123-1132

Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev*. **2004** Nov;24(7):883-908.

Roth A, Fonagy P. Depression. In: Roth A and Fonagy P, editor. What works for whom: A critical review of psychotherapy research. 2nd. Vol. 4. New York, The Guilford Press; **2005**. pp. 66–134.

Rubio Jose M., Markowitz John C., Alegría Analucía, Pérez-Fuentes Gabriela, Liu Shang-Min, Lin Keng-Han, Blanco Carlos: The Epidemiology of Chronic and Non-Chronic Major Depressive Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Depress Anxiety. **2011** August; 28(8): 622–631.

Sachse, R. Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; **2001**.

Sack M. Lempa W., Lamprecht F., Schmid-Ott G. Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. Z PsychosomMedPsychother. **2003**; 49, 63–73.

Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd, Brown CH, Costa PT Jr, Nestadt G: Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. Br J Psychiatry. Br J Psychiatry. **2002** Jun;180:536-42

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR (Dt. Bearb.) **2003**, Göttingen: Hogrefe.

Schepank H. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz. **1995**

Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J, Franke GH, Reister G, Tress W. The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study. Qual Life Res. **2000** Mar;9(2):185-93.

Schneider W, Klauer T, Janssen PL, Tetzlaff M. Influence of psychotherapy motivation on the course of psychotherapy. Nervenarzt. **1999** Mar;70(3):240-9.

Shea MT, Stout R, Gunderson J, Morey LC, Grilo CM, McGlashan T, Skodol AE, Dolan-Sewell R, Dyck I, Zanarini MC, Keller MB. Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. Am J Psychiatry **2002**; 159: 2036-41

Shedler J. Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie Psychotherapeut **2011**. 56:265–277 Springer-Verlag

Shelton RC. Long-term management of depression: tips for adjusting the treatment plan as the patient's needs change. J Clin Psychiatry. **2009**;70 Suppl 6:32-7. Review.

Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Dyck IR, Oldham JM. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) *Depress Anxiety*. **1999**;10(4):175-82.

Streiner D, Geddes J. Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *Evid based Ment Health*. **2001**;4:70–1.

Strupp H. H., Binder J. Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, **1991**

Stuart S; Pfohl B; Battaglia M; Bellodi L; et al. The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*; Winter **1998**; 12, 4; ProQuest Health and Medical Complete pg. 302

Svartberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. **1991**;59:704-714.

Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*. **2004** May;161(5):810-7.

Taylor GJ. Psychoanalysis and empirical research: the example of patients who lack psychological mindedness. *J Am Acad Psychoanal* **1995**; 23: 263–81.

Taylor CT, Laposa JM, Alden LE. Is avoidant personality disorder more than just social avoidance? *J Pers Disord*. **2004** Dec;18(6):571-94.

Tebartz van Elst, Ludger; Hesslinger, Bernd; Thiel, Thorsten; Geiger, Emanuel; Haegele, Kerstin; Lemieux, Louis; Lieb, Klaus; Bohus, Martin; Hennig, Jürgen; Ebert, Dieter. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: A volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, Vol 54(2), Jul **2003**, 163-171

Tebartz van Elst L, Ebert D, Hesslinger B. Amygdala volume status might reflect dominant mode of emotional information processing. *Arch Gen Psychiatry*. **2007** Feb;64(2):251-2; author reply 252-3.

Torgersen S. Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, **2000**, 23: 1-9

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. *Arch Gen Psychiatry*. **2001** Jun;58(6):590-6.

Torgersen, S. The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, **2009**; 50, 624–632.

Tritt, K.; von Heymann, F.; Zaudig, M. et al.: Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Klinischer Psychologie*, **2003**, 8, 244-251.

Tress, W. Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens-SASB - Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie. **1993**. Heidelberg: Roland Asanger

Tress, W. Henry, W.P., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp, N., Scheibe, G. Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut*, **1996**; 41: 215-224.

Valbak K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatr Scand*. **2004** Mar;109(3):164-78.

Verheul R, Herbrink M. The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. *Int Rev Psychiatry*. **2007** Feb;19(1):25-38. Review.

Vinnars B, Barber JP, Norén K, Gallop R, Weinryb RM Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered

psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry*. **2005** Oct;162(10):1933-40.

Watzke B, Rüdell H, Jürgensen R, Koch U, Kriston L, Grothgar B, Schulz H. Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *Br J Psychiatry*. **2010** Aug;197(2):96-105.

Widiger TA. Official classification systems. In: Livesley, editor. *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment*. New York: Guilford; **2001**. pp. 60–83.

Wierzbicki, M. & Pekarik, G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, **1993**; 24, 190-195.

Wilczek A, Berber, JP Gustavson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* **2004**;52:1163–84.

Wilmers, F., Donaubauer, B., Herzog, T., Rosin, U.:Wie geht es Patienten fünf Jahre nach der stationären psychosomatischen Behandlung? Vortrag gehalten auf der DKPM-Tagung in Freiburg i. Br., 14. März **2008**.

Wittchen, H.U.. Zaudig, M. & Fydrich, T. *SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe; **1997**.

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry* **2005**; 162: 1911-1918.

## 10 Anhang

Anhang A: GAF

Anhang B: Social Readjustment Rating Scale

## Anhang A

### GLOBAL ASSESMENT OF FUNCTIONING SCALE (Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus- GAF- Skala)

---

Name d. Patienten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Beurteilen Sie hier die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher (oder durch Umweltbedingungen bedingter Einschränkungen) sind **nicht** mit einzubeziehen.

Beachte: Benutzen Sie, wenn angemessen auch Zwischenwerte, z.B. 45, 68.72.

Die Beurteilung auf der GAF-Skala soll für zwei Zeiträume abgegeben werden:

1. Das psychosoziale Funktionsniveau zum Zeit der Beurteilung.
2. Einen Zeitraum von einigen Monaten im zurückliegenden Jahr, bei dem der Patient sein höchstes Niveau hinsichtlich seiner psychosozialen Anpassung aufwies.

Behandlungsbeginn:

GAF-Skalenwert I  
(aktuell)

GAF-Skalenwert II  
(höchstes Niveau im zurückliegenden Jahr)

- 90  
|  
81 Kein oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80  
|  
71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen und schulischen Leistungsfähigkeit.
- 70  
|  
61 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Verstimmungen oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) oder einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schulschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber allgemein relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige Zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60  
|  
51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit. (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen)
- 50  
|  
41 Ernsthafte Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder jedwede erste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit. (z. B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten)
- 40  
|  
31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit, Schule, familiären Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30  
|  
21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst oder ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein zu Hause und keine Freunde).
- 20  
|  
11 Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) oder ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) oder weitgehende Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10  
|  
1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z. B. wiederholte Gewaltausübungen) oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

## Anhang B

Social Readjustment Rating Scale

By Thomas Holmes &amp; Richard Rahe, University of Washington School of Medicine

Simply add up the values for all of the listed life events that have occurred to you within the past year. If a particular event has happened to you more than once within the last 12 months, multiply the value by the number of occurrences. Enter your value total at the end of the list.

<u>Life Event</u>	<u>Value</u>
1 Death of Spouse.....	100
2 Divorce.....	73
3 Marital separation.....	65
4 Jail term.....	63
5 Death of close family member.....	63
6 Personal injury or illness.....	53
7 Marriage.....	50
8 Fired at work.....	47
9 Marital reconciliation.....	45
10 Retirement.....	45
11 Change in health of family member.....	44
12 Pregnancy.....	40
13 Sex difficulties.....	39
14 Gain of new family member.....	39
15 Business readjustment.....	39
16 Change in financial state.....	38
17 Death of close friend.....	37
18 Change to a different line of work.....	36
19 Change in number of arguments with spouse.....	35
20 Mortgage over \$40,000.....	31
21 Foreclosure of mortgage or loan.....	30
22 Change in responsibilities at work.....	29
23 Son or daughter leaving home.....	29
24 Trouble with in-laws.....	29
25 Outstanding personal achievement.....	28
26 Spouse begins or stops work.....	26
27 Begin or end school.....	26
28 Change in living conditions.....	25
29 Revision of personal habits.....	24
30 Trouble with boss.....	23
31 Change in work hours or conditions.....	20
32 Change in residence.....	20
33 Change in schools.....	20
34 Change in recreation.....	19
35 Change in church activities.....	19
36 Change in social activities.....	18
37 Mortgage or loan of less than \$40,000.....	17
38 Change in the number of family get-togethers.....	15
39 Change in sleeping habits.....	15
40 Change in eating habits.....	15
41 Single person living alone.....	*
42 Other- describe.....	*

\* Give appropriate points to yourself

Total \_\_\_\_\_

(over)

If your score is 300 or more, statistically you stand an almost 80% chance of getting sick in the near future. If your score is 150 to 299, the chances are about 50%. At less than 150, about 30%. This scale seems to suggest that change in one's life requires an effort to adapt and then an effort to regain stability.

Ich möchte Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress für die freundliche Überlassung des Themas für diese Arbeit und Herrn Dr. Marc-André Wulf und Frau Dr. Eva Neumann ganz herzlich für die engagierte Betreuung dieser Promotion danken.

Gleichermaßen freundschaftlich und fachlich geht noch ein großer Dank an Detlef, Lena und Friede.

## **Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne zulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

04.06.2013, Catrin Kanyi

Unterschrift