

**Differenzielle Effekte stationärer
tiefenpsychologisch basierter Psychotherapie
auf depressive Störungen**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Daniel Magnus Seidler
aus Duisburg

Duisburg, November 2020

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

Gedruckt mit der Genehmigung der
Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Berichtersteller:

1. Prof. Dr. Matthias Franz
2. Prof. Dr. Reinhard Pietrowsky

Tag der mündlichen Prüfung:
17.02.2021

*“Behind these written words
I share the simple plan
To hang on to the way that we feel”*

(Chuck Schuldiner, 1995)

I. Inhaltsverzeichnis

I. Inhaltsverzeichnis.....	4
II. Abbildungsverzeichnis	6
III. Danksagung.....	7
IV. Zusammenfassung.....	8
V. Summary	10
VI. Abkürzungsverzeichnis.....	12
1. Einleitung	14
1.1 Prävalenz depressiver Erkrankungen	15
1.2 Beeinträchtigung und Kosten durch Depressionen	16
1.3 Versorgungssituation in Deutschland.....	17
1.4 Behandlung mittels Antidepressiva.....	17
1.5 Störungsmodelle depressiver Erkrankungen	19
1.5.1 Biologische Modelle der Depression	19
1.5.2 Psychodynamische Modelle der Depression	21
1.5.3 Verhaltenstherapeutische Modelle der Depression	25
2. Die Studie STOP-D	28
2.1 Methodisches Vorgehen.....	29
2.2 Statistische Verfahren.....	32
2.3 Verwendete Inventare.....	33
2.3.1 Befragungsbogen Patient (BPT).....	33
2.3.2 Befragungsbogen Therapeut (BTT)	34
2.3.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI).....	34
2.3.4 Hamilton-Depressions-Skala (HAMD).....	35
2.3.5 Symptom-Check-List (SCL-90-R).....	36
2.3.6 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	37
2.3.7 Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung (SBB)	37
2.3.8 Global Assessment of Functioning (GAF)	38
2.3.9 Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO-2001).....	38
2.3.10 Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B).....	39
2.3.11 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU)	40
2.4 Publikationen der Studie STOP-D	41
2.4.1 Publikation I: Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie	41

2.4.2 Publikation II: Depression und komorbide Persönlichkeitsstörung – Effekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie.....	44
2.4.3 Publikation III: Langzeiteffekte tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie bei Depressionen - Katamnesebefunde der STOP-D-Studie	45
3. Zusammenfassende Diskussion.....	47
4. Literatur.....	54
5. Publikationen.....	73
6. Anhang	74
6.1 Artikel.....	75
6.2 Datenliefernde Kliniken	113
6.3 Ethikvotum	114
6.4 Verwendete Fragebögen.....	115
7. Eidesstattliche Versicherung	158

II. Abbildungsverzeichnis

<u>Nummer</u>	<u>Titel</u>	<u>Seite</u>
Abb. 1	Graphische Darstellung der bedeutsamsten Phasen der Studie	30
Abb. 2	Graphische Darstellung des Ablaufs der Datenerhebung	32

III. Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei allen Personen, die mich dabei unterstützt haben, diese Arbeit zu realisieren, herzlich bedanken.

An erster Stelle bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Matthias Franz, Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress und Herrn Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich für die Möglichkeit, an der Studie „STOP-D“ mitwirken und über diese promovieren zu dürfen. Herrn Prof. Franz danke ich zudem für die langjährige, hilfreiche und gewinnbringende Unterstützung bei Durchführung der Studie und des Promotions-Vorhabens.

Ich danke Herrn Prof. Dr. phil. Reinhard Pietrowsky für die Möglichkeit über die Abteilung der Klinischen Psychologie der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen-Fakultät der Heinrich-Heine-Universität promovieren zu dürfen sowie die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ich danke im Besonderen Frau Dr. med. Dörte Jenett für die langjährige und stets sehr angenehme Zusammenarbeit an der Studie. Zudem danke ich Herrn Dr. phil. Ralf Schäfer für seine Unterstützung. Frau Dr. Jenett und Herrn Dr. Schäfer danke ich zudem für ihre Bereitschaft, diese Dissertation zu lesen, hierfür danke ich ebenfalls Frau Dr. rer. nat. Martha Jokisch und Herrn Marc Nordmann.

Bedanken möchte ich mich zudem bei allen meinen Kolleginnen und Kollegen für die stets freundliche und unterstützende Arbeitsatmosphäre. Für die angenehme Netzwerkarbeit danke ich den Leiterinnen und Leitern sowie den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern der Psychosomatischen Klinikeinrichtungen, welche an der Multizenterstudie „STOP-D“ beteiligt waren. Zudem gilt mein großer Dank meiner Familie und meinen Freuden für die aufbauenden und unterstützenden Worte.

Der größte Dank gebührt jedoch allen Patientinnen, die bereit waren, trotz der für sie selbst sicherlich nicht einfachen Lebensumstände, an der Studie „STOP-D“ teilzunehmen. Ohne Sie wären Studien wie „STOP-D“ und somit auch eine solche Dissertation nicht realisierbar.

IV. Zusammenfassung

Die Zahl depressiv erkrankter Menschen hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Aktuelle Quellen geben eine Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen von 19% - bei Männern von 12%, bei Frauen von 25% - an. Die Rezidivraten von bis zu 75% sind hoch und im hausärztlichen Versorgungsbereich nimmt die Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten eine große Bedeutung ein. Depressive Störungen stellen durch primäre und sekundäre Kosten, wie Arbeitsausfälle, Arbeitsplatzverlust oder vorzeitige Erwerbs- und Berufsunfähigkeit einen bedeutsamen Kostenfaktor dar, sodass eine gewinnbringende und nachhaltige Behandlung wichtig erscheint.

Die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie kann durch viele Studien sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich als belegt angesehen werden. Auch konnte die Wirksamkeit einer Akutversorgung im psychosomatischen stationären Krankenhausbereich mittlerweile bestätigt werden, die Studienlage in diesem Versorgungsbereich ist indes weiterhin lückenhaft. Ziel der vorliegenden Arbeit war es mittels der naturalistischen Multizenterstudie „STOP-D“, diese Lücke zumindest teilweise zu schließen und globale sowie differenzielle Wirksamkeitsnachweise tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung darzulegen. Anhand standardisierter Selbst- und Fremdbeurteilungsfragenbögen wurden Daten depressiv erkrankter weiblicher Patienten (N = 487) im Alter von 25-45 Jahren (Mittelwert (M) = 35 Jahre, Standardabweichung (SD) = 6.17) in 15 bundesdeutschen psychosomatischen Krankenhausabteilungen mit vorwiegend tiefenpsychologischem Behandlungskonzept zu drei Messzeitpunkten erhoben (Aufnahmezeitpunkt in die stationäre Behandlung (T1), Entlassungszeitpunkt (T2), Sechs-Monats-Katamnese T3)). Neben der Erfassung depressiver und allgemeiner klinischer Belastungsschwere (BDI, HAMD, SCL-90-R, BSS, SBB, GAF), wurden das Maß sozialer Unterstützung (FSozU), das Intelligenzniveau der Patientinnen (MWT-B) sowie soziodemographische Variablen und psychodynamische Zielkonstrukte wie Persönlichkeitsstruktur und -organisation (IPO-2001) gemessen.

Die vorliegende kumulative Dissertation stellt die generelle und differenzielle Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie depressiver Störungen im Psychosomatischen Krankenhausbereich sowie deren Langzeitwirkung (Sechs-Monats-Katamnese) in den Fokus. Darüber hinaus werden Unterschiede in der Effektivität der Behandlung in Abhängigkeit einer komorbid vorliegenden Persönlichkeitsstörung dargestellt.

Die zu T1 klinisch bedeutsam depressiv sowie allgemein psychisch belasteten Patientinnen (BDI-Gesamtwert zu T1: $M = 26.28$, $SD = 9.07$) zeigten einen signifikanten Rückgang allgemeiner und depressiver Belastungsschwere zu T2 (BDI-Gesamtwert zu T2: $M = 14.03$, $SD = 11.08$; Hedges g (T1 - T2) = 1.20). Dieser Symptomrückgang zeigte sich auch zu T3 stabil, sodass die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei depressiven Störungen auch in dem beschriebenen stationären Setting als wahrscheinlich angesehen werden kann. Es ergaben sich keine klaren Hinweise auf einen zusätzlichen Nutzen medikamentöser Behandlungen durch Antidepressiva. Komorbid persönlichkeitsgestörte Patientinnen zeigten sich zu T1, verglichen mit Patientinnen ohne Persönlichkeitsstörung (PD), in ähnlichem Ausmaß belastet, profitierten jedoch in nahezu allen Zielmaßen weniger von der Behandlung. Zudem wiesen Patientinnen mit komorbider PD schon zu T1 eine unreifere Persönlichkeitsorganisation auf, welche auch zu T2 noch fortbestand.

Die Befunde weisen darauf hin, dass tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei depressiven Störungen im Psychosomatischen Krankenhausbereich als wirksam angesehen werden kann. Weitere Befunde, auch zu gegebenenfalls einwirkenden weiteren komorbiden Störungen und der Wirksamkeit in Abhängigkeit von Dosis-Wirkungs-Mechanismen, erscheinen sinnvoll. Da in die vorliegende Studie nur weibliche Patienten eingeschlossen wurden, können die Befunde nicht uneingeschränkt auf männliche Patienten übertragen werden, sodass es auch notwendig erscheint, einen möglichen Effekt des Geschlechts auf das Therapieoutcome depressiver Patientinnen und Patienten zu prüfen.

V. Summary

The number of people suffering from depression has steadily increased in recent years. According to current studies a general lifetime prevalence for depressive disorders of 19% - in men 12%, in women 25% - is reported. Relapse rates of up to 75% are high and treatment of depressive female and male patients in primary care is of great importance.

By primary and secondary costs depressive disorders constitute a significant cost factor due to loss of work-time, job loss, or early incapacity to work, so a profitable and sustainable treatment is obligatory.

The effectiveness of psychodynamic psychotherapy in out- and inpatient treatment can be assumed as proven by many studies. Furthermore, the effectiveness of acute treatment in psychosomatic inpatient hospital units has also been confirmed, but the study situation in this treatment setting needs further investigation. The aim of the naturalistic multicentre study "STOP-D" was to close some of these gaps and to demonstrate global and differential effectiveness of psychodynamically oriented psychotherapy in inpatient psychosomatic hospital treatment. Using standardized self- and third-party assessment questionnaires, data of female patients with depressive disorders (N = 487), aged 25-45 years (M = 35 years, SD = 6.17), were selected in 15 German psychosomatic hospital units with a predominantly psychodynamic treatment concept. Data acquisition was implemented three times (time of admission to inpatient treatment (T1), discharge time (T2), six-month catamnesis T3)). In addition to the presentation of depressive and general symptom-load (BDI, HAMD, SCL-90-R, BSS, SBB, GAF), the extent of social support (FSozU), the patient's level of intelligence (MWT-B) as well as socio-demographic and psychodynamic variables, such as the structure and organization of personality (IPO-2001), was investigated.

This cumulative dissertation focuses on the general and differential effectiveness of psychodynamically oriented psychotherapy of depressive disorders in psychosomatic hospital units, as well as their long-term effectiveness (six-month follow-up). In addition, differences in the effectiveness of treatment depending on comorbid personality disorders are depicted.

While patients experienced significant depression and general symptom-load at T1 (BDI-Total-Score at T1: average (M) = 26.28, SD = 9.07), they showed significant improvement in general and depressive symptoms-load at T2 (BDI-Total-Score at T2: M = 14.03, SD = 11.08; Hedges g (T1 - T2) = 1.20). This decrease in symptom-load was stable at T3, so that the effectiveness of psychodynamically oriented psychotherapy of depressive disorders in the described inpatient setting can again be considered as highly probable. There was no clear evidence of any additional benefit when treatment was combined with antidepressant medication. Patients

with comorbid personality-disorders (PD) had a similar extend of burden at T1 compared to patients without PD but showed less benefit from the treatment in nearly all outcome-variables. In addition, patients with comorbid PD already had a more immature personality organization at T1, which also persisted at T2.

The findings show that psychodynamically oriented psychotherapy in a psychosomatic hospital sector can be considered highly effective in the therapy of depressive disorders. Further findings, with an additional inclusion of possible other comorbid disorders taking influence and a presentation of the effectiveness depending on dose-response mechanisms, appear useful. In this study only female patients were included. Hence, we cannot draw clear conclusions on the effectiveness in male patients. Further studies are needed to focus on gender specific association of the psychodynamically oriented psychotherapy in depressive patients.

VI. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AMTP	α -Methylparathyrosin
AU	Arbeitsunfähigkeitsfälle
BDI	Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1995)
BMI	Body-Mass-Index
BPT	Befragungsbogen Patient (selbstgeneriert, Franz et al. 2015)
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank, 1995)
BTT	Befragungsbogen Therapeut (selbstgeneriert, Franz et al., 2015)
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
<i>d</i>	Cohen's <i>d</i> (Cohen, 1988)
DEPR	Subskala „Depressivität“ der Symptom-Check-List-90-R (Franke, 2002)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
et al.	et alii, et aliae, et alia (= und andere)
FSozU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Fydrich et al., 2007)
<i>g</i>	Hedges' <i>g</i> (Hedges, 1981)
GABA	Gamma-Amino-Buttersäure
GAF	Global Assessment of Functioning (Hall, 1995; Saß et al., 2003)
GAS	Global Assessment Scale (Endicott et al., 1976)
GSI	Global Severity Index
HAMD	Hamilton-Depressions-Skala (Hamilton, 1967)
HHN	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
HUS	Heidelberger-Umstrukturierungsskala (Rudolf et al., 2000)
ICD	International Classification of Diseases
i.e.	id est (= das ist, das heißt)
IPO	Inventar der Persönlichkeitsorganisation (Clarkin et al., 1998; Clarkin et al., 2001; Dammann et al., 2002)
IQ	Intelligenzquotient
M	Mittelwert
MDD	Major Depressive Disorder
MWT-B	Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (Lehrl, 1999)
N	Stichprobengröße
n	Stichprobengröße von Subgruppen

NA	Noradrenalin
n.s.	Nicht signifikant
<i>p</i>	Irrtumswahrscheinlichkeit
PD	Persönlichkeitsstörung
PDQ-R	Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (Hyler et al., 1990)
PHOB	Subskala „Phobische Angst“ der Symptom-Check-List-90-R (Franke, 2002)
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
<i>r</i>	Korrelationskoeffizient
S.	Seite
s.	siehe
SBB	Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung (selbstgeneriert, Franz et al., 2015)
SCL-90-R	Symptom-Check-List-90-R (Franke, 2002)
SD	Standardabweichung
SKID-II	Strukturiertes klinisches Interviews für DSM-IV, Achse II (Wittchen et al., 1997; Fydrich et al, 1997)
STOP-D	Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen
T0	Datensatz vor Bereinigung
T1	erster Messzeitpunkt (Aufnahme in stationäre Behandlung)
T2	zweiter Messzeitpunkt (Entlassung aus stationärer Behandlung)
T3	dritter Messzeitpunkt (Sechs-Monats-Katamnese)
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VJ	Versicherungsjahr
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organisation)
z. B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Nach aktueller Darstellung der International Classification of Diseases (ICD-10; Dillinger u. Freyberger, 2012; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019) werden depressive Episoden als mindestens zwei Wochen andauernde Symptomkomplexe verstanden, welche ein gedrücktes Stimmungsbild, eine Verminderung von Antrieb und Aktivität, Verlust von Freude oder Interesse, Konzentrations- und Schlafstörungen, Müdigkeit bei geringer Anstrengung sowie einen veränderten Appetit umfassen können. Zudem sind negative Auswirkungen auf das Selbstwertempfinden sowie Schuldgefühle und Gedanken der Wertlosigkeit möglich (Dillinger u. Freyberger, 2012). Die Symptome können von „Somatischen Symptomen“, wie Affektverflachung, Früherwachen, Morgentief, objektiv erkennbarer psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit, Gewichts- oder Libidoverlust sowie von psychotischen Symptomen begleitet werden (Dillinger u. Freyberger, 2012). Eine Einteilung in leicht-, mittel- oder schwergradige Episoden erfolgt nach ICD-10 anhand der darstellbaren Symptomanzahl. So ist für die Diagnosestellung einer schweren depressiven Episode das Vorliegen der allgemeinen Symptome einer depressiven Episode (Symptom-Dauer von mindestens zwei Wochen, Ausschluss einer manischen oder hypomanen Phase in der Anamnese, Ausschluss eines Einflusses psychotroper Substanzen oder einer organischen psychischen Störung) notwendig. Zudem müssen drei Symptome des B-Kriteriums (depressive Stimmung in einem für die betroffene Person ungewöhnlichen Ausmaß für die meiste Zeit des Tages, an fast allen Tagen und im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen; Verlust von Interesse und Freude an normalerweise als angenehm empfundenen Aktivitäten; verminderter Antrieb oder vermehrte Ermüdbarkeit) mit einer Gesamtzahl von mindestens acht Symptomen aus den B- und C-Kriterien (z. B. Verlust des Selbstvertrauens; unbegründete Selbstvorwürfe; Gedanken an den Tod; Konzentrationsminderung; psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung) erfüllt sein (Dillinger u. Freyberger, 2012). Darüber hinaus erfolgt die Einteilung in eine einzelne Episode, einen rezidivierenden Verlauf (F32.X bzw. F33.X) oder das Auftreten depressiver Phasen im Rahmen eines bipolaren Verlaufs (Rudolf et al., 2006; Wittchen et al., 2010). Nach ICD-10 besteht zudem die Diagnosemöglichkeit „Anderer depressiver Störungen“ (F38.X) sowie anhaltender affektiver Störungen wie Zykllothymia (F34.0) und Dysthymia (F34.1) mit Stimmungsstörungen ohne einer für die Diagnose einer bipolaren- oder depressiven Störung ausreichenden Symptomschwere über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren (Dillinger u. Freyberger, 2012).

1.1 Prävalenz depressiver Erkrankungen

Depressive Störungen sind im Bereich psychischer Erkrankung häufig (Wittchen et al., 2010) und haben seit den 1990er Jahren in der Bevölkerung Europas und der Bundesrepublik bislang vorherrschende Erkrankungsbilder als „Volkskrankheit Nr. 1“ abgelöst (Wittchen u. Jacobi, 2005). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass Depressionen im Jahr 2030 den vorherrschenden Grund für Krankheitslast darstellen (WHO, 2012). Zusätzliche Bedeutung bekommen Depressionen durch ihr häufig komorbides Auftreten mit anderen psychischen Störungen (Rudolf, 2003; Hasin et al., 2018). Die Anzahl der Neuerkrankungen innerhalb eines Jahres in Deutschland (Zwölf-Monatsprävalenz) umfasst 6.2 Millionen Betroffene (Jacobi et al., 2014) und mit Angaben zwischen 11.6 und 19% ist die Lebenszeitprävalenz hoch (Wittchen et al., 2010; Busch et al., 2013). Die aktuellen S3-Leitlinien führen nationale und internationale Lebenszeitprävalenzen zwischen 16 und 20% für die Summe aller Untergruppen depressiver Erkrankungen an (Bijl et al., 1998; Ebmeier et al., 2006; DGPPN et al., 2017). Anhand einer US-amerikanischen Stichprobe beschreiben Hasin et al. (2018) eine 12-Monatsprävalenz von 10.4% und eine Lebenszeitprävalenz von 20.6% auf Basis der Kriterien des aktuellen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) für eine Major Depressive Disorder (MDD). Rudolf (2001) konnte zeigen, dass 80% aller psychodynamisch behandelten Patientinnen und Patienten depressive Symptome aufwiesen, auch wenn deren Schwere nicht zur Stellung einer Diagnose aus dem depressiven Symptombereich ausreichend war.

Prävalenzraten unterliegen im Bereich der Depression jedoch Schwankungen, welche sich - trotz der eher klar umrissenen diagnostischen Kriterien - durch abweichende Definitionen und Erhebungsstrategien bedingen (Wittchen u. Jacobi, 2006). Neben alters- und bildungsabhängigen Prävalenzunterschieden, werden allgemein für Frauen höhere Prävalenzraten berichtet (Bretschneider et al., 2017). Huber u. Klug (2012) führen Lebenszeitprävalenzen für Frauen von bis zu 26% an. Rückfallraten nach Remission werden mit 40-50% innerhalb von zwei Jahren angegeben (Meister et al., 2018). Die Rezidivwahrscheinlichkeit ist mit 60-75% bei depressiven Erkrankungen insgesamt als hoch anzusehen und insbesondere für Frauen besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit von Rezidiven (Wittchen et al., 2010), wobei sich im Besonderen Hinweise auf eine erhöhte Rezidivgefahr bei Frauen jüngeren Alters zeigen (Koppers et al., 2011).

1.2 Beeinträchtigung und Kosten durch Depressionen

Depressive Erkrankungen können zu bedeutsamen Einschränkungen hinsichtlich der psychischen Verfassung und des Selbstwerterlebens Betroffener führen (Meister et al., 2018). Sie gehen nicht nur mit starkem Leidensdruck, Hilfs- und Hoffnungslosigkeitserleben auf Seiten Betroffener sowie deren Angehörigen einher, sondern bedingen - durch die dargestellten hohe Erkrankungs- und Rezidivraten - Folgeschäden mit hohen direkten und indirekten finanziellen Kosten (Brakemeier et al., 2008; Wunsch et al., 2013). Diese werden durch Inanspruchnahmeverhalten gegenüber sozialen Leistungsträgern sowie auftretende wirtschaftliche Schäden durch langwierige, krankheitsbedingte Ausfälle am Arbeitsplatz und Produktivitätsverlust verantwortet (Stamm u. Salize, 2006; Lang et al., 2018).

Die Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU) je Versicherungsjahr (VJ) beschreiben die durchschnittliche Häufigkeit an Krankheitsfällen von Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres. Im Jahre 2013 ergaben sich für Erwerbspersonen 115 AU-Fälle je 100 VJ für alle Diagnosen, was bedeutet, dass Erwerbspersonen im Mittel 1.15 Mal pro Jahr als arbeitsunfähig galten. Für depressive Episoden und rezidivierende depressive Symptome nach ICD-10 ergaben sich Werte von 1.63 AU-Fällen (Grobe u. Steinmann, 2015). Zudem lagen im Jahr 2013 depressionsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz um 69% höher als im Jahr 2000. Mit 133 gegenüber 79 Fehltagen je 100 VJ sind depressionsbedingte Arbeitsunfähigkeiten bei Frauen darüber hinaus deutlich höher als bei Männern (Grobe u. Steinmann, 2015). Dies verdeutlicht, neben der Reduktion von symptombedingten Belastungen, die Wichtigkeit der Zurückgewinnung beruflicher Leistungsfähigkeit nach depressiver Erkrankung (Lang et al., 2018).

Bei durchschnittlichen direkten Behandlungskosten von 686 Euro pro Patient werden diese auf Beträge zwischen 1.6 und 4.6 Milliarden Euro im Jahr hochgerechnet (Friemel et al., 2005; König et al., 2010). Hinzu kommen indirekte finanzielle Kosten, welche in internationalen Studien mit 2000 - 3700 US-Dollar Kaufkraftparitäten pro Jahr noch bedeutsam höher angesiedelt sind (Luppa et al., 2007). Modellrechnungen beziffern depressionsbedingte jährliche Kosten von 21.5 Mrd. Euro in Deutschland (Stahmeyer et al., 2011). Hierzu kommen, in den Aufstellungen der Kosten nicht eingerechnete, finanzielle Belastungen durch fehlbehandelte Patienten (Zielke u. Limbacher, 2004). Aus den hohen Prävalenzraten, den bedeutsamen Rezidivraten und den beschriebenen Kosten sowie, nicht zuletzt, der Belastungsschwere Betroffener, ergibt sich die Wichtigkeit einer frühzeitigen, effektiven und nachhaltigen Therapie.

1.3 Versorgungssituation in Deutschland

Primärärztlichen bzw. hausärztlichen Praxen kommt als eine häufig erste Kontaktstelle mit dem Versorgungssystem eine bedeutsame Rolle bei der Diagnose und Behandlung depressiver Störungen zu (Trautman et al., 2017). In einer Studie von Jacobi et al. (2002) erfüllten 11.3% der untersuchten Patienten¹ in hausärztlicher Versorgung die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10. Es zeigt sich jedoch auch, dass depressive Störungen in der Primärversorgung durch Hausärzte oft nur unzureichend korrekt diagnostisch erfasst werden (Sielk et al., 2009). Im fachärztlichen Versorgungsbereich existierten im Jahre 2017 bundesweit 262 klinische Fachabteilungen im Bereich der Psychosomatischen Medizin mit insgesamt 11.410 Betten, welche eine Auslastung von 90.3% aufwiesen (Statistisches Bundesamt, 2018). Dies verdeutlichtet, dass der stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Bereich in Deutschland, auch im internationalen Vergleich, als hoch bedeutsam bei der Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Patienten anzusehen ist (Rudolf et al., 2004; Barghaan et al., 2007; Janssen u. Menzel, 2012; Kruse u. Herzog, 2014; Valdés-Stauber et al., 2018). Hinzu kamen im Jahr 2017 auch 407 Psychiatrische Fachabteilungen mit insgesamt 56.233 Betten und einer Auslastung von 94.4% (Statistisches Bundesamt, 2018).

1.4 Behandlung mittels Antidepressiva

Entsprechend den aktuellen S3-Leitlinien finden in der Behandlung depressiver Symptombilder sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Interventionen Anwendung (DGPPN et al., 2017). In einem Überblick über depressionsbedingte Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen geben Grobe und Steinmann (2015) an, dass 6% aller Erwerbstätigen im Jahre 2013 mindestens eine Verordnung antidepressiver Medikation mit durchschnittlich 214 Tagesdosen erhielten. Entsprechend häufig werden depressiv erkrankte Menschen in vielen Fällen mittels Antidepressiva medikamentös behandelt (Engel et al., 2014; Padberg, 2018), wobei Frauen im Vergleich zu Männern 1.8 Mal häufiger eine antidepressive medikamentöse Verordnung erhalten (Grobe u. Steinmann, 2015). Der Nutzen bzw. die Wirksamkeit antidepressiver Medikation wird indes seit Längerem diskutiert (Bschor, 2013; Bschor u. Kilarski, 2016; Padberg, 2018; Cipriani et al., 2018). In einer vielbeachteten und diskutierten Metaanalyse über Wirksamkeit und Placeboeffekte von Antidepressiva bei depressiven Personen von Kirsch und Sapirstein (1998) wurde auf den geringen klinischen

¹ Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet. Dies schließt, so nicht ausdrücklich anders aufgeführt, sämtliche Geschlechtergruppen grundsätzlich mit ein.

Nutzen antidepressiver Medikation und den nur geringen Wirkvorteil gegenüber Placebo hingewiesen. So konnten 75% des klinischen Nutzens unter Antidepressiva auch bei Patienten gefunden werden, welche ein Placebo erhalten hatten (Kirsch u. Sapirstein, 1998). Zu ähnlichen Befunden kamen Kirsch und Mitarbeiter später auch bei Einschluss nicht-publizierter Studien in Metaanalysen (Kirsch et al., 2002; Kirsch et al., 2008). So konnten in nur 43% der eingeschlossenen Studien statistische Unterschiede zwischen Probanden mit Antidepressiva- vs. Placebo-Behandlung ausgemacht werden (Kirsch et al., 2002). Diskutiert wird zudem, ob solche darstellbaren statistischen Unterschiede zwischen einer Behandlung mittels Antidepressiva oder Placebo eine klinische Bedeutsamkeit haben (Kirsch, 2016; Hengartner, 2018; Hengartner u. Plöderl, 2018; Padberg, 2018; McCormack u. Korownyk, 2018). So fanden Kirsch et al. lediglich einen Wirksamkeitsunterschied von zwei Punkten in der Hamilton-Depression-Scale und beschrieben einen statistischen Vorteil in der Wirksamkeit antidepressiver Medikation gegenüber Placebo vor allem bei (sehr) schweren Ausprägungsgraden depressionstypischer Symptome (Kirsch et al., 2008). Diese Befunde konnten in späteren Analysen Bestätigung finden (Fournier et al., 2010) und werden in der Literatur weiterhin kontrovers diskutiert. So kritisieren Munkholm et al. (2019) mit Bezug auf die Befunde von Cipriani et al. (2018) eine zu geringe Beachtung von methodischen Einschränkungen in Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Antidepressiva. Ein signifikant höherer und klinisch bedeutsamer Behandlungsprofit von Antidepressiva im Vergleich zu Placebo erscheint weiterhin fraglich (Bschor u. Kilarski, 2016; Munkholm et al., 2019).

Die aktuellen S3-Leitlinien zur Behandlung unipolarer Depressionen empfehlen eine Kombination antidepressiver Medikation und psychotherapeutischer Behandlung bei schweren Ausprägungsgraden depressiver Störungen sowie bei Double-Depression, rezidivierenden und chronischen Depressionen (DGPPN et al., 2017). Bestehende Ansätze sehen Diagnose und Behandlung, einschließlich der Wahl einer antidepressiven Medikation, bei depressiven Störungen zu sehr auf eine sprachliche Ebene fokussiert und fordern einen ausgeprägten Einbezug biologischer Faktoren - z. B. durch Nutzung von Biomarkern - zur Verbesserung einer Vorhersagbarkeit des Ansprechens auf antidepressive Medikation (Bosch u. Breitenstein, 2015; Müller, 2015). Aufgrund der Bedeutsamkeit und der anhaltenden Diskussionen über Nutzen, Wirksamkeit und einfließende Nebenwirkungen von Antidepressiva sollen in der vorliegenden Arbeit auch Unterschiede zwischen Patientinnen mit und ohne antidepressiver Medikation überprüft werden.

1.5 Störungsmodelle depressiver Erkrankungen

Ein einheitliches Konstrukt bei der Entstehung depressiver Störungen liegt derzeit nicht vor und der Forschungsbedarf hinsichtlich der Ätiopathogenese ist hoch (Brakemeier et al., 2008; Wittchen et al., 2010). Zudem mangelt es bei vielen der beschriebenen Ursachen an einer zufriedenstellenden empirischen Grundlage (Brakemeier et al., 2008; Hengartner, 2019). Häufig gehen Modelle von einem multifaktoriellen Mechanismus mit psychischen, biologischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung depressiver Symptomkomplexe aus (Wittchen et al., 2010).

Vulnerabilitäts- und genetische Faktoren scheinen bei der Entstehung depressiver Erkrankungen einen bedeutsamen Einfluss auf den Auswirkungsgrad belastender Lebensereignisse und chronischer Belastungsfaktoren darzustellen, deren Auftreten ihrerseits zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führt (Hautzinger, 1998; Mattejat u. Remschmidt, 2008). Das Vulnerabilitäts- (oder Diathese-) Stress-Modell (vgl. Brown u. Harris, 1978; Beck, 1986; Monroe u. Simons, 1991) beschreibt eine Disposition für eine depressive Symptomentwicklung, welche durch aktuelle Stressoren ausgelöst werden kann. Hierbei entwickeln Menschen, trotz vergleichbarer belastender Faktoren, nicht im gleichen Maße depressive Symptome, sondern in Abhängigkeit ihrer Vulnerabilität (Brown u. Harris, 1978). Die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht (besonders in Kombination mit einer sozial „schwächeren“ Schicht), ein Mangel an unterstützenden Beziehungen und Berufstätigkeit, eine hohe Anzahl eigener junger Kinder, ein Defizit an Ressourcen sowie Verlust in Form von Tod der Mutter im eigenen Kindesalter werden als Vulnerabilitätsfaktoren beschrieben (Brown u. Harris, 1978; Hautzinger, 1998). Weiterhin werden neuroendokrinologische Störungen, Störungen von Neurotransmitter- und Second-Messenger-Systemen, Persönlichkeitseigenschaften, traumatisierende Ereignisse sowie Bindungsstörungen, Misshandlungen oder Vernachlässigung als Vulnerabilitätsfaktoren und einflussreiche Faktoren benannt (Brakemeier et al., 2008). Studien an monozygotischen Zwillingen zeigen mit einer Konkordanz von 30-90% darüber hinaus eine erhöhte Vererbbarkeit hinsichtlich der Anfälligkeit depressiver Symptomentwicklung (Hautzinger, 1998). Im Folgenden sollen verschiedene theoretische Ansätze genauer beleuchtet werden.

1.5.1 Biologische Modelle der Depression

Viele biologische Modelle fußen letztlich auf Annahmen über den Wirkmechanismus von Antidepressiva auf Neurotransmitter und der damit verbundenen Hypothese einer verringerten Konzentration bestimmter Neurotransmitter im Gehirn bei depressiven Personen (Schildkraut,

1965; Coppen, 1967; Benkert, 1979). Durch Darstellung der antidepressiven Wirkmechanismen von Imipramin und Iproniazid sowie deren Einwirken auf die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin (NA) ergab sich der Rückschluss, depressive Erkrankungen auf einen Mangel dieser Neurotransmitter zurückführen zu können (Kuhn, 1957; Loomer et al., 1957). Befunde nach Gabe von Reserpin, einer früher u. a. als Neuroleptikum verwendeten sowie den Blutdruck senkenden Substanz, zeigten eine Reduktion jener Neurotransmitter, welche in Zusammenhang mit der Entstehung von Depressionen gesehen wurden. Unter der Vergabe von Reserpin war eine Zunahme depressiver Symptome zu beobachten. Dies stützte die These eines Neurotransmitter-Einflusses auf die Entstehung depressionstypischer Symptomen ebenso, wie Befunde zur blockierenden Wirkung von α -Methylparathyrosin (AMTP) auf die Synthese von NA (Benkert, 1979; Beblo u. Lautenbacher, 2006). Aus diesen Beobachtungen resultierte zunächst die *Katecholamin-Mangel-Hypothese*, welche später in der *Monoaminmangelhypothese* bzw. der *Serotonin- und Noradrenalin-Hypothese* Erweiterung fand (Schildkraut, 1965; Coppen, 1967; Beblo u. Lautenbacher, 2006) und in welcher ein Defizit an NA und Serotonin bzw. eine Regulationsstörung der entsprechenden Rezeptoren postuliert wurde (Benkert, 1979). Zwar gibt es verschiedene Hinweise auf eine Beteiligung von reduzierter Neurotransmitterwirkung bzw. -verfügbarkeit, in deren Zusammenhang sich geringere Mengen von Serotonin-Abbauprodukten im Gehirn depressiver Menschen nach Suizid fanden (Beblo u. Lautenbacher, 2006), jedoch konnten für diese Annahmen bislang keine eindeutigen Bestätigungen gefunden werden (Benkert, 1979; Holsboer, 1999; Hengartner, 2019) und die Annahmen einer serotonergen Ursachenzuschreibung wird, nicht zuletzt durch die Wirkweise des Antidepressivums Tianeptin, weiter diskutiert (Brink et al., 2006; Blaeser-Kiel, 2013; Volz, 2016). Hier erfolgt, neben einer Herabregulierung der, bei Depressiven oft überstimulierten Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse, eine Reduktion der Serotonin-Konzentration im synaptischen Spalt (Blaeser-Kiel, 2013).

Im Bereich neurobiogenetischer Ursachenforschung fanden sich als mögliche Grundlage depressiver Symptome zunehmend Hinweise auf Veränderungen der Neuroplastizität und der Aktivität vor allem in den Bereichen des Hippocampus, der Amygdala sowie im Bereich des posterior-parietalen und des präfrontalen Kortex (Vollmert et al., 2004; Blaeser-Kiel, 2013). Chronischer Stress kann sich auf diese Hirnregionen auswirken und in Folge Angst und Affektive Störungen mitbedingen (Roozendaal et al., 2009). Neben weiteren Hypothesen, welche Dysfunktionen verschiedener Neurotransmitter-Systeme - z. B. Dopamin und Gamma-Aminobuttersäure (GABA) betreffend - annehmen (Schüle et al., 2007), wird darüber hinaus seit Längerem ein Einfluss neuroendokriner Auffälligkeiten bei Ausprägung depressiver Symptome beschrieben, wobei im Besonderen Auffälligkeiten im Bereich der

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN) und eine erhöhte Ausschüttung von Stresshormonen bedeutsam scheinen (Steiger, 2002; Beblo u. Lautenbacher, 2006).

Innerhalb der Allgemeinbevölkerung hat die Annahme, dass die Entstehung einer Depression auf neurobiologische Faktoren zurückzuführen sei, in den letzten Jahren zugenommen und an Akzeptanz gewonnen (Pescosolido et al., 2010). Trotz verschiedener Ansätze, welche die Entstehung einer Depression in Zusammenhang mit neurobiologischen oder genetischen Faktoren sehen (Duman et al., 1997; Krishnan u. Nestler, 2008; Cai et al., 2015) sowie bestehenden Hinweise auf einen bedeutsamen Einfluss neurobiologischer und genetischer Faktoren auf die Pathogenese der Depression (Schüle et al., 2007; Brakemeier et al., 2008), scheinen neurobiologische Modelle als Erklärungsansätze jedoch insgesamt zu kurz zu fassen und biologische Faktoren sowie genetische Dispositionen scheinen lediglich im Zusammenspiel mit psychosozialen Faktoren das Vorhandensein depressiver Störungen zu verursachen (Brakemeier et al., 2008; Borsboom et al., 2018). Hinzu kommt, dass sich viele neurobiogenetische Befunde zur Entstehung depressiver Störungen oft nicht replizieren ließen oder nicht ausreichend klar zwischen Personen mit und ohne depressive Symptomatik bzw. zwischen Personen unterschiedlicher psychischer Symptomkomplexe zu differenzieren vermochten und eine eindeutige ursächliche Grundlage genetischer und neurobiologischer Faktoren bei der Entstehung von Depressionen bislang unklar bleibt (Hengartner, 2019). Dementsprechend gehen viele Modelle letztlich von einem multifaktoriellen Geschehen aus und schließen somit genetische, neurobiologische, psychologische und soziale Komponenten ein (s. Abschnitt 1.5), wenn auch mit - schulenabhängig - unterschiedlicher Gewichtung (Lewinsohn et al., 1985; Rudolf, 2000; Brakemeier et al., 2008; Wolfersdorf, 2008; Wittchen et al., 2010). Im Folgenden soll daher auf einige der unterschiedlichen, schulenabhängigen psychologisch-psychotherapeutischen Modelle näher eingegangen werden.

1.5.2 Psychodynamische Modelle der Depression

Einige psychodynamische Ansätze kritisieren die geringe Berücksichtigung ätiopathogenetisch-biographischer Bedingungen im Rahmen der symptomorientierten Depressionsbeschreibungen durch die ICD-10 (Wolfersdorf, 2008). Daher beziehen diese Modelle Depressionen in besonderem Maße auf biographische Belastungsfaktoren, welche durch Abweichungen zwischen individuellen kindlichen Bedürfnissen sowie den gegebenen Möglichkeiten und Einschränkungen bedingt sind (Rudolf, 2003). Vulnerabilitäten für depressive Erkrankungen werden dabei auf defizitäre psychische und interaktionelle Entwicklungen in der Kindheit zurückgeführt (Berger u. van Calker, 2004). Dabei gehen psychodynamische Modelle zumeist davon aus, dass der Entwicklung depressiver Symptome

ein Objektverlust vorausgeht, die enttäuschte Beziehung zum Objekt jedoch nicht aufgehoben, sondern introjiziert wird (Freud, 1946; Rudolf, 2003). Als *Objekt* wird dabei zumeist eine mit dem *Subjekt* - also der betreffenden Person selbst - in Beziehung stehende Person (z. B. die Mutter) gemeint, welche durch ihre tatsächliche Anwesenheit (*äußeres Objekt*) oder in Form einer Repräsentanz innerhalb des Subjektes (*inneres Objekt*), der Befriedigung von Bedürfnissen des Subjektes dient (Auchter u. Strauss, 2003).

Im Rahmen eines strukturbezogenen psychotherapeutischen Ansatzes beschreibt Rudolf den *Depressiven Grundkonflikt*, dessen Frustration und Verarbeitungsweisen zu symptomatischen Störungen führen kann. Der *Depressive Grundkonflikt* entsteht aus einem Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis nach Zuwendung durch ein Objekt und der Angst, durch dieses Objekt Enttäuschung zu erfahren, was sich in der Symptomatik Depressiver durch auslösende Faktoren manifestiert (Will, 2008a; Rudolf, 2013; Rudolf, 2017). Die (in ihrem Ausmaß genetisch mitbedingten) und auf ein (über)lebenswichtiges Objekt bezogenen kindlichen Bedürfnisse, die Reaktionen des Objekts auf diese Bedürfnisse und die Reaktionen des Selbst auf als unzureichend empfundene Reaktionen des Objekts, durch welche Frustrationen, traumatische Hilflosigkeit und im Extremfall Deprivation entstehen, gestalten sich als wesentlich (*Beziehungsmodell*; Rudolf, 2003). Frühe affekt- und triebgesteuerte Beziehungserfahrungen gelten als bedeutsam für die Entwicklung von sicheren oder unsicheren Bindungsmustern und bei der Entfaltung emotionaler Kompetenzen (*Bindungsmodell* und *Emotionsmodell*; Rudolf, 2003). Für das Kind sind Verhaltensweisen und Reaktionen des Objekts ausschlaggebend für die Entwicklung einer körperlich-emotionalen und psychischen Verfassung, durch welche das Selbst sich verstehen lernt (Rudolf, 2000). Zur Entwicklung von Urvertrauen benötigt das Kind die Sicherheit der Unterstützung in frühen dyadischen Beziehungen (z. B. Trost, Sicherheit, Anregung) durch das elterliche Objekt bzw. das elterliche Fürsorge- und Bindungsverhalten. Der *Depressive Grundkonflikt* entsteht bei Ausbleiben dieser Sicherheit und der Angst vor weiterem Objektverlust (Rudolf, 2000). Eine unreife Objektbeziehung manifestiert sich in anhaltender hoher Objektbedürftigkeit, großer Empfindlichkeit gegenüber Verlusten oder affektiven Spannungszuständen (Rudolf, 2000). Frühe Entwicklungsstörungen sind auch im Erwachsenenalter zumeist mit strukturellen Störungen (Mangel an Fähigkeit, Objekte loszulassen; Trennungs- und Frustrationstoleranz; Befriedigungsaufschub; Impulssteuerung; Affekttoleranz; Fähigkeit der ganzheitlichen Objektwahrnehmung) und Störungen der Affektregulation assoziiert (*Strukturmodell*; Rudolf, 2003). Das Selbst versucht innere Spannungen, welche sich durch negative kindliche Beziehungserfahrungen und deren affektiv verinnerlichte Beziehungsbilder bedingen, in zukünftigen Beziehungen antizipativ auch im Rahmen von Übertragungsprozessen zu

reduzieren. Hieraus resultieren z. B. dependente, altruistische, schizoide oder narzisstische Tendenzen (*Verarbeitungsmodell*; Rudolf, 2003).

Der Begriff des *Depressiven Grundkonfliktes* fasst die oben dargestellten Bedingungen durch frustrierte Beziehungsmuster, Bindungsstörungen und Internalisierung sowie aus gestörter struktureller und emotionaler Entwicklung zusammen, wobei besonders auf die Verarbeitungsmuster für die spätere Ausprägung einer depressiven Persönlichkeit hingewiesen wird (Rudolf, 2003). Er ist charakterisiert durch anhaltende Objektbedürftigkeit und -Enttäuschungserwartungen sowie ein Bemühen um Objektsicherung bzw. Objektkontrolle (Rudolf, 2003). Der Wunsch nach einer permanenten Bedürfnisbefriedigung durch das Objekt bleibt. Da jedoch das Objekt zur Befriedigung eigener Interessen nicht durchgängig zugewandt sein kann, wird dieser Wunsch notwendigerweise frustriert. Die reaktiv entstehende Wut kann aufgrund von Schuldphantasien und (aus bindungstheoretischer Sicht auch), um das Objekt zu schützen, nicht gegen das enttäuschende Objekt gerichtet werden. Der gehemmte aggressive Impuls und der assoziierte Wutaffekt manifestieren sich dementsprechend depressionstypisch als Aggression gegen das eigene Selbst (Rudolf, 2003). Diese, gegen das Selbst gerichteten Abwertungen, Beschuldigungen und Selbstschädigungen (bis hin zur Suizidalität) verstärken - im Sinne eines *Circulus vitiosus* - die durch die Abwendung des für die Selbstwertregulation des Kindes und des depressiv disponierten Erwachsenen notwendigen Objekts verursachte „narzisstische Wunde“ tief empfundener Wertlosigkeit, welche sich in späteren Momenten des empfundenen Verlassenwerdens (z. B. durch den Partner) reaktualisieren kann. Der Verlust wird hierbei dann schuldhaft auf das Selbst attribuiert („Ich war zu gierig/anspruchsvoll/klammernd und bin deshalb zu Recht verlassen worden“). Der empfundene Hass gegen das Objekt wird also introjiziert und richtet sich in Folge gegen die Person selbst (Wisdom, 1967; Wolfersdorf, 2008).

Auch andere psychodynamisch orientierte Autoren beschreiben die Bedeutsamkeit des Objektverlustes oder einer Enttäuschung durch das Objekt bei Manifestierung einer Depression (Jacobson, 1977; Green, 2011; Mentzos, 2011; Abraham, 2012). Dem entsprechend äußern viele Depressive ein Gefühl, sich einsam und allein gelassen zu fühlen (Will, 2008b). Auch Freud weist in seiner Arbeit „Trauer und Melancholie“ bereits 1917 auf die Bedeutsamkeit der Introjektion nach Objektverlust bei der Entstehung einer Depression hin (Freud, 1982). Freud beschreibt depressionstypische Symptome, wie ein gedrücktes Stimmungsbild, Interessenverlust, den „Verlust von Liebesfähigkeit“ und geminderte Leistungsfähigkeit als Merkmale der Melancholie (Freud, 1946). Diese grenzt sich durch das zusätzliche Auftreten eines reduzierten Selbstwertgefühls, Selbstvorwürfen und Selbstbeschimpfungen, welche wahnhaftige Inhalte inkludieren können und vom Betroffenen als

absolutistisch gesehen werden (Freud, 1946), von der Trauer als „gesunder“ Reaktion mit erhaltener Selbstwertregulation auf einen Verlust ab. Beim Melancholiker findet sich nicht nur eine nicht-objektivierbare Selbstabwertung, welche durch eine hochgradige Reduktion des Ich-Gefühls begleitet wird, sondern ein Gefühl, „moralisch verwerflich“ zu sein, niemals ein „besserer Mensch“ gewesen zu sein sowie die Erwartung von Ausgrenzung und Bestrafung. Als „krank“ sieht Freud jedoch weniger die Selbstabwertung an, als vielmehr deren Äußerung gegenüber anderen. So wird davon ausgegangen, dass das Äußern von Selbstabwertungen bei Melancholiker zu einer Art der Befriedigung führt (Freud, 1946).

Trauer und Melancholie werden, von den Störungen des Selbstwertgefühls abgesehen, als das gleiche Konstrukt verstanden und weisen - wie später auch in den Ausführungen von Rudolf (2003) - einen Objektverlust im Vorfeld auf. Im Falle der Melancholie ist das Objekt jedoch nicht, wie bei der Trauer, direkt verstorben, jedoch als „Liebesobjekt“ verloren gegangen (Freud, 1946). Freud weist zudem darauf hin, dass der Verlust bei der Melancholie dem Betroffenen nicht so klar präsent sein muss, sondern dem Bewusstsein unzugänglich sein kann, wodurch sich das Verlusterleben von dem der Trauer weiter abgrenzt (Freud, 1946). Trotz des bei der Melancholie gegebenenfalls unbekanntes Verlustes sieht Freud ähnliche innere Prozesse, welche letztlich die Symptomatik der Melancholie bedingen (Freud, 1946). Obwohl der Melancholie der Verlust des Objektes vorausging, werden die Abwertungen gegen das Objekt jedoch, ähnlich wie in den späteren Darlegungen von Rudolf, vom Objekt weg und auf das eigene Ich bezogen, womit das Klagen des Melancholikers als Anklagen (des Objekts) verstanden werden kann und sich in wenig zu objektivierenden Selbstabwertungen zeigt (Freud, 1946). Als maßgeblich für diese Entwicklung einer Melancholie wird eine bedeutsame Fixierung auf das Objekt bei gleichzeitig geringgradiger Resistenz der Objektbeziehung und letztlich eine „narzisstische Objektwahl“ verstanden (Küchenhoff, 2017), in deren Rahmen sich ehemalige oder gewünschte Bedürfnisse oder Eigenschaften des Selbst durch das Objekt repräsentieren lassen (Wolfersdorf, 2008). Freud geht davon aus, dass eine tatsächliche Kränkung durch eine andere (geliebte) Person stattgefunden hat, durch welche es zu einer Beschädigung der Objektbeziehung und hoher Ambivalenz aus Liebe und Hass kam. Die Zuwendung (Libido) zu dieser Person wurde in Folge jedoch nicht reduziert und auf andere Objekte bezogen, sondern „ins Ich zurückgezogen“ und dort so beurteilt, wie eigentlich das Objekt, wodurch aus dem Objektverlust ein „Verlust des Ichs“ resultiert (Freud, 1946). Durch Selbstabwertung und Aufzeigen von Symptomen kann der Betroffene dann indirekt Rache am eigentlichen Objekt nehmen, da das Objekt „Teil des eigenen Selbst“ wurde. (Freud, 1946; Küchenhoff, 2017).

Nach Wisdom (1967) resultiert die Entstehung der Melancholie, also depressiver Symptome, aus einer konflikthafter Beziehung zur Mutter, durch welche diese zum Objekt des Hasses des Kindes wurde und beim Betroffenen zu einer „narzisstischen Wunde“ führte. Spätere Verlusterfahrungen reaktualisieren diese Muster und der Betroffene führt den erneut erlebten Verlust auf sich selbst zurück. Ähnlich wie bei Freud wird die Ablehnung des verlorenen Objektes nun introjiziert, woraus Selbstabwertungen entstehen. Die Bedürftigkeit nach Zuwendung bei depressiven Personen wird hier als kompensatorischer Mechanismus verstanden (Wisdom, 1967). Abraham sieht Verletzungen des kindlichen Narzissmus durch Enttäuschungen durch die Mutter (und später auch durch den Vater, zu welchem sich das Kind nach Verletzung oder Verlust durch die Mutter hinwendet) als Grundlage für spätere, nicht adäquat verarbeitete Beziehungserfahrungen (Abraham, 2012; Küchenhoff, 2017) und als Ursache für depressive Symptome in einer nach innen gerichteten Rache an (Böker, 2006). Auch Mentzos geht in seinem *Drei-Säulen-Modell* davon aus, dass negative Beziehungserfahrungen störungsfördernd sind (Mentzos, 2011). So kann zum einen das Ausbleiben „narzisstischer Zufuhr“ (feinfühliges elterliches Fürsorgeverhalten, das kindgerecht und resonant auf die affektgesteuerten Bedürfnissignale des Kindes abgestimmt ist) durch das Objekt die Ausprägung eines adäquaten Selbstbewusstseins verhindern (Säule I) oder mit dem Objekt verbundene Trennungen oder Enttäuschungen (Objektverlust), welche die Ausprägung eines stabilisierenden „Wir-Gefühls“ verhindern (Säule II), als auch Abwertungen und Strafen in Beziehungen (Säule III) zur Depression führen, insbesondere wenn keine kompensatorischen Ressourcen verfügbar sind (Mentzos, 2011). Aktuelle Studien über die Objektbeziehungstheorie hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen Bindungserfahrungen und Depressionen stützen die These, dass sich negative Bindungserfahrungen in späteren Bindungswahrnehmungen wiederfinden und depressive Symptomlast mitbestimmen können (Herbert et al., 2010).

1.5.3 Verhaltenstherapeutische Modelle der Depression

Während in psychodynamischen Modellen eher frühkindliche Beziehungs- und Verlusterfahrungen mit dispositionellen Zusammenhängen bei der Entstehung depressiver Symptome angenommen werden (Rudolf, 2003; Wolfersdorf, 2005), nehmen viele verhaltenstherapeutische Modelle direktere Zusammenhänge an.

So führen kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle, wie z. B. das *Verstärker-Verlust-Modell* (Lewinsohn, 1974), Depressionen auf den Verlust von positiven und verstärkenden Erfahrungen sowie Aktivitäten zurück. Das Modell geht davon aus, dass positive Verstärkungen durch die Umwelt - also positive Reaktionen - direkt und fördernd auf das

Verhalten eines Menschen erfolgen oder durch das Verhalten ausgelöst werden. Durch die positiven Konsequenzen des Verhaltens erfolgt, über Prinzipien der operanten Konditionierung, dieses Verhalten in Folge häufiger (Hoyer u. Vogel, 2018). Das Modell von Lewinsohn geht bei der Entstehung von Depressionen davon aus, dass depressive Menschen eine geringere Aktivität und Verhaltensrate aufweisen, seltener soziale Kontakte erfahren und somit auch seltener positive Rückmeldungen erfahren. Dieser Mangel an positiven Rückmeldungen durch eigenes Verhalten wird als Bedingung für die Entstehung depressiver Symptome angesehen. (Lewinsohn, 1974; Hoyer u. Vogel, 2018). Gleichzeitig führt der depressive Ausdruck, wie z. B. das Klagen depressiver Menschen gegenüber anderen, zu Zuwendung des Umfeldes und wirkt somit seinerseits zunächst positiv verstärkend, was zu einer Zunahme eines depressiven Ausdrucks Betroffener führt. Langfristig geht das Modell jedoch von einer zunehmenden Abwendung oder Meidung dieser (klagenden) Personen durch das Umfeld aus, was einem weiteren Verlust positiver Verstärker und einer Forcierung depressiver Symptome gleichkommt (Lewinsohn, 1974; Hoyer u. Vogel, 2018). Hier kann möglicherweise eine gewisse Parallelität zum psychodynamischen Ansatz von Mentzos gesehen werden, welcher den depressionsbedingten Rückzug zunächst als funktional im Sinne einer Entlastung beschreibt (Küchenhoff, 2017), gleichzeitig auf das wiederrum depressionsfördernde Ausbleiben „narzisstischer Zufuhr“ durch den Rückzug hinweist, welcher zu einem vermehrten Gefühl des Versagens beiträgt (Mentzos, 2011).

Das *Verstärker-Verlust-Modell* von Lewinsohn wurde in Form eines integrativen Modells der Depression erweitert und bezieht kognitive, interpersonelle und biologische Aspekte ein (Lewinsohn et al., 1985; Hoyer u. Vogel, 2018). Es wird angenommen, dass Stressoren (wie z. B. der Verlust einer Person oder des Arbeitsplatzes) zu einer Störung etablierter Verhaltensweisen und einer Erhöhung negativer Affekte führt. Gescheiterte Versuche, Stressoren zu bewältigen, führen zu erhöhter Selbstaufmerksamkeit mit einer negativen Erwartungshaltung der Person gegenüber sich selbst. Die hieraus resultierenden depressionstypischen kognitiven, emotionalen und interpersonellen Veränderungen wirken mit biologischen, kognitiven und sozialen Vulnerabilitätsfaktoren zusammen und bilden die Grundlage depressiver Symptome (Lewinsohn et al., 1985; Hoyer u. Vogel, 2018).

Das *Modell der Erlernenen Hilflosigkeit* (Seligman, 1975) postuliert den Einfluss von Erfahrungen durch aversive Situationen oder Reize gegenüber welchen keine Möglichkeit der Vermeidung oder Flucht besteht und welche somit als unkontrollierbar empfunden werden. Das hieraus entstehende Gefühl der Unkontrollierbarkeit bedingt einen allumfassenden, negativen Attributionsstil (Pasch, 2014), welcher Situationen als intern, stabil und generell einschätzt und nach Seligman als förderlich für depressive Symptome angesehen wird. Die

erlernte Hilflosigkeit wird dabei zusätzlich durch den Attributionsstil der Person, welche negative Ereignisse mit den eigenen Defiziten assoziiert (Pasch, 2014), mitmoderiert. Also, ob die Person die empfundene Unkontrollierbarkeit der jeweiligen Situation bzw. der Bedingung oder der eigenen „Unfähigkeit“ zuschreibt (Hiroto u. Seligman, 1975). Neben Symptomen wie Passivität, Apathie, Resignation und einer reduzierten Fähigkeit, neue Inhalte zu erlernen und der Annahme, dass eigenes Handeln zu Konsequenzen führt sowie einer reduzierten Motivation, willentliche Reaktionen auszuführen, kommt es in Folge der empfundenen Nicht-Kontrolle gegenüber aversiven Reizen auch zu einer Generalisierung auf neue Situationen. Depressionen fußen somit auf Erfahrungen empfundener Nicht-Kontrolle in subjektiv bedeutsamen aversiven Situationen oder gegenüber als aversiv empfundenen Reizen sowie der Erwartung, auch in zukünftigen negativ bewerteten Situationen hilflos zu sein, wobei die empfundene Unfähigkeit, Kontrolle auszuüben auf die eigene Person attribuiert wird (Seligman, 1975; Hautzinger, 1998).

Seligman (1975) weist darauf hin, dass depressive Menschen sich selbst für unzulänglicher einschätzen als sie objektiv sind. Auch das *Modell der dysfunktionalen kognitiven Schemata* (vgl. Hautzinger, 1998) geht von erfahrungsbedingten kognitiven Verzerrungen Betroffener aus und beinhaltet, dass depressive Menschen stabile und dauerhafte sowie für den Betroffenen plausibel erscheinende dysfunktionale Grundannahmen ausgeprägt haben, welche auf Belastungen, Lernprozessen oder Erfahrungen basieren und durch welche die Realität verzerrt wahrgenommen wird. Hierdurch entsteht eine negative Sicht auf die Welt, die Zukunft sowie die eigene Person (vgl. „Kognitive Triade“; Beck et al., 1981; Meister et al., 2018). Typisch für kognitive Verzerrungen sind z. B. willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Abstraktionen, Übergeneralisation, verstärktes Wahrnehmen negativer sowie geringes Wahrnehmen positiver Erfahrungen. Durch zirkuläre Feedbackschleifen kommt es zu einer Verfestigung und somit Aufrechterhaltung der kognitiven Schemata und somit der Depression. Das Modell geht davon aus, dass es erfahrungsbedingt zu „automatischen Gedanken“ kommt, welche durch eine Situation schnell und automatisiert auftreten und durch erneute Erfahrungen und Verarbeitungen überlernt werden. Sie fußen auf Grundüberzeugungen, welche generalisiert und situationsübergreifend sind und das Verhalten und die Gedanken der Person beeinflussen. Die „automatischen Gedanken“ unter Einfluss der Grundannahmen führen, laut Modell, zu Depressionen (Hautzinger, 1998), womit von einem eher linearen Zusammenhang von Situationen, Gedanken und Entwicklung der Depression ausgegangen wird.

Ähnlich wie das *Modell der dysfunktionalen kognitiven Schemata* gehen auch neuere verhaltenstherapeutisch geprägte Modelle, besonders jene, welche sich zur „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie zählen, von überdauernden Grundannahmen depressiver Personen aus.

So nimmt z. B. die *Klärungsorientierte Psychotherapie* an, dass Belastungen von Personen auf dysfunktionale Schemata zurückgehen und durch dysfunktionale Annahmen über die Person selbst, Beziehungen und die Realität bestimmt werden (Sachse et al., 2008). Ähnlich wie im *Modell der dysfunktionalen kognitiven Schemata* und in den psychodynamisch geprägten Modellen geht auch die klärungsorientierte Störungstheorie davon aus, dass Schemata biographisch erworben wurden und in aktuellen (heutigen) Situationen das Erleben und Handeln der Person beeinflussen (Sachse et al., 2008). Im Gegensatz zum *Modell der dysfunktionalen kognitiven Schemata* werden hier jedoch, neben kognitiven Aspekten, affektive Anteile explizit einbezogen (Sachse, 2003; Sachse et al., 2008). Die biographisch erworbenen Schemata beeinflussen, so sie durch Situationen aktiviert wurden, die Kognitionen und Interpretationen der Person und führen zu Affekten, wie Unwohlsein und emotionalem Erleben von Angst, Trauer usw. (Sachse et al., 2008). Ähnlich wie bei psychodynamisch fundierten Modellen, welche von frustrierten Bedürfnissen und Objektbeziehungen in der Kindheit ausgehen, geht auch das klärungsorientierte Modell von prägenden interaktionellen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend aus, welche, durch Frustration bedeutsamer Grundbedürfnisse, zu zentralen Motiven und zur Ausprägung dysfunktionaler Schemata führen (Sachse et al., 2011). Diese dysfunktionalen Schemata (z. B. „Ich bin ein Versager“) bzw. deren schemabedingte Verarbeitungsprozesse führen - durch dysfunktionale Interpretationen und daraus folgenden intransparenten Handlungen - zunächst zu einer latenten Befriedigung der Motive, sodass z. B. die Ausprägung einer Depression verhindert werden kann (Sachse, 2013). Langfristig resultieren aus diesen Mustern jedoch hohe Kosten, wie zum Beispiel ein Abwenden durch Bezugspersonen und somit eine weitere Verfestigung negativer Annahmen über Beziehungen oder die betroffene Person selbst, wodurch letztendlich depressionstypische Symptome bedingt oder aufrechterhalten werden bzw. mit diesen in Zusammenhang stehen können (Sachse, 2003).

2. Die Studie STOP-D

Ziel der Studie „Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D)“ war die Darstellung globaler und differenzieller Behandlungseffekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im Psychosomatischen Krankenhaussetting auf depressive Symptomlast (Hartkamp u. Franz, 2007; Franz et al., 2015). Eine Reihe grundlegender, im Rahmen der Studie publizierter Befunde auf denen diese kumulative Dissertation beruht, finden sich im Anhang (s. Abschnitt 6.1). Im Folgenden werden die dortigen Befunde sowie der Aufbau und Ablauf der Studie kurz zusammengefasst.

2.1 Methodisches Vorgehen

Nach einer im Vorfeld durchgeführten Multizenterstudie zur Wirksamkeit stationärer psychodynamisch basierter Psychotherapie bei depressiver Symptomlast (Franz et al., 2000) konkretisierte sich die Planung der Studie STOP-D. In Folge eines ersten konstituierenden Treffens fanden seit 2007² regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppe „Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei Depressionen“ statt. Zunächst konzentrierte sich die Planungsphase der Studie auf das Einholen eines Ethikvotums sowie ein Bemühen um kooperierende Studienzentren (= Psychosomatische Klinikabteilungen) und Möglichkeiten finanzieller Drittmittelförderung. Diese konnte durch Anträge auf Gewährung einer Sachbeihilfe bei der Heigl-Stiftung³ eingeholt werden. Im Folgenden wurden die Mitarbeiter der Studienzentren - sofern notwendig - in der Anwendung der Fragebögen und diagnostischen Prozeduren geschult. Über den gesamten Zeitraum der Studie erfolgte regelmäßiger Kontakt zu den teilnehmenden Klinikabteilungen im Sinne eines Studien-Netzwerks.

Im Rahmen der naturalistischen, nicht-randomisierten, multizentrischen, klinischen Beobachtungsstudie STOP-D mit drei Messzeitpunkten (Aufnahme in die stationäre Behandlung (T1), Entlassung aus der stationären Behandlung (T2), Sechs-Monats-Katamnese (T3)) wurden mittels standardisierter Selbst- und Fremdbeobachtungs-Fragebögen, Daten depressiv erkrankter Patientinnen in 15 bundesdeutschen universitären und nicht-universitären Psychosomatischen Klinikabteilungen erfasst (s. Anhang, Abschnitt 6.2). Die Fragebogen-Verfahren (s. Abschnitt 2.3) garantieren ausreichende Testgütekriterien und eine hohe Vergleichbarkeit mit in der Literatur berichteten Befunden. Alle teilnehmenden Kliniken arbeiten im Rahmen eines multimethodal-integrierten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes (Janssen, 2012; Franz et al., 2015). Zum Einsatz kamen lediglich in den involvierten Kliniken obligatorische therapeutische Interventionsverfahren (Treatment as usual), welche mittels eines Therapietagebuchs erfasst wurden (s. Anhang, Abschnitt 6.4). Die in den Kliniken eingesetzten Behandlungsmethoden konnten fünf Bereichen zugeordnet werden: tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, konfliktzentriert-expressive Psychotherapie, verhaltenstherapeutische/übende Therapiemethoden, sozialkommunikativ-supportive Therapieangebote sowie Entspannungsmethoden (Franz et al., 2015). Eine randomisierte Zuweisung zu behandelnden Kliniken sowie das Etablieren einer Kontrollgruppe war, settingbedingt, nicht möglich (Franz et al., 2015; Seidler et al., 2019a).

² Der Verfasser dieser Dissertation ist seit Anfang 2009 und bis aktuell fortlaufend in die Studie involviert.

³ Der Heigl-Stiftung sei an dieser Stelle für die jahrelange finanzielle Unterstützung der Studie herzlich gedankt.

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Mai 2005 und Januar 2011. Es schloss sich eine weitreichende und zeitintensive Phase (bis Februar 2013) der Datenbereinigung und Datenpflege an (Schließung von Datenlücken durch Rücksprache mit den Kliniken oder (wo möglich) anhand der Testanweisungen der jeweiligen Fragebögen, z.B. durch Interpolierung). Abbildung 1 stellt den zeitlichen Ablauf sowie die wichtigsten Phasen der Studie graphisch dar.

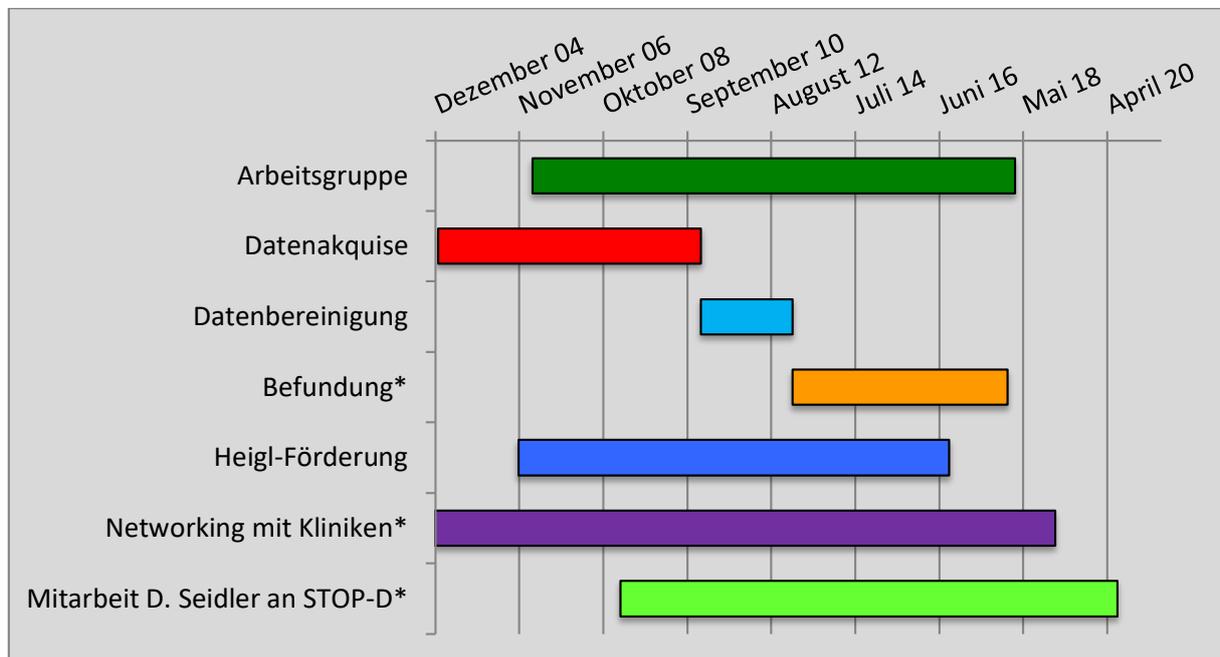


Abb. 1 Graphische Darstellung der bedeutsamsten Phasen der Studie.

*Angaben beziehen sich auf die dieser Dissertation zugrundeliegenden Auswertungen. Die entsprechenden Phasen der Studie gingen teilweise, zur Befundung und Verschriftlichung weiterer (hier nicht dargestellter) Auswertungsschritte, über die hier dargestellten Zeiträume hinaus.

Es wurden zunächst Daten von 535 Patientinnen erfasst, welche sich zur Behandlung einer depressiven Symptomatik in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in einer der teilnehmenden Psychosomatischen Kliniken (Studienzentren) befanden. Nach Bereinigung des Datensatzes und eventuellem Ausschluss aufgrund von zuvor definierten Ausschlusskriterien wie Alter, Diagnose oder unzureichender Datenqualität konnten $N = 487$ valide Datensätze in die Auswertungen einfließen. Die Eingrenzung auf weibliche Patientinnen erfolge aufgrund höherer Prävalenzraten, einer höheren Behandlungswahrscheinlichkeit weiblicher Personen (Möller-Leimkühler, 2008; Wittchen et al., 2010) sowie zur Homogenisierung der Stichprobe. Zum Einschluss in die Studie musste eine kategoriale depressive Erkrankung nach ICD-10 (F32; F33; F34.1 oder F43.2) und/oder eine dimensionale depressive Störung (BDI-Gesamtwert ≥ 11 ; Hautzinger et al., 1995) vorliegen. Der Einbezug auch subsyndromal depressiver Patientinnen erfolge aufgrund der auch hier bedeutsamen Symptombelastungen (Krannich et al., 2013) unter Inkaufnahme hierdurch zu erwartender geringerer Effektstärken durch eine geringere Ausgangsbelastung (Franz et al. 2015).

Patientinnen mit gravierenden psychiatrischen oder somatischen Erkrankungen (z. B. Suchtmittelabhängigkeit; hirnorganische Schädigungen; demenzielle Erkrankungen; bipolare Störungen; Psychosen; gravierende körperliche Erkrankungen sowie ein BMI \leq 13) wurden aus der Studie ausgeschlossen. Die Eingangsdatenerfassung (T1) erfolgte spätestens am dritten Tag der stationären Behandlung, die Daten zu T2 wurden frühestens fünf Tage vor Entlassung aus der stationären Behandlung eingeholt, hier wurde in den meisten Fällen auch bereits ein Termin für die Erfassung der Katamnese-Daten (T3; sechs Monate nach Entlassung) festgelegt. Abbildung 2 (s. S. 32) stellt das Studiendesign graphisch dar.

Die Patientenrekrutierung sowie die Prüfung der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien erfolgten durch einen Mitarbeiter der jeweiligen teilnehmenden Klinik nach mündlicher und schriftlicher Aufklärung der Patientinnen über Ziele und Methoden der Studie sowie der Freiwilligkeit der Teilnahme der Patientinnen und datenschutzrechtlicher Vorgaben. Die Teilnahme an der Studie erfolgte anonymisiert und hatte keinen Einfluss auf Qualität oder Quantität der Behandlung. Ein positives Ethikvotum wurde bei der zuständigen Ethikkommission (Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf) eingeholt (s. Anhang, Abschnitt 6.3).

Literatur-Recherchen für die hier vorliegende kumulative Dissertation sowie die dieser zugrundeliegenden Publikationen erfolgten über die Datenbanken PsycINFO, PubMed sowie über Google-Scholar.

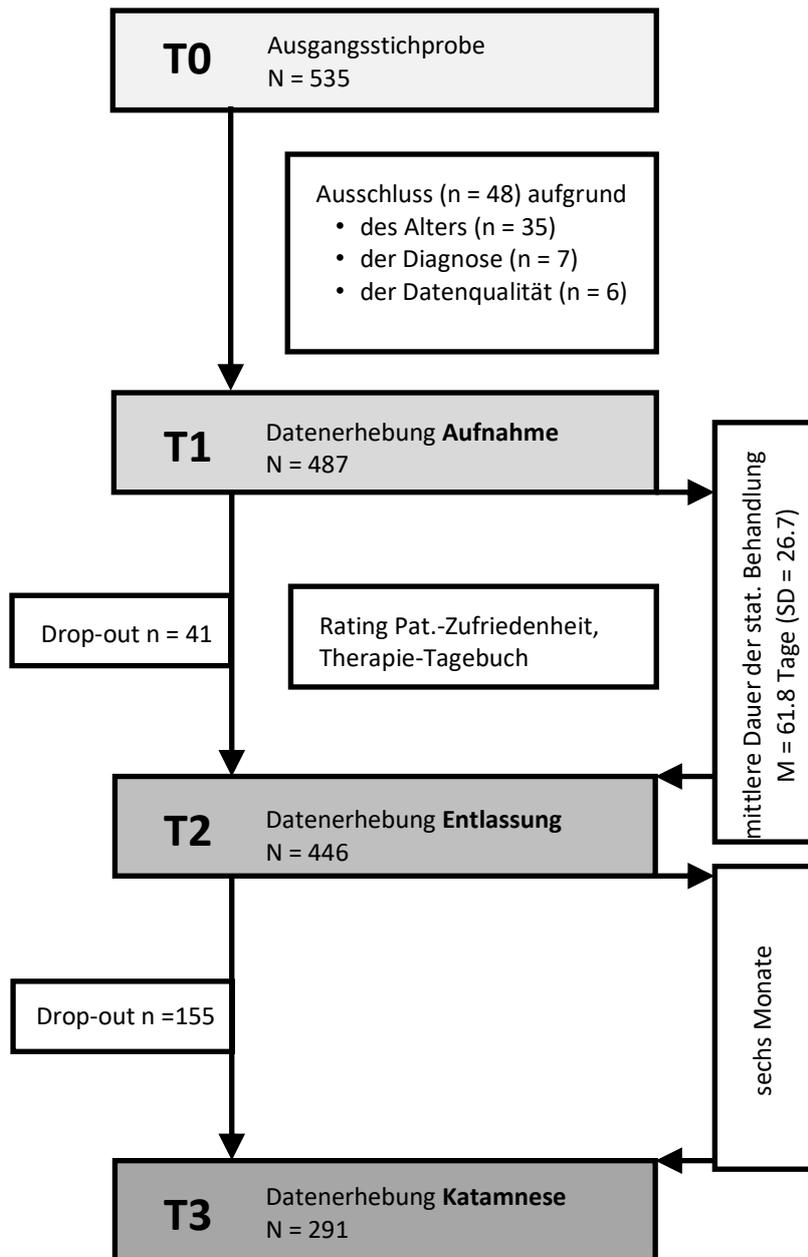


Abb. 2: Graphische Darstellung des Studienablaufs. T0 = Datensatz vor Bereinigung; T1 = Datenerhebung zum Aufnahmezeitpunkt; T2 = Datenerhebung zum Entlassungszeitpunkt; T3 = Datenerhebung zu Katamnesezeitpunkt; N = Größe des Gesamt-Datensatzes zum jeweiligen Zeitpunkt; n = Größe der jeweiligen Subgruppe (in Anlehnung an Franz et al., 2015)

2.2 Statistische Verfahren

Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten wurden bei metrischen Variablen mittels T-Test für abhängige Stichproben sowie Varianzanalysen mit Messwiederholung auf Signifikanz geprüft. Bei Varianzanalysen wurden, im Falle fehlender Sphärizität, Korrekturen nach Huynh und Feldt (1976) vorgenommen. Die Signifikanz von Mittelwertsunterschieden zwischen Subgruppen wurde varianzanalytisch oder durch T-Tests für unabhängige Stichproben geprüft. Im Falle stark unterschiedlicher Stichprobengrößen wurde auf das nicht-

parametrische Verfahren des Mann-Whitney-U-Tests zurückgegriffen. Bei Durchführung mehrfacher Signifikanzprüfungen erfolgte, zur Reduktion einer Alpha-Fehler-Kumulierung, eine Alpha-Adjustierung nach Jain (2007). Behandlungseffekte wurden durch Zweifaktorielle Varianzanalysen (Gruppe x Zeit) mit Messwiederholung (zweifach gestuft) überprüft. Unterschiede zwischen Gruppen unter Ausschluss des Einflusses einer Kovariate wurden anhand einfaktorierter Kovarianzanalysen inklusive Alpha-Adjustierung nach Bonferroni untersucht. Die Überprüfung bedeutsamer Unterschiede in kategorial-nominalen Variablen erfolgte mittels Chi²-Test bzw. - im Falle von Berechnungen anhand zweier dichotomer Variablen - mittels Fisher's exaktem Test. Allen statistischen Berechnungen liegt jeweils ein Konfidenzintervall von 95% zugrunde. Das Alpha-Signifikanzniveau wurde auf $p(\alpha) = .05$ festgelegt. Zur Darstellung von Therapieeffekten wurde zudem die Berechnung von Effektstärken durchgeführt. Dies erfolgte in Form von g nach Hedges (1981). Da dieses Verfahren unterschiedliche Stichprobenumfänge einbezieht bzw. berücksichtigt, konnte so eine möglichst große Datenmenge in die Berechnungen einfließen. Werte der Effektstärken nach Hedges sind mit denen nach Cohen (1988) vergleichbar ($> .2$ = kleiner Effekt; $> .5$ = mittlerer Effekt; $> .8$ = großer Effekt; Cohen, 1988; Durlak, 2009).

2.3 Verwendete Inventare

Im Folgenden werden die im Rahmen der Studie STOP-D eingesetzten Fragebogen-Inventare dargestellt. Hierbei handelte es sich weitestgehend um etablierte und standardisierte Inventare (s. auch Anhang, Abschnitt 6.4). Zur besseren Einschätzung des erwarteten Rückgangs allgemeiner und depressionstypischer Symptomlast, wurden - in Anlehnung an die Empfehlungen von Schulte (1993) und Stieglitz (2008) zur multimodalen Diagnostik - sowohl störungsspezifische und störungsübergreifende sowie Selbst- als auch Fremdbeurteilungsverfahren in die Studie aufgenommen.

2.3.1 Befragungsbogen Patient (BPT)

Mittels dieses selbst erstellten Selbstauskunfts-Fragenbogens (vgl. Franz et al., 2015) wurden zu allen drei Messzeitpunkten (T1, T2, T3) soziodemographische Daten der teilnehmenden Patientinnen erfasst. Dies beinhaltete Angaben über z. B. Konfession, Familienstand, Anzahl der Kinder, Wohn- und berufliche Situation, Versicherungsstatus sowie Vorbehandlungen. Zudem war das Selbsteinschätzungs-Inventar SBB inkludiert (vgl. Abschnitt 2.3.7).

2.3.2 Befragungsbogen Therapeut (BTT)

Gleich den Patientinnen waren auch die jeweiligen Behandler (Ärzte und Psychologen) in den teilnehmenden Kliniken angehalten, Daten der Patientinnen zu erfassen. Dies erfolgte mittels des ebenfalls selbst erstellten Fragebogens BTT (vgl. Franz et al., 2015), welcher z. B. die Dauer der depressiven Symptomatik, eine medikamentöse Behandlung, eventuellen Substanzabusus, die behandlungsrelevanten F-Diagnosen (Dillinger u. Freyberger, 2012) oder gegebenenfalls vorhandene somatische Diagnosen umfasste. Um formale Abläufe bei Datenerfassung zu optimieren, waren zudem die Fremdbeurteilungs-Inventare Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS; Schepank, 1995, s. Abschnitt 2.3.6), Global Assessment of Functioning (GAF; Hall, 1995; vgl. Saß et al., 2003, s. Abschnitt 2.3.8) sowie die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS; Rudolf et al., 2000)⁴ integriert.

2.3.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Zur subjektiven Einschätzung depressiver Belastungsschwere erfolgte die Verwendung des BDI (Hautzinger et al., 1995). Der ursprünglich an DSM-III, im Verlauf an DSM-IV, angelehnte, 21-Items umfassende Selbstbeurteilungs-Fragebogen (Hautzinger et al., 1994; Hautzinger et al., 2009) erfasst die depressionstypischen Bereiche „traurige Stimmung“, „Pessimismus“, „Versagen“, „Unzufriedenheit“, „Schuldgefühle“, „Strafbedürfnis“, „Selbsthass“, „Selbstanklagen“, „Selbstmordimpulse“, „Weinen“, „Reizbarkeit“, „Sozialer Rückzug und Isolierung“, „Entschlussunfähigkeit“, „Negatives Körperbild“, „Arbeitsunfähigkeit“, „Schlafstörungen“, „Ermüdbarkeit“, „Appetitverlust“, „Gewichtsverlust“, „Hypochondrie“ und „Libidoverlust“, welche vom Bearbeiter jeweils mittels vierfach gestufter Antwortalternativen hinsichtlich des Ausprägungsgrades in den vergangenen sieben Tagen eingeschätzt werden sollen. Die Antwortalternativen entsprechen einem Score von 0 bis 3 Punkten, sodass über die 21 Items ein Gesamtwert zwischen 0 und 63 Punkten möglich ist. Ein Gesamtwert unter 11 gilt als klinisch unauffällig hinsichtlich depressiver Merkmalsausprägung; Werte von 11 bis 17 entsprechen einer milden bis mäßigen und Werte ab 18 einer schweren Depression (Hautzinger et al., 1995). Das BDI gilt als eines der weitverbreitetsten Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung depressiver Symptome (Besier et al., 2008; Hautzinger et al., 2009) mit zufriedenstellenden Gütekriterien. So berichten Hautzinger et al. (1995) von Trennschärfekoeffizienten für depressive Patienten von über .40 für die meisten Items. Die innere Konsistenz wird mit .88, die Split-half-Reliabilität mit .72 angegeben was ebenfalls als hinreichend angesehen werden kann (Hautzinger et al., 1995). Die Autoren

⁴ Die Auswertungen dieses Inventars sind in der vorliegenden Arbeit nicht enthalten. Siehe hierzu Jenett, 2020 und Franz et al., 2020.

weisen darauf hin, dass sich eine zufriedenstellende Validität des Inventars durch die Nähe des BDI zu den Diagnosekriterien nach DSM ergibt. Auch werden Korrelationen zwischen dem BDI und anderen Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren (z. B. HAMD) berichtet (Korrelation Selbstbeurteilungsverfahren zwischen .71 und .89; Korrelation Fremdbeurteilungsverfahren zwischen .34 und .61).

In einer der teilnehmenden Kliniken wurde anstatt des BDI die überarbeitete Version BDI-II verwendet. Um eine Vergleichbarkeit der Werte herstellen zu können, wurden die Werte des BDI-II, entsprechend den Angaben des Fragebogen-Manuals, um jeweils zwei Punkte reduziert (Hautzinger et al., 2009).

2.3.4 Hamilton-Depressions-Skala (HAMD)

Zur Einstufung depressionstypischer Symptomausprägung wurde das Expertenbeurteilungsverfahren HAMD in der 21-Item-Version in die Studie aufgenommen (Hamilton, 1960; Hamilton, 1967; Baumann, 1976). Das Verfahren wurde weniger als Diagnose-Instrument entworfen, sondern ermöglicht eine änderungssensible Einschätzung der depressionsbedingten Belastungsschwere anhand von Symptomdarstellungen (Berrios u. Bulbenda-Villarasa, 1990), welche in unterschiedlicher Abstufung (drei- bis fünffach gestufte Antwortalternativen) die Stärke einer Ausprägung in den Bereichen „Depressive Stimmung“, „Schuldgefühle“, „Suizid“, „Schlafstörungen“, „Arbeit und sonstige Tätigkeiten“, „Depressive Hemmung“, „Erregung“, „Angst - psychisch“, „Angst - somatisch“, „körperliche Symptome“, „Genitalsyndrome“, „Hypochondrie“, „Gewichtsverlust“, „Krankheitseinsicht“, „Tagesschwankungen“, „Depersonalisation, Derealisation“, „Paranoide Symptome“ und „Zwangssymptome“ erfasst. Im Gegensatz zum BDI fokussiert der Fragebogen HAMD somit eher auf somatische Bereiche einer depressiven Symptomatik (Stieglitz, 2008). Zwar verfügt das Verfahren HAMD über keine verbindlichen Cut-off-Werte (Stieglitz, 2008; Zimmerman et al., 2013), Riedel et al. (2010) beschreiben jedoch einen Gesamtwert von < 7 als Cut-off-Wert für eine Remission und Eriksson et al. (1987; zitiert nach Faltermaier-Temizel et al., 1996) berichten einen Cut-off-Wert von 23 (Gesamtscore) zur Abgrenzung zwischen „weniger schwerer“ (< 23) und „schwerer“ Depression (≥ 23) für die 21-Item-Version der HAMD. In der Arbeit von Ehrke (2013) wurden die Grenzen ≤ 6 für „keine depressive Symptomatik“, 7-17 für „milde depressive Symptomatik“, 18-24 für „mittelschwere depressive Symptomatik“ und ≥ 25 für „schwere depressive Symptomatik“ herangezogen. In vorliegender Studie dienten diese Richtwerte als Orientierung; aufgrund der nicht klar definierten Cut-off-Werte wurde jedoch auf eine Gruppeneinteilung anhand der HAMD-Gesamtwerte verzichtet. Auch wenn die HAMD oft als „Goldstandard“ beschrieben wird, ist deren Anwendung methodisch als nicht

unproblematisch anzusehen (trotz Hinweisen auf Eindimensionalität kein klar extrahierbarer Generalfaktor; teilweise fragliche Entsprechung gleicher Item-Werte; teilweise eingeschränkte innere Konsistenz; geringe Inter-Rater-Reliabilität bei einzelnen Items; hoher Fokus auf somatische Symptome mit geringer Abdeckung der Kriterien des ICD-10 und DSM (Baumann, 1976; Maier et al., 1985; vgl. auch Stieglitz, 2008; Stieglitz, 2014)). Jedoch kann das Verfahren durch seinen häufigen Einsatz eine hohe Vergleichbarkeit mit anderen Studien bereitstellen (Stieglitz, 2012).

2.3.5 Symptom-Check-List (SCL-90-R)

Die ursprünglich auf der Discomfort-Scale (Parloff et al., 1954) aufbauende Symptom-Check-List in der hier verwendeten Version SCL-90-R ist eine deutschsprachige Version der 1977 von Derogatis erstellten SCL-90-R (Franke, 2002). Sie bietet Hinweise auf die subjektive psychische Belastung in den letzten sieben Tagen und umfasst 90 Items zu körperlichen und psychischen Symptomen, welche mittels einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden (Franke, 2002). Diese werden zu neun faktorenanalytisch basierten Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität (DEPR), Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst (PHOB), Paranoides Denken, Psychotizismus) zusammengefasst. Des Weiteren werden drei globale Kennwerte (GSI, PSDI und PST) berechnet (Franke, 2002). Normwerte der weltweit häufig eingesetzten SCL-90-R (Hessel et al., 2001) sind nach Geschlecht und Alter unterteilt, zudem bestehen Normwerte anhand einer Stichgruppe Studierender. Die Testgütekriterien Objektivität und Validität können insgesamt als ausreichend erfüllt angesehen werden. Die innere Konsistenz wurde an unterschiedlichen Stichproben erfasst und kann zusammenfassend als gut angesehen werden. Für eine erste Eichstichprobe fanden sich in Abhängigkeit der Subskalen Werte zwischen $r = .75$ (Subskala PHOB) und $r = .87$ (Subskala DEPR). Bei Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität fanden sich ebenso ausreichend gute Werte. So berichtet Franke (2002) Reliabilitätskennwerte zwischen $r = .69$ (Subskala PHOB) und $r = .92$ (Subskala DEPR). Die Autorin weist jedoch in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass es sich bei der SCL-90-R um ein Verfahren zur Einschätzung von State-Variablen handelt und dass eine Interpretation der Retest-Reliabilität somit fraglich erscheint (Franke, 2002).

Aufgrund der teilweise nicht replizierbaren faktoranalytischen Trennung und der hohen Interkorrelation der Subskalen (Hessel et al., 2001) konzentrierte sich Verwendung der SCL-90-R im Rahmen der STOP-D-Studie auf die Interpretation des globalen Kennwertes GSI. Mit Blick auf die Haupthypothesen der Studie (s. Abschnitt 2.4.1) erfolgte jedoch auch die Auswertung der Subskala „Depressivität“. Zudem wurde, basierend auf Hinweisen zu häufig

komorbid mit Persönlichkeitsstörungen auftretenden somatoformen Störungen (Spitzer u. Barnow, 2005), teilweise eine zusätzliche Auswertung der Subskala „Somatisierung“ vorgenommen (s. Abschnitt 2.4.2).

2.3.6 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Der BSS ist ein konzeptübergreifendes und weitestgehend theorieunabhängiges Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung des Ausmaßes psychogen bedingter Erkrankungen und somit bestehender Belastungen durch körperliche, psychische und sozialkommunikative Faktoren (Schepank, 1995). Das Verfahren ermöglicht einen Vergleich des Maßes der psychogenen Erkrankung zwischen Betroffenen und bietet sich für den Einsatz in der Psychotherapie-Forschung an (Schepank, 1995). Die jeweilige Belastung wird durch ein klinisches Interview in welchem die auslösende psychogene Grundlage erfragt wird und anhand dreier fünfstufiger Skalen (0 = „gar nicht“ bis 4 = „extrem“) erfasst, was die Darstellung eines „Profils“ ermöglicht (= Bereich der Beeinträchtigung). Die Skalenwerte werden in einem Gesamtwert zusammengefasst (Schepank, 1995). Die Inter-Rater-Reliabilität wird als hoch angegeben, zudem stellt sich das Verfahren „spezifisch und sensibel“ auch für Veränderungen dar (Schepank, 1995, S. 17).

In der Studie STOP-D bezogen sich die Werte, den Empfehlungen des Manuals folgend (Schepank, 1995), jeweils auf die Belastungsausmaße in den letzten sieben Tagen. Zwar weist Schepank (1995) darauf hin, dass der bei Testanwendung erhaltene Wert bei engerer Betrachtung einem ordinalskalierten Niveau entspreche, bei Auswertung im Rahmen von STOP-D wurden jedoch, da sich das Skalenniveau bei fachgerechter Anwendung des BSS einem Intervallniveau angleicht (Schepank, 1995), Auswertungen im Sinne einer Intervallskalierung vorgenommen.

2.3.7 Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung (SBB)

In Analogie zum BSS erfolgte eine Einschätzung der Belastung durch körperliche, psychische und sozialkommunikative Faktoren mittels des selbstgenerierten Inventars SBB (vgl. Franz et al., 2015). Die Bearbeitung erfolgte entsprechend dem BSS ebenso mittels einer fünfstufigen Einteilung der drei Skalen (0 = „gar nicht“ bis 4 = „extrem“) sowie der Errechnung eines Gesamtwertes durch Addition der Skalenwerte. Die Einschätzung erfolgte auch hier bezogen auf die letzten sieben Tage, im Falle des SBB allerdings aus subjektiver Sicht der Patientinnen. Der Fragenbogen wurde zum Erhalt einer weiteren Variable zur Erfassung der allgemeinen

Belastungsschwere und deren Validierung verwendet. Eine Verwendung eines dem BSS äquivalenten Inventars zur Selbstbeurteilung erfolgte bereits in verschiedenen Untersuchungen in vergleichbarer Form (z. B. Czopf-Danz, 2009; Hofmeister, 2017).

2.3.8 Global Assessment of Functioning (GAF)

Das auf der Global Assessment Scale (GAS, Endicott et al., 1976) basierende und erstmals 1989 durch die American Psychiatric Association vorgelegte, diagnoseunabhängige Verfahren GAF orientiert sich an der V-Achse des DSM-IV und dient der Einschätzung des allgemeinen und psychosozialen Funktionsniveaus auf Basis psychischer Faktoren (Hall, 1995; Yamauchi et al., 2001; Schäfer, 2010; Pedersen et al., 2018). Die Einstufung erfolgt hierbei mittels einer 100-fach gestuften Skalierung, wobei eine gröbere Einteilung in Zehnerschritten gängig ist. Hohe Werte entsprechen einem hohen Funktionsniveau. Eine gute Nutzbarkeit des GAF zur Erfassung von Therapieerfolgen und Veränderungen des Funktionsniveaus wird postuliert (Schäfer, 2010; Pedersen et al., 2018). Obgleich sich uneindeutige Befunde hinsichtlich der Reliabilität und Validität des Verfahrens ergeben (Jones et al., 1995; Moos et al., 2002; Vatnaland et al., 2007; Pedersen et al., 2018) und modifizierte Versionen geprüft werden, ist die GAF eine häufig eingesetzte Skala (Hall, 1995; Pedersen et al., 2018). Trotz der bestehenden Skepsis gegenüber dem Inventar wurde dieses in die Studie STOP-D einbezogen. Zum einen aufgrund des hohen Verbreitungsgrades in den Kliniken sowie bestehenden Hinweisen, dass die Reliabilität des GAF zunehmend annehmbar wird, wenn Rater in der Anwendung geübt sind (Dworkin et al., 1990; Pedersen et al., 2018). Zum anderen, da die Verwendung modifizierter Versionen für geübte Anwender auch lediglich eine geringe Bedeutsamkeit darstellt (Pedersen et al., 2018).

2.3.9 Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO-2001)

Im Rahmen von STOP-D fand das psychodynamisch ausgerichtete Selbstbeurteilungsverfahren IPO Verwendung, welches sich an dem objektbeziehungstheoretischen Persönlichkeitskonzept von Kernberg (1977, 1984, 1996) orientiert und zur Beschreibung der Adaptivität und Reife des Strukturniveaus bzw. der Abwehrorganisation verwendet werden kann (Dammann et al., 2002; Zimmermann et al., 2013). Anhand einer fünffach gestuften Likert-Skala werden hier Aspekte der Persönlichkeitsorganisation, des interpersonellen Verhaltens und dessen motivationaler Basis erfragt (vgl. Doering u. Hörz, 2012). Persönlichkeitsorganisation definiert sich dabei über die Funktionsbereiche „Integriertheit der Person“ (i.e. Stabilität des Bildes einer Person von sich

und anderen), „Reife der Abwehrmechanismen“ und „Fähigkeit zur Realitätsprüfung“ (Zimmermann et al., 2013).

Das Verfahren liegt in verschiedenen Versionen vor und wurde seit 1995 mehrfach überarbeitet (Dammann et al., 2002; Zimmermann et al., 2013). Eine frühe Version umfasste zunächst 222 Items mit neun Subskalen. Der Itempool wurde später auf zunächst 57 Items reduziert, auch ist seit einiger Zeit eine 16-Item-Kurzversion verfügbar (Zimmermann et al., 2013). In der Studie STOP-D fand die 83-Item-Version (IPO-2001) Anwendung (Clarkin et al. 2001; Dammann et al., 2002), welche die drei Hauptskalen verschiedener IPO-Versionen („Primitive Abwehr“, „Realitätsprüfung“, „Identitätsdiffusion“) sowie die Zusatz-Skalen „Aggression“ und „Moralische Wertvorstellungen“ umfasst (Dammann et al., 2002). Neben den Skalenwerten kann ein Gesamtwert dargestellt werden, welcher - ebenso wie die jeweiligen Skalenwerte - durch Addition der Item-Werte berechnet wird. Hohe Skalen- und Gesamtwerte deuten auf ausgeprägtere Defizite in der Persönlichkeitsorganisation hin (Dammann et al., 2002).

In einer niederländischen Validierungsstudie beschreiben Berghuis et al. (2009) Mittelwerte für den IPO-Gesamtwert der 83-Item-Version von $M = 139.35$ ($SD = 32.68$) für eine nicht-klinische Stichprobe sowie $M = 186.43$ ($SD = 54.59$) für eine Gruppe stationärer und ambulant behandelter Patienten. Das Instrument ist für die Anwendbarkeit zur Verlaufsmessung und zur Therapieevaluation ausgelegt (Dammann et al., 2002). Es liegen Studien zur Reliabilitäts- und Validitätsprüfung vor (Lenzenweger et al., 2001; Zimmermann et al., 2013), welche eine gute innere Konsistenz für verschiedene Versionen des IPO berichten (für die Hauptskalen: Cronbach's Alpha = .82 - .88, für klinische Stichproben teilweise höher; Dammann et al., 2002; Zimmermann et al., 2013). Zudem korrelieren die unterschiedlichen IPO-Versionen insgesamt hoch miteinander ($r = .78 - .89$ zwischen IPO-2001 und der 16-Item-Version; Zimmermann et al., 2013). Für die Konstruktvalidität konnten gute Bedingungen im Vergleich mit dem Personality Disorders Questionnaire (PDQ-R; Hyler et al., 1990), einem an die Achse-II des DSM-IV angelehnten Selbstbeurteilungsinstrument, gezeigt werden (Dammann et al., 2002).

2.3.10 Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)

Um prüfen zu können, ob die Intelligenz einen Einfluss auf das Therapieoutcome oder die Drop-out-Neigung darstellt (Fischer, 2007), wurde der Intelligenzquotient (IQ) der Patientinnen der STOP-D-Studie mittels des MWT-B erhoben (Lehrl, 1999). Hierbei handelt es sich um ein hinsichtlich der Anwendbarkeit ökonomisches Verfahren zur Erfassung der allgemeinen Intelligenz. Die Befunde geben, aufgrund der geringen Anfälligkeit des Verfahrens für

krankheitsbedingte Einflüsse, Hinweise auf die prämorbid Intelligenz der Person (Lehrl, 1999). Bei Bearbeitung des MWT-B soll je Item (insgesamt 37 Items) ein im deutschen Sprachgebrauch bekanntes Wort unter vier sinnlosen Wörtern (Distraktoren) gefunden werden. Die Itemschwierigkeit nimmt dabei im Verlauf des Verfahrens zu. Die allgemeine Intelligenz ergibt sich dabei aus der Anzahl der richtig beantworteten Items. Die Befunde des MWT-B zeigen eine hohe Retest-Reliabilität sowie Objektivität und korrelieren hoch mit denen anderer globaler Intelligenztests (Median der Korrelationen $r = .72$; Lehrl, 1999). Aufgrund der insgesamt hohen Stabilität des Intelligenzniveaus über die Zeit (Deary et al., 2000; Maltby et al., 2011) erfolgte die Erhebung des IQ im Verlauf der Studie STOP-D lediglich zu T1.

2.3.11 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU)

Der seit den 1980er Jahren häufig zu Forschungszwecken u.a. in den Bereichen der klinischen- und medizinischen Psychologie sowie der Psychotherapie und medizinischen Soziologie eingesetzte Selbstbeurteilungsfragebogen FSozU (Fydrich et al., 2007) dient der Erfragung der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung. Hierunter wird „das Ergebnis kognitiv-emotionaler Verarbeitung und Bewertung sozialer Interaktionen betrachtet, durch die Personen Hilfestellungen erleben oder erwarten, um persönliche Ziele zu erreichen oder Aufgaben und Belastungen zu bewältigen“ (Fydrich et al., 2007, S. 7). Folglich wird unter sozialer Unterstützung das Ausmaß des subjektiven Umfangs erhaltener oder erwarteter Unterstützung durch das soziale Umfeld verstanden. Zudem werden dem Ausmaß sozialer Unterstützung präventive Eigenschaften bzgl. psychischer Störungen zugeschrieben und es wird angenommen, dass Depressivität mit geringer sozialer Unterstützung korreliert (Fydrich et al., 2007).

Der Fragebogen liegt in drei Versionen vor. Die Standardversion umfasst 54 Items. Zudem liegen Kurzformen mit 22 bzw. 14 Items vor (Fydrich et al., 2007). Bei Durchführung der Studie STOP-D wurde - zur Erhöhung der Studienökonomie - auf die Kurzversion mit 22 Items zurückgegriffen. In allen Fragebogen-Versionen werden die Items mittels einer fünf-stufigen Likert-Skala beantwortet. Durch Addition der Itemwerte (nach Umpolung von vier invertierten Items) und anschließender Division durch die Anzahl der beantworteten Items ergibt sich ein Gesamtwert. Zudem können Werte für die Subskalen „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“, „Soziale Integration“ und „Soziale Belastung“ für die Standardversion berechnet werden. Die Autoren empfehlen für die Anwendung der Kurzformen die Interpretation des Gesamtwertes ohne Berechnung von Skalenwerten obgleich die Items der Kurzversionen die zentralen Aspekte der sozialen Unterstützung (emotionale-, praktische- und soziale Unterstützung) abdecken und die Items der 22-Item-Version zudem die Bereiche

„Vertrauensperson“ und „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ aufgreifen (Fydrich et al., 2007).

Die innere Konsistenz der 22-Item-Kurzversion wird mit .91 angegeben, die Split-Half-Reliabilität mit .88 und die Retest-Reliabilität mit .65 (Zwei-Monats-Intervall). Zur Validität des Konstrukts liegen zahlreiche Untersuchungen vor, die Validität der Kurzform kann als ausreichend gegeben angesehen werden, und die Trennschärfe der Items gilt insgesamt als hoch (Fydrich et al., 2007).

2.4 Publikationen der Studie STOP-D

Die im Folgenden dargestellten Befunde basieren auf den Daten der STOP-D-Studie. Die erste Publikation stellt die generelle Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei depressiven Störungen im Sinne eines Rückgangs allgemeiner und depressionstypischer Symptomlast nach erfolgter stationärer Behandlung in den Vordergrund (Vergleich T1- vs. T2-Daten). Die zweite Publikation beschreibt differenzielle Befunde durch Vergleiche depressiver Patientinnen mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung. Neben der Beschreibung klinischer Zielmaße (allgemeine und depressionstypische Belastungsschwere) werden hier auch Änderungen des psychodynamischen Konstrukts der Persönlichkeitsorganisation (IPO-2001) zwischen T1 und T2 dargelegt. Die dritte Veröffentlichung zeigt Befunde zur langfristigen Wirksamkeit des Behandlungssettings durch Fokussierung auf Unterschiede zwischen den T2- und T3-Daten in klinischen Maßen auf.

2.4.1 Publikation I: Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie (Franz et al., 2015)

Ziel dieser Publikation war es, die generelle Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei depressiven Störungen in einem Psychosomatischen Krankenhaussetting in den Fokus zu stellen. Gleichwohl sollten erste differenzielle Wirksamkeitsnachweise Darstellung finden. Hierzu wurden die folgenden *Fragestellungen* untersucht:

1. Gibt es einen bedeutsamen Rückgang allgemeiner und depressionstypischer Symptomlast im Verlauf der stationären tiefenpsychologisch fundierten Behandlung?

2. Gibt es bedeutsame Unterschiede im Behandlungsergebnis zwischen Patientinnen mit und ohne zusätzliche antidepressive Medikation?
3. Gibt es Hinweise auf Unterschiede im Behandlungsergebnis zwischen Patientinnen mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung (PD)?

Aus diesen Fragestellungen und bestehenden Befunden in der Literatur wurden die folgenden *Hypothesen* abgeleitet:

1. Es lässt sich eine globale Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei depressiven Störungen mit mindestens mittlerer Effektstärke auf Zielmaße zur allgemeinen und depressionstypischen Belastungsschwere nachweisen.
2. Es lässt sich kein zusätzlicher Behandlungseffekt durch ergänzende antidepressive Medikation darstellen.
3. Es bestehen bedeutsame Unterschiede im Behandlungsergebnis zwischen Patientinnen mit und ohne komorbide PD.

Die Stichprobe, welche in diese Publikation einfließt, bestand aus $N = 487$ weiblichen Patienten im Alter zwischen 25 und 45 Jahren ($M = 35$, $SD = 6.17$ zu T1). Die depressive Symptomausprägung wurde anhand des BDI (Hautzinger et al., 1995), der HAMD (Hamilton, 1967) sowie der Subskala „Depressivität“ der SCL-90-R (Franke, 2002) erfasst. Eine Einschätzung der allgemeinen Belastungsschwere erfolgte durch den aggregierenden Belastungsindex GSI („Global Severity Index“) dieses Fragebogens, den BSS (Schepank, 1995) sowie den selbstgenerierten Selbstbeurteilungsfragebogen SBB (Franz et al., 2015). Zudem erfolgte eine Einordnung des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus der Patientinnen mittels des GAF (Hall, 1995; vgl. Saß et al., 2003). Soziodemographische und klinische Daten wurden durch selbstgenerierte Selbst- und Fremdauskunftsfragebögen erfasst (BPT bzw. BTT; s. Abschnitt 2.3).

In allen verwendeten klinisch-psychometrischen Zielmaßen zeigten sich bei Vergleich der T1- und T2-Werte hohe Effektstärken (Cohen, 1988; Durlak, 2009) im Sinne eines statistisch und klinisch bedeutsamen Symptomrückgangs. Im BDI reduzierte sich der Mittelwert des Gesamtwerts von $M = 26.28$ ($SD = 9.07$) zu T1 auf $M = 14.03$ ($SD = 11.08$) zu T2 ($p < .01$), was einer Effektstärke von $g = 1.20$ und somit einer hohen Effektstärke entspricht. Der Skalenwert der SCL-90-R-Subskala „Depressivität“ reduzierte sich von $M = 1.97$ ($SD = .76$) zu T1 auf $M = 1.20$ ($SD = .83$) zu T2 ($p < .01$), was ebenfalls einer hohen Effektstärke ($g = .97$) entspricht. Die subjektive allgemeine Belastung reduzierte sich von T1 zu T2 ebenfalls bedeutsam (SBB-Gesamtwert T1: $M = 7.72$ ($SD = 2.38$), T2: $M = 4.65$ ($SD = 2.59$), $g = 1.23$; GSI T1: $M = 1.39$ ($SD = .60$), T2: $M = .90$ ($SD = .63$), $g = .80$; jeweils $p < .01$). Die Befunde

rückläufiger Symptomlast in Selbsteinschätzungsinventaren fanden in den eingesetzten Fremdbeurteilungsverfahren Bestätigung. So reduzierte sich der HAMD-Gesamtwert von zunächst $M = 20.00$ ($SD = 7.68$) zu T1 auf $M = 10.36$ ($SD = 7.21$) zu T2, was einer hohen Effektstärke von $g = 1.29$ entspricht. In den Verfahren BSS und GAF zeigten sich Effektstärken, welche als (sehr) hoch einzuschätzen sind (BSS T1: $M = 7.58$ ($SD = 1.37$), T2: $M = 4.70$ ($SD = 1.84$), $g = 1.78$; GAF T1: $M = 47.33$ ($SD = 9.36$), T2: $M = 63.61$ ($SD = 11.31$), $g = -1.57^5$; jeweils $p < .01$).

Bei Überprüfung eines zusätzlichen Nutzens kombinierter psychotherapeutischer und medikamentöser Interventionen durch Vergabe von Antidepressiva zeigten sich Patientinnen mit zusätzlicher antidepressiver Medikation⁶ in BDI und HAMD zu T1 sowie zu T2 statistisch signifikant stärker belastet. Nach kovarianzanalytischer Eliminierung eines Einflusses durch unterschiedliche Ausgangsbelastungen, ließ sich kein bedeutsamer additiver Nutzen einer zusätzlichen antidepressiv-medikamentösen Behandlung nachweisen. Varianzanalytisch zeigte sich entsprechend kein signifikanter Interaktionseffekt Gruppe x Zeit (BDI: $F(1,353) = .26$, $p = .61$; HAMD: $F(1,345) = 1.39$, $p = .24$).

Erste Überprüfungen differenzieller Wirksamkeitsunterschiede erfolgten durch Vergleiche depressiver Patientinnen mit und ohne komorbide PD in den Zielmaßen BDI- und HAMD-Gesamtwert. In beiden Fragebögen zur Erfassung depressiver Symptomausprägung waren die Mittelwerte der beiden Gruppen zu T1 jeweils vergleichbar ($p = n.s.$), zu T2 waren die Mittelwerte der Patientinnen mit komorbider PD gegenüber denen der Patientinnen ohne komorbide PD signifikant höher ($p < .01$). Varianzanalytisch wurde dementsprechend eine Interaktion Gruppe x Zeit für beide Zielmaße deutlich (BDI: $F(1,336) = 6.54$, $p < .05$; HAMD: $F(1,328) = 10.70$, $p < .01$).

Zusammenfassend können die Befunde als weiterer Hinweis auf die Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie angesehen werden.

⁵ Der negative Wert ergibt sich durch die negative Polung des Verfahrens.

⁶ Einnahme musste hier über mindestens 50% der individuellen stationären Behandlungsdauer bestanden haben.

2.4.2 Publikation II: Depression und komorbide Persönlichkeitsstörung – Effekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Seidler et al., 2017a)

Diese Publikation griff die ersten Befunde zu geringerem Behandlungsprofit komorbid persönlichkeitsgestörter Patientinnen auf und verfolgte diese weiter. Es wurden die folgenden *Hypothesen* aufgestellt:

1. Der geringere Behandlungseffekt bei Patientinnen mit komorbider PD, welcher bereits in BDI und HAMD erkennbar wurde, zeigt sich auch in den übrigen klinischen Fragebogen-Inventaren.
2. Signifikante Unterschiede zwischen Patientinnen mit und ohne komorbide PD lassen sich auch im psychodynamischen Zielmaß der Reife der strukturellen Persönlichkeits- und Abwehrorganisation im Sinne einer ausgeprägteren Pathologie bei Patientinnen mit komorbider PD beschreiben (IPO-2001; Clarkin et al., 1998; Clarkin et al., 2001; Dammann et al., 2002).

Die formulierten Hypothesen wurden anhand der bereits in den Kapiteln 2.1 und 2.4.1 beschriebenen Stichprobe überprüft, wobei sich der Stichprobenumfang auf Patientinnen mit eindeutiger ICD-10-Diagnose (komorbide PD ja/nein) beschränkte. Zusätzlich zu den oben bereits dargestellten Fragebögen (s. Abschnitt 2.4.1) wurden Daten des IPO-2001 (Clarkin et al., 1998; Clarkin et al., 2001; Dammann et al., 2002) und des FSozU (Fydrich et al., 2007) zur Prüfung unterschiedlicher Persönlichkeitsorganisation und subjektiver sozialer Einbindung sowie des Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztests (MWT-B; Lehrl, 1999) zur Abklärung eines konfundierenden Einflusses unterschiedlicher Intelligenzniveaus in den beiden Gruppen herangezogen (s. Abschnitt 2.3).

Die bereits für BDI und HAMD dargestellten Befunde vergleichbarer Ausgangsbelastung (T1) bei Patientinnen mit und ohne komorbide PD und höherer allgemeiner und depressionstypischer Symptomausprägung komorbid persönlichkeitsgestörter Patientinnen zu T2 wurden erwartungsgemäß in nahezu allen klinischen Zielmaßen bestätigt. Abgesehen von der Subskala „Somatisierung“ der SCL-90-R, in welcher sich Patientinnen mit und ohne komorbide PD weder zu T1 noch zu T2 bedeutsam unterschieden, ließ sich in allen Inventaren eine vergleichbare Ausgangsbelastung (T1) zwischen den Gruppen mit und ohne komorbide PD sowie eine signifikant höhere Symptomausprägung komorbid persönlichkeitsgestörter Patientinnen zu T2 beschreiben. Trotz der Unterschiede profitierten beide Subgruppen signifikant von der stationären Behandlung, Effektstärken waren in der Gruppe ohne komorbide PD jedoch in allen Fragebögen höher. So fand sich z. B. in der Subgruppe ohne komorbide PD im Fragebogen BDI eine Effektstärke (T1 - T2) von $g = 1.32$ und im GSI der

SCL-90-R ein Wert (T1 - T2) von $g = .93$, während die Gruppe mit komorbider PD Werte von $g = .95$ (BDI) bzw. $.60$ (GSI) aufwies. Auch unterschieden sich die beiden Gruppen zu T1 hinsichtlich ihrer subjektiven Einschätzung sozialer Unterstützung dahingehend, dass sich Patientinnen ohne komorbide PD signifikant besser unterstützt sahen. Es ließen sich im Gegensatz zu den klinisch-deskriptiven Maßen (u. a. BDI, HAMD, GSI) bereits zu T1 bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Pathologie der Persönlichkeitsorganisation (IPO-2001) beschreiben. Es zeigten sich bereits zum Aufnahmezeitpunkt im Gesamtwert sowie in fast allen Subskalen (außer Subskala „Realitätsprüfung“) signifikante Gruppenunterschiede in Form einer unreiferen Persönlichkeitsorganisation in der Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patientinnen. Zu T2 waren diese Unterschiede weiterhin vorhanden und in allen Subskalen sowie dem Gesamtwert statistisch signifikant. Dementsprechend waren die (bei diesem Zielmaß insgesamt ohnehin geringen) Effektstärken in der Gruppe mit komorbider PD in allen IPO-Skalen kleiner als in der Gruppe ohne komorbide PD. Um einen gegebenenfalls konfundierenden Einflusses des allgemeinen Belastungsempfindens auf diesen Befund zu prüfen, wurde exemplarisch die Berechnung für den IPO-Gesamtwert im Rahmen einer Kovarianzanalyse um den Einfluss des GSI-Wertes bereinigt. Die Gruppenunterschiede im Gesamtwert des IPO blieben über beide Messzeitpunkte hinweg weiterhin signifikant. Bedeutsame Unterschiede im Intelligenzniveau (MWT-B) zwischen den Gruppen ließen sich nicht finden, sodass ein konfundierender Einfluss der Intelligenz auf die Befunde ausgeschlossen werden konnte. Die formulierten Hypothesen können zusammenfassend als bestätigt angesehen werden.

2.4.3 Publikation III: Langzeiteffekte tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie bei Depressionen - Katamnesebefunde der STOP-D-Studie (Seidler et al., 2019a)

Die dritte Veröffentlichung befasste sich mit der Überprüfung der langfristigen Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei Depressionen, bzw. mit der Stabilität der zu T2 erfolgten Symptomrückgänge. Durch Daten der T3-Erhebung (Sechs-Monats-Katamnese) sollte folgende *Hypothese* geprüft werden:

1. Die zu T2 erfolgten Symptomrückgänge zeigen sich auch zu T3 stabil.

Darüber hinaus sollte der Frage nachgegangen werden, ob Unterschiede zwischen der T3-Stichprobe und Patientinnen, welche die Studie nach der T2-Erhebung verlassen haben (Drop-out), bestanden.

Aufgrund der Drop-outs und, da die Überprüfung der Hypothese mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung über die drei Zeitpunkte der Datenerfassung (T1, T2, T3) erfolgte, reduzierte sich die zugrundeliegende Stichprobe in dieser Publikation auf N = 291 Patientinnen (entspricht 59.8% der T1-Stichprobe). Zur Kontrolle denkbarer Verzerrungen durch selektiven Drop-out erfolgte ein Vergleich der Mittelwertunterschiede in klinischen Belastungskennwerten, soziodemografischen Variablen sowie den Variablen Substanzkonsum und Intelligenz (Daten je zu T1) zwischen der Katamnesestichprobe und der Ausgangsstichprobe. Außerdem wurde geprüft, ob sich die Gruppe der Studienabbrecherinnen zwischen T2 und T3 hinsichtlich ihrer Belastungsschwere oder relevanter Co-Variablen (vorzeitiges vs. geplantes Behandlungsende; der subjektiven Einschätzung, von der Behandlung profitiert zu haben), relevant von der Katamnesestichprobe unterschied (Daten zu T2). Weiterhin wurde ein Einfluss zusätzlicher medikamentöser Behandlung durch Antidepressiva im Katamnesezeitraum kontrolliert.

Die Drop-out-Analysen konnten keinen bedeutsamen Unterschied zwischen Patientinnen der T3-Stichprobe und der Ausgangsstichprobe in klinischen und soziodemographischen Variablen (Alter, Anzahl der Kinder, Partnerschaft, Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, Nettoeinkommen) sowie hinsichtlich Substanzabusus, des Intelligenzquotienten und der sozialen Unterstützung beschreiben (Vergleich der Werte zu T1). Es zeigte sich eine geringere Studienteilnahme zu T3 in der Patientinnengruppe mit ungeplantem stationärem Behandlungsende. Zudem zeigte sich eine höhere depressive Symptomlast (BDI- und HAMD-Gesamtwert zu T2) bei Drop-out-Patientinnen nach T2 und es deuteten sich Unterschiede zwischen der T3-Stichprobe und den Drop-out-Patientinnen nach T2 hinsichtlich des subjektiven Behandlungsergebnisses an.

Der Rückgang der allgemeinen und depressionstypischen Symptomausprägung kann zu T3 im Wesentlichen als stabil beschrieben werden. In BSS und GAF fand sich eine weiterführende Reduktion der allgemeinen Belastungsschwere mit geringen Effektstärken. Patientinnen mit und ohne medikamentöse Behandlung im Katamnesezeitraum profitierten im Sinne stabiler Mittelwerte (T2 vs. T3), jedoch beschrieben zusätzlich medikamentös behandelte Patientinnen in allen klinischen Zielmaßen zu beiden Zeitpunkten eine höhere Belastungsschwere. Da über 80% der Patientinnen der T3-Stichprobe eine weiterführende therapeutische Unterstützung nach T2 angab, konnten zusätzliche, die Symptomrückgänge zu T2 stabilisierende Faktoren hier nicht differenziert werden. Es lässt sich aufgrund der hohen post-stationären Behandlungsdichte jedoch annehmen, dass die stationäre Behandlung zur Durchführbarkeit ambulanter Therapie beigetragen haben könnte, was zu den Zielen stationärer Psychotherapie zählt.

3. Zusammenfassende Diskussion

Die Ergebnisse liefern starke Hinweise auf die Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei depressiven Störungen und unterstützen somit bestehende Befunde (Franz et al., 2000; Herrmann u. Huber, 2013; Zeeck et al., 2015; Zeeck et al., 2016). STOP-D konnte darüber hinaus dazu beitragen, die noch immer bestehende, lückenhafte Datenlage zur Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlungen weiter zu schließen (Liebherz u. Rabung, 2013; Franz et al., 2015; Valdés-Stauber et al., 2018).

Aus den Befunden der ersten Publikation zu STOP-D geht hervor, dass sich die allgemeine psychische Belastungsschwere sowie die depressive Symptomlast stationär behandelte Patientinnen in einem tiefenpsychologisch ausgerichteten Behandlungssetting rückläufig darstellen (Franz et al., 2015; vgl. Kapitel 2.4.1). Neben einem statistisch signifikanten Symptomrückgang geben hohe bis sehr hohe Effektstärken Anhalt für die klinische Bedeutsamkeit dieses Rückgangs. Dies wird unterstützt durch einen abnehmenden mittleren BDI-Gesamtwert, welcher zu Therapiebeginn (T1) einer schweren, zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung (T2) einer mittelgradigen depressiven Störung entspricht (Hautzinger et al., 1995). Zu T1 wiesen 363 Patientinnen eine schwergradige depressive Störung auf (entspricht 81.6% der T1-Stichprobe), dieser Wert reduzierte sich zu T2 auf 120 Patientinnen (entspricht 29.4% der T2-Stichprobe). Das Beck-Depressions-Inventar zählt zu den am häufigsten verwendeten Selbstbeurteilungsverfahren zur Einschätzung depressiver Symptomlast und gilt als hoch-sensitiv hinsichtlich Veränderungen (Keller, 2000). Die Befunde im BDI werden gefestigt durch die vergleichbaren Effektstärken in der HAMD, welche ebenfalls einen (klinisch) bedeutsamen Symptomrückgang beschreiben. Wie BDI zählt auch HAMD zu den am häufigsten eingesetzten Verfahren zur Einschätzung depressiver Schweregrade (Stieglitz, 2012; vgl. auch Abschnitt 2.3.3 und 2.3.4).

Hinzuweisen ist auf den Einschluss auch von Patientinnen mit subklinischer Depressionsausprägung (s. Abschnitt 2.1). So wurden beispielsweise auch Patientinnen mit Dysthymie Störung (ICD-10: F34.1) oder einer mittelgradigen depressiven Störung nach BDI (Gesamtscore mindestens 11 zu T1) - und dann unabhängig vom Vorliegen einer ICD-Diagnose - in die Studie eingeschlossen. Dies schränkt den möglichen Rückgang an Depressionsausprägung aufgrund einer geringeren Ausgangsbelastung möglicherweise ein. Dem entsprechend könnten sich diese mittelgradigen Symptomausprägungen zu T1 auf die zu erwartenden Effektstärken im Behandlungszeitraum reduzierend ausgewirkt haben. Aufgrund der auch bei subklinischen depressiven Symptomausprägungen und Dysthymie bedeutsamen Belastungen für Betroffene (Markowitz, 1998; Krannich et al., 2013) sowie bedeutsamer Prävalenzen und langfristiger Krankheitsverläufe mit erhöhter

Komorbiditätsneigung, welche oft auch maladaptive Persönlichkeitsstrukturen einschließen (Bronisch, 2006; Wittchen et al., 2010; Markkula et al., 2015), wurden diese Einschränkungen bewusst in Kauf genommen.

In Zusammenhang mit dem vorgenommenen Studien-Einschluss der Patientinnen über eruierbare ICD-10-Kriterien kann darüber hinaus - und nicht zuletzt auf Basis eines tiefenpsychologischen Verständnisses - diskutiert werden, ob eine Einteilung von psychisch beeinträchtigten Personen nach ICD-10 der Abbildung eines hintergründigen Konflikt-Mechanismus ausreichend gerecht wird, da biographisch begründete Persönlichkeitszüge Betroffener, zugunsten einer rein deskriptiven Symptombeschreibung, kaum Beachtung finden (Wolfersdorf, 2008). Dies konnte durch den zusätzlichen Einbezug eines dimensionalen Einschlusskriteriums, welches die subjektive Symptomausprägung nach dem BDI-Gesamtwert zu T1 in den Vordergrund stellte, im Ansatz reduziert werden. Kritisch diskutiert werden kann hier jedoch, dass das nach keiner ätiologischen Theorie konstruierte Beck-Depressions-Inventar seinerseits ebenfalls an deskriptive Symptombeschreibungen nach DSM-III und in späteren Modifikationen an DSM-IV (Saß et al., 2003) angelehnt ist (Hautzinger et al., 1994; Hautzinger et al., 2009). Den Anmerkungen von Wolfersdorf (2008) entsprechend hätte bei den Einschlusskriterien in die Studie STOP-D eine weitreichendere biographische Berücksichtigung, z. B. bzgl. früherer Objektbeziehungen, sinnvoll erscheinen können. Inwieweit dies bei der Vergabe der Diagnosen in den teilnehmenden Kliniken möglich war, bzw. Berücksichtigung fand, kann an dieser Stelle nicht ausreichend eingeschätzt werden.

Ergänzend zur stationären Psychotherapie medikamentös mittels Antidepressiva behandelte Patientinnen wiesen zu T1 im Mittel höhere Werte in depressionsspezifischen Zielmaßen auf (BDI, HAMD) als Patientinnen, welche keine (oder nur kurzzeitige) antidepressive Medikation erhielten. Dieser Unterschied bestand auch zu T2 weiter fort, sodass anhand der Daten kein klarer Hinweis auf einen zusätzlichen Nutzen ergänzender antidepressiver Medikation ersichtlich erscheint. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass hier lediglich erste Hinweise auf einen nicht erkennbaren additiven Nutzen antidepressiver Medikation berichtet werden können. Es wurden zur Gruppe der Patientinnen, welche ergänzende antidepressive Medikation erhielten, solche gerechnet, welche diese Medikation über mindestens 50% der individuellen stationären Behandlungsdauer erhielten. Nicht differenziert wurde hier die Dosis sowie der tatsächliche Vergabezeitraum, sodass nicht überprüft werden kann, ob eine gewünschte Zieldosis in diesem Zeitraum bereits erreicht wurde oder, ob der Zeitrahmen für einen Wirksamkeitseintritt, mit Blick auf eine Wirklatenz von etwa zwei Wochen (Engel et al., 2014), gegebenenfalls zu kurz gewesen sein könnte. Auch wurde nicht näher untersucht, ob bereits eine Vormedikation zum Aufnahmezeitpunkt bestand und medikamentöse Umstellung

während der stationären Behandlung konnten aufgrund der lediglich dreimaligen Datenerfassung (T1, T2, T3) ebenfalls nicht ausreichend dokumentiert werden. Zudem kann ein Einfluss durch Vergabe psychopharmakologisch wirksamer Medikation aus anderen Indikationsbereichen (z. B. Tranquilizer, Neuroleptika, somatisch wirksame Medikamente) nicht ausgeschlossen werden. Auch mit Blick auf die dargestellten Befunde zur geringen Wirksamkeit psychopharmakologisch antidepressiver Medikation in der Literatur (s. Kapitel 1.4), den in diesem Zusammenhang häufig zu erwartenden unerwünschten Nebenwirkungen, den hohen Non-Responder-Raten sowie der hohen Anzahl medikamentös mittels Antidepressiva behandelter Patienten und der damit einhergehenden Diskussionen (Kirsch et al., 2002; Kirsch et al., 2008; Schauenburg u. Bschor, 2013; Bschor, 2013; Bschor, 2016; Padberg, 2018; Cipriani et al., 2018) erscheint hier weitere Forschung sinnvoll.

Hiervon abgesehen ist bei den hier dargestellten STOP-D-Befunden grundsätzlich auch ein Einfluss durch Spontanheilung oder eines psychotherapeutischen Placeboeffekts denkbar (Brown, 1994; Baskin et al., 2003; Wampold et al., 2007), welcher durch das settingbedingte Fehlen einer Kontrollgruppe im Rahmen der Studie nicht sicher eingeschätzt werden kann. In der Darstellung von Baskin et al. (2003) zeigten sich Therapiegruppen Placebogruppen bedeutsam überlegen. Glichen sich die Sitzungen der Placebo- und der Therapiegruppe quantitativ sowie hinsichtlich des Settings (z. B. Einzel, Gruppe, Familie) jedoch nur mit einer Effektstärke von $d = .15$. Demzufolge müssten auch die Befunde vorliegender Studie von möglichen Placeboeffekten bereinigt werden. Hierbei stellt sich jedoch nicht nur der Umstand, dass die Begriffe *Placebo* und *Placeboeffekt* als solche uneinheitlich definiert sind als hinderlich heraus, sondern auch settingbedingte Umstände im komplexen psychotherapeutischen Kontext, welche eine notwendige Trennung zwischen Wirkfaktor und „Placebobestandteilen“ nahezu unmöglich erscheinen lassen (Blease et al., 2016). Zur genauen Bestimmung von Placeboeffekten wäre zudem ein Doppel-Blind-Setting notwendig, welches im psychotherapeutischen Kontext durch die generellen Kenntnisse des Patienten bezüglich des klinischen Settings und des Therapeuten über seine Arbeit kaum durchführbar erscheint (Blease et al., 2016). Legt man die Definition von Shapiro u. Shapiro (1997) zugrunde, welche Placeboeffekte als nichtspezifische psychologische und psychophysiologische Mechanismen, welche durch Placebo bedingt sind, beschreibt, würde dies auch unspezifische Faktoren, wie die therapeutische Beziehung, das Therapeutenverhalten oder Behandlungserwartungen von Patienten einbeziehen (Blease et al., 2016), welche (falls überhaupt möglich) in der vorliegenden Studie nicht zu kontrollieren waren.

Neben unspezifischen, hier nicht zu kontrollierenden Wirkfaktoren, können darüber hinaus settingbedingte Einflüsse nicht ausgeschlossen werden. Zum einen unterlag die Studie Einschränkungen durch das naturalistische Design, was zur Abbildung von Effekten einer praxisnahen Versorgungssituation und einer Patienten Klientel der klinischen Alltagswelt in Kauf genommen wurde (Jakobsen et al., 2008; Leichsenring et al., 2008; Kaiser et al., 2020). Zudem stellen psychotherapeutische Behandlungen kein einheitliches Konstrukt dar, sondern sind zumeist auf die betroffenen Patienten ausgerichtet und unterliegen Abweichungen zwischen den Kliniken (Rudolf et al. 2004). Dem entsprechend wenig ließen sich die Quantität und Qualität der therapeutischen Interventionen sowie die Fallzahlen in den teilnehmenden Kliniken standardisieren, zumal sowohl die Aufenthaltsdauer als auch die angewendeten Therapiedosen einer adaptiven Indikationsstellung auf der Grundlage klinischer Beeinträchtigungen unterlegen haben dürften.

In Ergänzung zu diesem Diskussionspunkt konnte, neben dem Fehlen einer Kontrollgruppe, aufgrund der bestehenden Versorgungspfade, auch keine randomisierte Zuweisung zu den teilnehmenden 15 Kliniken erfolgen (Franz et al., 2015), weshalb ein regionaler Einfluss hinsichtlich Behandlung, Diagnosestellung und Versorgung nicht ausgeschlossen werden kann (Melchior et al., 2014). So bestehen z. B. Hinweise, dass im Süden Deutschlands ein tendenziell geringerer Anteil leitlinienkonformer Behandlung feststellbar ist, wobei anzumerken ist, dass in dieser Darstellung nicht-fachspezifische Behandlungsformen (z. B. durch Hausärzte) inkludiert sind und darauf hingewiesen wird, dass der Anteil leitlinienorientierter Versorgung mit der Anzahl fachspezifischer Behandler positiv korreliert (Melchior et al., 2014). Es wird zudem darauf hingewiesen, dass sich regionale Unterschiede bzgl. der Häufigkeit komorbider Störungen beschreiben lassen (Melchior et al., 2014). In der Studie STOP-D wurden zwar Unterschiede hinsichtlich des Therapieoutcomes bei komorbid persönlichkeitsgestörten Patientinnen beschrieben (s. Kapitel 2.4.2), jedoch wurden Einflüsse weiterer komorbider Störungen (z. B. Angststörungen, PTBS, Essstörungen) darüber hinaus nicht eingehender untersucht. Je nach Quelle lassen sich bei 60-79% der depressiv erkrankten Menschen komorbide Störungen feststellen (Melartin et al., 2002; Wittchen et al., 2010), welche einen Einfluss auf Behandlung und Verlauf der Depressivität darstellen können (DGPPN et al., 2017). Auswirkungen komorbider Symptomkomplexe auf die Effekte der stationären tiefenpsychologischen Behandlung können somit auch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht ausgeschlossen werden und bedürfen weiterer Abklärung. Diskutiert werden kann auch, ob die Betrachtung komorbid persönlichkeitsgestörter Patientinnen in einer einzigen Subgruppe ausreichend aussagekräftig ist. In der Studie STOP-D wurden Patientinnen mit einer komorbiden PD verglichen mit Patientinnen ohne zusätzliche PD-Diagnose (Seidler et al., 2017a; vgl. Kapitel 2.4.2). Es kann diskutiert werden, ob dies der

Unterschiedlichkeit verschiedener Persönlichkeitsstörungen, mit teilweise erheblich voneinander abweichenden Bedürfnissen und (dysfunktionalen) Interpretationsmustern (Sachse et al., 2011), ausreichend gerecht wird. Differenzielle Auswertungen erscheinen hier sinnvoll.

In der Studie STOP-D wies der relativ größte Anteil (26.8%) der Subgruppe mit komorbider PD eine emotional instabile PD (ICD-10: F60.3x) auf. Zu prüfen bleibt, ob die dargestellten Befunde (s. Kapitel 2.4.2) auf alle Subgruppen mit verschiedenen PD, bzw. auch auf Personen mit zwei oder mehreren komorbiden PD, übertragbar sind. Da (aufgrund uneindeutiger oder lückenhafter Diagnosedaten bei einem Teil der Patientinnen) lediglich 377 der insgesamt 487 in die Studie eingeschlossenen Patientinnen für Subgruppenvergleiche zwischen Patientinnen mit und ohne komorbide PD herangezogen werden konnten, können Verzerrungen zudem nicht sicher ausgeschlossen werden.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass nicht in allen der teilnehmenden Kliniken eine standardisierte diagnostische Abklärung eventueller Persönlichkeitsstörungen vorgenommen wurde (z. B. Durchführung eines Strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II; SKID-II; Wittchen et al., 1997; Fydrich et al., 1997), sodass die Einteilung in Patientinnen mit und ohne komorbide PD gegebenenfalls eingeschränkt valide erscheint. Da bei der Kategorisierung der Patientinnen in die Subgruppen mit und ohne komorbide PD jedoch eventuelle PD-Diagnosen zu T2 herangezogen wurden, ging dieser Einteilung die stationäre Behandlung voraus. Somit kann eine ausreichende Kenntnis der einzelnen Patientinnen durch die Behandlerin oder den Behandler angenommen werden. Zudem lassen die störungskonformen Unterschiede in IPO-2001 und FSozU zwischen den Patientinnen mit und ohne komorbide PD die Diagnosen bzw. Gruppenzuweisungen ausreichend valide erscheinen (Seidler et al, 2017a).

In Hinblick auf die möglichen Einflüsse komorbider Störungen auf den Behandlungsverlauf, stellt auch die Suche nach möglichen (weiteren) Prädiktoren für unterschiedliche Behandlungsverläufe einen wichtigen, hier noch nicht dargestellten, Gesichtspunkt depressionsspezifischer Forschung dar (Cuijpers et al., 2005; Keller u. Hautzinger, 2007; Pöhlmann et al., 2008; Hunter et al., 2010; Altmann et al., 2015). Studien weisen oftmals auf das Vorliegen unterschiedlicher Verlaufsmuster im Therapie- oder Langzeitverlauf hin, welche mit Prädiktoren in Zusammenhang zu stehen scheinen, wie z. B. der Einfluss der initialen Belastungsschwere oder sozialer Belastungsfaktoren (Cuijpers et al., 2005; Pöhlmann et al., 2008; Altmann et al., 2015). Auch die Daten von STOP-D machen hier weitere Auswertungsschritte grundsätzlich möglich (Seidler et al., in press).

Weitestgehend offen bleibt zunächst auch, in wie weit die vornehmlich tiefenpsychologische Ausrichtung der stationären Depressionsbehandlung zu bedeutsamen Änderungen in psychodynamischen Bereichen, wie z. B. einer Konfliktabwehr, geführt hat, bzw. in wie weit ein Rückgang depressionstypischer und allgemeiner Belastungsschwere mit solchen Veränderungen korreliert. Zwar konnte gezeigt werden, dass die stationäre Depressionsbehandlung auch zu Veränderungen in der Persönlichkeitsorganisation beizutragen scheint (vgl. Abschnitt 2.4.2), in wie fern zugrundeliegende unbewusste Konflikte einen Einfluss auf das Outcome einer Therapie darstellen oder durch diese reduziert werden können, soll jedoch an anderer Stelle näher beleuchtet werden (Jenett, 2020; Franz et al., 2020)

Zudem bleibt fraglich, ob sich die anhand einer rein weiblichen Stichprobe erbrachten Befunde der Studie ohne Weiteres auf männliche depressive Patienten übertragen lassen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich depressiver Symptome werden bereits seit Anfang der 1990er Jahren diskutiert (Hautzinger, 1991). Auch aktuellere Ausführungen weisen auf Geschlechtsunterschiede bei depressiven Erkrankungen hin (Möller-Leimkühler, 2000; Wolfersdorf et al., 2009) und zeigen Differenzen in Abhängigkeit des Geschlechts hinsichtlich Diagnostik, Symptomatik und Therapie auf (Gruber u. Grube, 2016). Zwar werden bezüglich depressiver Störungen allgemein höhere Prävalenzraten bei Frauen berichtet (Wittchen et al., 2010; Busch et al., 2013) und insbesondere die Wahrscheinlichkeit an einer rezidivierend oder chronisch verlaufenden Depression zu erkranken scheint bei Frauen erhöht (Wittchen et al., 2010). Jedoch lassen sich bei der Symptomausprägung psychosoziale Belastungen, Rollenstereotypen und Geschlechterrollen als wichtige Einflussfaktoren auf das klinische Erscheinungsbild und auf Behandlungen darstellen (Möller-Leimkühler, 2005). Psychosomatische und vegetative Beschwerden werden im Allgemeinen eher als „weiblich“ konnotiert, während erhöhter Alkoholkonsum, vermehrte Suizidraten, gesteigerte Aggressivität und Irritierbarkeit als mit männlichen Rollenaspekten in Zusammenhang stehende Symptome verstanden werden (Möller-Leimkühler, 2005; Rößner et al., 2017). Frauen schätzen sich zudem in Selbstbeurteilungsskalen insgesamt belasteter ein als Männer (Wolfersdorf et al., 2006). Männer hingegen weisen, bei insgesamt seltenerem hilfesuchenden Verhalten, höhere depressive Beeinträchtigungen bei stationärer Aufnahme sowie höhere Suizidraten auf (Möller-Leimkühler, 2000; Wolfersdorf et al., 2006; Wolfersdorf et al., 2009). Behandlungen legen eine Definition von Gesundheit und Krankheit zugrunde, welche primär auf weibliche Symptomkomplexe abgestimmt ist (Sammet et al., 2006). Therapeutische Ansätze gehen auf geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Ausprägung, Häufigkeit und Verlauf psychischer Symptomlast jedoch kaum ein, sodass sie geschlechtsspezifischen Bedürfnissen,

Belastungen und Geschlechternormen oft nicht gerecht werden (Möller-Leimkühler, 2005). Nicht nur hinsichtlich der depressionstypischen Symptomausprägung, sondern auch hinsichtlich der Persönlichkeitsorganisation deuten sich Unterschiede an. So konnten Zimmermann et al. (2015) nicht nur Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen, sondern auch geringe, jedoch statistisch bedeutsame, Unterschiede zwischen den Geschlechtern beschreiben. Da die Studie STOP-D lediglich Daten weiblicher Patienten im Alter zwischen 25 und 45 Jahren beinhaltet, bleibt eine Übertragbarkeit bzw. Deutbarkeit für männliche depressive Patienten fraglich. Hier erscheint weiterführende Forschung notwendig und sinnvoll (Seidler et al., 2017b; Seidler et al., 2019b).

4. Literatur

- Abraham, K. (2012; Original 1911). *Giovanni Segantini - Ein Psychoanalytischer Versuch*. Paderborn: Outlook Verlagsgesellschaft mbH.
- Altmann, U., Steyer, R., Kramer, D., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., von Heymann, F., Auch, E., Bruckmeyer, E., Pfaffingen, I., Fembacher, A. & Strauß, B. (2015). Verlaufsmuster depressiver Störungen bei ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und deren Vorhersage. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61, 156-172.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.Ed.). Arlington, V.A.: APA.
- Auchter, T. & Strauss, L.V. (2003). Wörterbuch. In: Auchter, T. & Strauss, L.V., *Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse* (2. überarbeitete Ed.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Barghaan, D., Harfst, T., Watzke, B., Dirmaier, J., Koch, U. & Schulz, H. (2007). Merkmale stationärer psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland. *Psychotherapie im Dialog*, 8, 79-84.
- Baskin, T.W., Tierney, S.C., Minami, T. & Wampold, B.E. (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy; A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 973-979.
- Baumann, U. (1976). Methodische Untersuchungen zur Hamilton-Depression-Skala. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 222, 359–375.
- Beblo, T. & Lautenbacher, S. (2006). Ätiologie der Depression und der assoziierten funktionellen Defizite. In: Beblo, T. & Lautenbacher, S., *Neuropsychologie der Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A.T. (1986). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Benkert, O. (1979). Biochemische Grundlagen der Depression. *Klinische Wochenschrift*, 57, 651-660.
- Berger, M. & van Calker, D. (2004). Affektive Störungen. In: Berger, M. (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (2. Ed.). München: Urban & Fischer.

- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., Boedijn, G. & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 44–60.
- Berrios, G.E. & Bulbena-Villarasa, A. (1990). The Hamilton Depression Scale and the Numerical Description of the Symptoms of Depression. In: Bech, P. & Coppen, A. (Hrsg.), *The Hamilton Scales. Psychopharmacology Series* (Vol. 9). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Besier, T., Goldbeck, L. & Keller, F. (2008). Psychometrische Gütekriterien des Beck-Depressions-Inventars II (BDI-II) bei jugendpsychiatrischen Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 63-68.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Blaeser-Kiel, G. (2013). Depressive Störungen: Einzigartiges Wirkprinzip erweitert das therapeutische Repertoire. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, A-729.
- Blease, C., Trachsel, M. & grosse Holtforth, M. (2016). Paternalismus und Placebos: Die Herausforderung der ethischen Aufklärung in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 26, 22-30.
- Böker, H. (2006). Melancholie, Depression und affektive Störungen - Zur Entwicklung der psychoanalytischen Depressionsmodelle und deren Rezeption in der klinischen Psychiatrie. In: Böker, H. (Hrsg.), *Psychoanalyse und Psychiatrie - Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Heidelberg: Springer.
- Borsboom, D., Cramer, A. & Kalis, A. (2018). Brain disorders? Not really... Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Science*, 42, 1-54.
- Bosch, O.G. & Breitenstein, B. (2015). Biomarker in der Depressionsbehandlung: Mehr als nur Worte?. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63, 217-232.
- Brakemeier, E.L., Normann, C. & Berger, M. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression - Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51, 379-391.
- Bretschneider, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2, 81-88.
- Brink, C.B., Harvey, B.H. & Brand, L. (2006). Tianeptine: A Novel Atypical Antidepressant that May Provide New Insights into the Biomolecular Basis of Depression. *Recent Patents on CNS Drug Discovery*, 1, 29-41.

- Bronisch, T. (2006). Grundsätzliches zur Therapie der Dysthymie. In: Möller, H.J. (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen* (3. Ed.). Stuttgart: Thieme.
- Brown, W.A. (1994). Placebo as a Treatment for Depression. *Neuropsychopharmacology*, 10, 265-269.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock Press.
- Bschor, T. (2013). Psychopharmaka - Wirken Antidepressiva eigentlich?. *NeuroTransmitter*, 24, 20-27.
- Bschor, T. (2016). Psychopharmaka 2016 - eine kritische Bestandanalyse. *Die Psychiatrie*, 13, 180-186.
- Bschor, T. & Kilarski, L.L. (2016). Are antidepressants effective? A debate on their efficacy for the treatment of major depression in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16, 367-374.
- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.
- Cai, N., Chang, S., Li, Y., Li, Q., Hu, J., Liang, J., Song, L., Kretschmar, W., Gan, X., Nicod, J., Rivera, M., Deng, H., Du, B., Li, K., Sang, W., Gao, J., Gao, S., Ha, B., Ho, H.Y., Hu, C., Hu, J., Hu, Z., Huang, G., Jiang, G., Jiang, T., Jin, W., Li, G., Li, K., Li, Y., Li, Y., Li, Y., Lin, Y.T., Liu, L., Liu, T., Liu, Y., Liu, Y., Lu, Y., Lv, L., Meng, H., Qian, P., Sang, H., Shen, J., Shi, J., Sun, J., Tao, M., Wang, G., Wang, G., Wang, J., Wang, L., Wang, X., Wang, X., Yang, H., Yang, L., Yin, Y., Zhang, J., Zhang, K., Sun, N., Zhang, W., Zhang, X., Zhang, Z., Zhong, H., Breen, G., Wang, J., Marchini, J., Chen, Y., Xu, Q., Xu, X., Mott, R., Huang, G.J., Kendler, K. & Flint, J. (2015). Molecular Signatures of Major Depression. *Current Biology*, 25, 1146-1156.
- Cipriani, A., Furukawa, T.A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L.Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H.G., Turner, E.H., Higgins, J.P.T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J.P.A. & Geddes, J.R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391, 1357-1366.
- Clarkin, J.F., Martius, P., Dammann, G., Smole, S., & Buchheim, P. (1998). IPO – Inventory of Personality Organization: Ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 169–172.

- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A. & Kernberg, O.F. (2001). *The Inventory of Personality Organization*. The personality Disorders Institute, Weill College of Medicine of Cornell University. White Plains, NY.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coppen, A. (1967). The Biochemistry of Affective Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 113, 1237-1264.
- Cuijpers, P., van Lier, P.A.C., van Straten, A. & Donker, M. (2005). Examining differential effects of psychological treatment of depressive disorder: An application of trajectory analyses. *Journal of Affective Disorders*, 89, 137-146.
- Czopf-Danz, E. (2009). *Behandlungsergebnisse analytischer Psychotherapie in einer Psychotherapiestation einer Psychiatrischen Klinik* (Dissertation, Medizinische Fakultät). München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Dammann, G., Smole- Lindiger, S. & Buchheim, P. (2002). IPO- Inventar der Persönlichkeitsorganisation, In: Brähler, E., Schuhmacher, S & Strauss, B. (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, 217- 221. Göttingen: Hogrefe.
- Deary, I.J., Whalley L.J., Lemmon, H., Crawford, J.R. & Starr, J.M. (2000). The Stability of Individual Differences in Mental Ability from Childhood to Old Age: Follow-up of the 1932 Scottish Mental Survey. *Intelligence*, 28, 49-55.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019). *ICD-10-GM Version 2020, systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. Ed. Band II: Alphabetisches Verzeichnis. German Modification). Stuttgart: Kohlhammer.
- DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (2017). *S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Kurzfassung* (2. Ed., Version 1).
- Dillinger, H. & Freyberger, H.J. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (6. überarbeitete Ed. entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hans Huber.
- Doering, S. & Hörz, S. (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente. Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Duman, R.S., Heninger, G.R. & Nestler, E.J. (1997). A Molecular and Cellular Theory of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 54, 597-606.
- Durlak, J.A. (2009). How to Select, Calculate, and Interpret Effect Sizes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 917-928.

- Dworkin, R.J., Friedman, L.C., Telschow, R.L., Grand, K.D., Moffic, H.S. & Sloan, V.J. (1990). The longitudinal use of the Global Assessment Scale in multiple-rater situations. *Community Mental Health Journal*, 26, 335-344.
- Ebmeier, K.P., Donaghey, C. & Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367,153-167.
- Ehrke, A. (2013). *Untersuchungen zur Lebensqualität, Depressivität und Krankheitsverarbeitung von Hämodialysepatienten* (Dissertation, Medizinische Fakultät). Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.F. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Engel, A., Hiemke, C. & Tadic, A. (2014). Pharmakotherapie der Depression. *Psych up2date*, 8, 89-104.
- Faltermaier-Temizel, M., Bossert-Zaudig, S. & Laakmann, G. (1996). Untersuchung zur Schweregradeinteilung des depressiven Syndroms in drei Ambulanzstudien. In: Möller, H.J., Engel, R.R. & Hoff, P. (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Wien: Springer.
- Fischer, P. (2007). *Das Image der Psychotherapie - Eine Studie zum Image der Psychotherapie im psychotherapeutischen Kontext* (Dissertation, Fakultät der Human- und Gesellschaftswissenschaften). Oldenburg: Carl von Ossietzky-Universität.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C. & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level-meta-analysis. *JAMA*, 303, 47-53.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version* (2. vollständig überarbeitete Ed.). Göttingen: Beltz.
- Franz, M., Janssen, P., Lensehe, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G. & Heuft, G. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - Eine Multizenterstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 242-258.
- Franz, M., Seidler, D., Jenett, D., Schafer, R., Wutzler, U., Kammerer, W., Deters, M.A., Schauenburg, H., Becher-Dortschy, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Tress, W., Zeller, A., Beutel, M., Langenbach, M., Hoffmann, T., Habegger, R. & Hartkamp, N. (2015). Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen

Wirksamkeitsstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61, 19–35.

Franz, M., Jenett, D., Seidler, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Deters, M.A., Schauenburg, H., Becher-Dortschy, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Zeller, A., Beutel, M., Langenbach, M., Hoffmann, T., Habberger, R. & Hartkamp, N. (2020). Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie bei Depressionen – Veränderungen der depressionstypischen Symptomlast und psychodynamischer Zielmaße. *Psychotherapeut*, 65, 390–397.

Freud, S. (1946). Trauer und Melancholie. In: Freud, S. *Gesammelte Werke - Chronologisch geordnet*, 10. Band. *Werke aus den Jahren 1913 -1917*. London: Imago Publishing.

Freud, S. (1982; Original 1917). *Trauer und Melancholie*. Berlin: Volk und Welt.

Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M.C. & König, H.H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 32, 113–121.

Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.U. (1997). *SKID-II - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen, Interviewheft* (Deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe.

Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung, Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Green, A. (2011). *Die tote Mutter - Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus* (2. Ed.). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Grobe, T.G. & Steinmann, S. (2015). *Depressionsatlas - Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnung*. Techniker Krankenkasse (Hrsg.). Hamburg.

Gruber, J. & Grube, M. (2016). Geschlechtsspezifische Aspekte bei der unipolaren Depression. *Der Neurologe und Psychiater*, 17, 49-58.

Hall, R.C. (1995). Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*, 36, 267-75.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278–296.

- Hartkamp, N. & Franz, M. (2007). STOP-D - Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Patienten - Ein multizentrisches Forschungsprojekt. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 3, 119-130.
- Hasin, D.S., Sarvet, A.L., Meyers, J.L., Saha, T.D., Ruan, W.J., Stohl, M. & Grant, B.F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75, 336-346.
- Hautzinger, M. (1991). Sex differences in depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 39, 219-239.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar – Testhandbuch* (Bearbeitung der deutschen Ausgabe, 1. Ed.). Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar – Testhandbuch* (Bearbeitung der deutschen Ausgabe, 2. überarbeitete Ed.). Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *BDI II Beck Depressions-Inventar – Manual* (2.Ed.). Frankfurt a. Main: Pearson.
- Hedges, L.V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 6, 107–128.
- Hengartner, M.P. (2018). What is the threshold for a clinical minimally important drug effect?. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23, 225-227.
- Hengartner, M.P. (2019). Eine methodenkritische Evaluation der biomedizinischen Depressionsforschung: Wie zuverlässig und praxisrelevant sind vielbeachtete neurobiogenetische Befunde?. *Psychotherapeutenjournal*, 2/2019, 110-117.
- Hengartner, M.P. & Plöderl, M. (2018). Statistically Significant Antidepressant-Placebo Differences on Subjective Symptom Rating Scales Do Not Prove That the Drug Work: Effect Size and Method Bias Matter!. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 517. doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00517
- Herbert, G.L., McCormack, V. & Callahan, J.L. (2010). An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 219-234.
- Herrmann, A. S. & Huber, D. (2013). Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der

- stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59, 273–289.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Hiroto, D.S. & Seligman, M.E.P. (1975). Generality of Learned Helplessness in Man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 311-327.
- Hofmeister, F.E. (2017). *Untersuchung des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) im Rahmen einer 5-Jahres-Katamnese studie bei Patienten der psychosomatischen Abteilung des LVR-Klinikums Düsseldorf* (Dissertation, Medizinische Fakultät). Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität.
- Holsboer, F. (1999). Molekulare Mechanismen der Depressionstherapie. In: Ganten, D. & Ruckpaul, K. (Hrsg.), *Erkrankungen des Zentralnervensystems*. Berlin: Springer.
- Hoyer, J. & Vogel, D. (2018). *Verhaltensaktivierung - Techniken der Verhaltenstherapie* (1. Ed). Weinheim Basel: Beltz.
- Huber, D. & Klug, G. (2012). Psychodynamische Therapie der Depression. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6, 85-96.
- Hunter, A.M., Muthén, B.O., Cook, I.A. & Leuchter, A.F. (2010). Antidepressant Response Trajectories and Quantitative Electroencephalography (QEEG) Biomarkers in Major Depressive Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 90-98.
- Huynh, H., Feldt, L. S. (1976). Estimation of the Box correction for degrees of freedom from sample data in randomised block and split-plot designs. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 1, 69–82.
- Hyer, S.E., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Oldham, J.M. & Rosnick, L. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison with two structured interviews. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1043-1048.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H.U. (2002). Prävalenz, Erkennungs- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen - Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73, 651-658.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87.

- Jacobson, E. (1977). *Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Jain, A. (2007). *Die umgekehrte alpha-Adjustierung – Ein Vorschlag zur Erhöhung der Teststärke bei mehrfachen Signifikanztests*. Vortrag auf der 49. Tagung experimentell arbeitender Psychologen in Trier.
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Langer, M., Keller, W., Dilg, R., Stehle, S., Leichsenring, F. & Grande, T. (2008). Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen in der PAL-Studie. *Forum der Psychoanalyse*, 24, 47–62.
- Janssen, P.L. (2012). Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 28, 337–358.
- Janssen, P.L. & Menzel, H. (2012). Zwanzig Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58, 106-125.
- Jenett, D. (2020). *Wirksamkeit und Einflussfaktoren stationärer tiefenpsychologisch-orientierter Psychotherapie in Bezug auf Depression, Konflikt- und Strukturebene* (Dissertation, Medizinische Fakultät). Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität.
- Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A Brief Mental Health Scale - Reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.
- Kaiser, T., Kolar, D., Kok, R.N. & Schuster, R. (2020). Was sagt die LAC-Depressionsstudie wirklich aus? Methodenkritische Betrachtung. *Psychotherapeut*, 65, 22-26.
- Keller, A. (2000). *Die Klassifikation psychischer Störungen nach DSM-IV mit Hilfe eines strukturierten diagnostischen Interviews (F-DIPS) - Eine Untersuchung der Retest-Reliabilität und der Validität* (Dissertation, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften). Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität.
- Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Klassifikation von Verlaufskurven in der Depressionsbehandlung - Ein methodischer Beitrag. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 83-92.
- Kernberg, O.F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organisation. In: Hartocollis, P. (Hrsg.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Kernberg, O.F. (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 41, 288-296.
- Kirsch, I. (2016). Der Placeboeffekt in der antidepressiven Behandlung. *Verhaltenstherapie*, 26, 55-61.
- Kirsch, I. & Sapirstein, G. (1998). Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention and Treatment*, 1, Article 0002a.
- Kirsch, I., Moore, T.J., Scoboria, A. & Nicholls, S.S. (2002). The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention and Treatment*, 5, Article 23.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J. & Johnson, B.T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, e45.
- König, H.H., Lupp, M. & Riedel-Heller, S. (2010). Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 213–215.
- Koppers, D., Peen, J., Niekerken, S., Van, R. & Dekker, J. (2011). Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short term psychodynamic therapy. *Journal of Affective Disorders*, 134, 468-472.
- Krannich, M., Rief, W., Martin, A., Brähler, E., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2013). Wie wirken sich somatoforme und depressive Symptome und Syndrome auf die Lebenszufriedenheit aus? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63, 217-224.
- Krishnan, V. & Nestler, E.J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455, 894-902.
- Kruse, J. & Herzog, W. (2014). Beziehungsmedizin: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139, 579.
- Küchenhoff, J. (2017). *Depression*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kuhn, R. (1957). Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzyl-Derivat (G22355). *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 87, 1135-1140.
- Lang, A., Hamann, J. & Brieger, P. (2018). Psychosoziale und berufliche Folgen der Depression. *Nervenheilkunde*, 37, 575-581.

- Lehrl, S. (1999). *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B*. (4. überarbeitete Ed.). Balingen: Spitta.
- Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Rudolf, G. & Jakobsen, T. (2008). Die Göttinger Psychotherapiestudie – Ergebnisse analytischer Langzeittherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum der Psychoanalyse*, 24, 193–204.
- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. & Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In: Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Hrsg.), *The psychology of depression*. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In: Reissand, S. & Bootzin, R.R. (Hrsg.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Orlando, FL: Academic Press.
- Liebherz, S. & Rabung, S. (2013). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63, 355-364.
- Loomer, H.P., Saunders, J.C. & Kline, N.S. (1957). A clinical and pharmacodynamic evaluation of iproniazid as a psychic energizer. *Psychiatric Research Reports*, 8, 129-141.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M., König, H.H. & Riedel-Heller, S. (2007). Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 98, 29-43.
- Maier, W., Philipp, M. & Gerken, A. (1985). Dimensionen der Hamilton-Depressionsskala (HAMD). *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 234, 417-422.
- Maltby, J, Day, L & Macaskill, A. (2011). Die Anwendung von Intelligenztests: Welche Fragen treten in Zusammenhang mit der Messung von Intelligenz auf? In: Maltby, J., Day, L. & Macaskill, A., *Differenzielle Psychologie, Persönlichkeit und Intelligenz* (2. Ed.). München: Pearson.
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Pirkola, S., Pena, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A.K., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S. & Härkänen, T. (2015). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up - Results from the Finnish Health 2011. Survey. *Journal of Affective Disorders*, 173, 73-80.

- Markowitz, J.C. (1998). Dysthymic Disorder. In: Markowitz, J.C., *Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105, 413-418.
- McCormack, J. & Korownyk, C. (2018). Effectiveness of antidepressants - Lots of useful data but many important questions remain, *BMJ*, 360:k1073. doi:10.1136/bmj.k1073.
- Meister, R., Jansen, A., Berger, M., Baumeister, H., Bschor, T., Harfst, T., Hautzinger, M., Kriston, L., Kühner, C., Schauenburg, H., Schorr, S.G., Schneider, F. & Härter, M. (2018). Psychotherapie depressiver Störungen - Verfahren, Evidenz und Perspektiven. *Der Nervenarzt*, 89, 241-251.
- Melartin, T.K., Rytsälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestela-Mielonen, P.S., Sokero, T.P. & Isometsä, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 126–134.
- Melchior, H., Schulz, H., Härter, M., Walker, J. & Ganninger, M. (2014). *Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Mentzos, S. (2011). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen* (5. Ed.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2000). Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 68, 489-495.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2005). Geschlechterrolle und psychische Erkrankung. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 6, 29-35.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2008). Geschlechterspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9, 40-45.
- Monroe, S.M. & Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Moos, R.H., Nichol, A.C. & Moos, B.S. (2002). Global Assessment of Functioning Ratings and the Allocation and Outcomes of Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 53, 730-737.

- Müller, M. (2015). C-reaktives Protein sagt das Ansprechen auf Escitalopram und Nortriptylin vorher. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 17, 37-38.
- Munkholm, K, Paludan-Müller, A.S. & Boesen, K. (2019). Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: A reanalysis of a network meta-analysis, *BMJ Open*, 9:e024886. doi:10.1136/bmjopen-2018-024886.
- Padberg, T. (2018). Placebos, Drogen, Medikamente - Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. *Psychotherapeuten Journal*, 4/2018, 324-330.
- Parloff, M.B., Kelman, H.C. & Frank, J.D. (1954). Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 3, 343-351.
- Pasch, R. (2014). Attributionsstil: optimistische oder pessimistische. In: Pasch, R., *Der optimistische Attributionsstil und die Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität - Eine Studie zur Nachhaltigkeit sportlicher Betätigung*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T. & Kvarstein, E.H. (2018). Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *European Psychiatry*, 51, 16-19.
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Long, J.S., Medina, T.R., Phelan, J.C. & Link, B.G. (2010). „A disease like anyother“? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1321-1330.
- Pöhlmann, K., Altmann, U., Butter, A., Israel, M., Keller, A., Schellong, J., Simmich, T., Petrowski, K. & Joraschky, P. (2008). Differenzielle Therapieverläufe in der stationären Psychotherapie: Eine störungsübergreifende clusteranalytische Differenzierung von Verlaufstypen auf der Basis des Merkmals Depressivität. In: Kirch, W., Badura, B. & Pfaff, H. (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Riedel, M., Möller, H.J., Obermeier, M., Schennach-Wolff, R., Bauer, M., Adli, M., Kronmüller, K., Nickel, T., Brieger, P., Laux, G., Bender, W., Heuser, I., Zeiler, J., Gaebel, W. & Seemüller, F. (2010). Response and remission criteria in major depression – A validation of current practice. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1063-1068.
- Rößner, V., Krieger, J., Knischewitzki-Bohlken, V., Menge, R., Hilgert, M., Hettich, M. & Graef-Calliness, I.T. (2017). Gibt es eine effektive Therapie zur Behandlung von „Male Depression“? Studie zur Wirksamkeit von zwei Therapiekonzepten in Hinblick auf die Behandlung geschlechterspezifischer Symptomatik bei depressiven Störungen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 18, 52-59.
- Roosendaal, B., McEwen, B.S., Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 423-433.

- Rudolf, G. (2000). Die Entstehung psychogener Störungen: Ein integratives Modell. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 351-366.
- Rudolf G. (2001). Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. Eine Bestandsaufnahme und ein Plädoyer. *Psychotherapeut*, 46, 102-109.
- Rudolf, G. (2003). Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 363-376.
- Rudolf, G. (2013). Strukturelle Anteile der Grundkonflikte. In: Rudolf, G., *Strukturbezogene Psychotherapie - Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3. überarbeitete und erweiterte Ed.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2017). Krankheitsbegriff. In: Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik - Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage* (8. unveränderte Ed.). Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala – Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R. & Schumann, E. (2004). Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 37-52.
- Rudolf, S., Bermejo, I., Schweiger, U., Hohagen, F. & Härter, M. (2006). Diagnostik depressiver Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, A1754–A1762.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2013). Manipulatives Verhalten auf Spielebene. In: Sachse, R., *Persönlichkeitsstörungen verstehen - Zum Umgang mit schwierigen Klienten* (9. Ed.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung - Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sammet, I., Martens, U. & Zipfel, S. (2006). Gender Mainstreaming: Bedeutung für die Psychotherapeutische Forschung und Praxis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 349-350.

- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-IV-TR*, Deutsche überarbeitete Version. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, S. (2010). Immer öfter eine gute Wahl – Lizenzfreie Testverfahren. *Psychotherapie Aktuell*, 3, 12–16.
- Schauenburg, H. & Bschor, T. (2013). Sollten leichte Depressionen ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden? *Pro. Der Nervenarzt*, 84, 386-387.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Göttingen: Beltz.
- Schildkraut, J.J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders - A review of supporting evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 122, 509-522.
- Schüle, C., Babhai, T.C. & Rupprecht, R. (2007). Neue Erkenntnisse zur Pathogenese und Pathophysiologie der Depression. *Der Nervenarzt*, 78, 531-550.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Seidler, D., Schäfer, R., Jenett, D., Hartkamp, N. & Franz, M. (2017a). Depression und komorbide Persönlichkeitsstörung - Effekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 67, 379–390.
- Seidler, D., Schäfer, R., Hartkamp, N. & Franz, M. (2017b). *Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen*, Arbeitsgruppen-Vortrag auf der 68. Arbeitstagung des DKPM und der 25. Jahrestagung der DGPM, Berlin.
- Seidler, D., Schäfer, R., Jenett, D., Hartkamp, N. & Franz, M. (2019a). Langzeiteffekte tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie bei Depressionen - Katamnesebefunde der STOP-D-Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65, 198-211.
- Seidler, D., Bannies, P., Schäfer, R. & Franz, M. (2019b). *Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen*, Arbeitsgruppen-Vortrag auf der 70. Arbeitstagung des DKPM und der 27. Jahrestagung der DGPM, Berlin.
- Seidler, D., Altmann, U., Schäfer, R., Jenett, D. & Franz, M. (in press). Verlaufsmuster depressiver Symptomlast und deren Prädiktoren bei stationärer, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie: Befunde der STOP-D-Studie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*.

- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Shapiro, A.K. & Shapiro, E. (1997). *The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sielk, M., Altiner, A., Janssen, B., Becker, N., de Pilars, M.P. & Abholz, H.H. (2009). Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psychiatrische Praxis*, 36, 169-174.
- Spitzer, C. & Barnow, S. (2005). Somatisierung als eigenständige Dimension von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 9, 106-115.
- Stahmeyer, J.T., Gensichen, J., Walelu, O.A., Petersen, J.J., Gerlach, F.M. & Krauth, C. (2011). Krankheitskosten von Depressionen – nicht nur die Patienten leiden!. *Das Gesundheitswesen*, 73, A319.
- Stamm, K. & Salize, H.J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A. & Schwartz, F.W. (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Statistisches Bundesamt (2018). *Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser 2017*.
Abgerufen von:
www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabelle/KrankenhaeuserFA.html. Zugriff: 11.11.2018.
- Steiger, A. (2002). Neuroendokrinologie der Depression. In: Laux, G. (Hrsg.), *Depression 2000*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Stieglitz, R.D. (2008). Beschreibungsebene psychischer Phänomene. In: Stieglitz, R.D., *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stieglitz, R.D. (2012). Psychiatrische Ratingskalen in der Routinediagnostik. *Psychiatrie und Psychotherapie Up2date*, 6, 177-193.
- Stieglitz, R.D. (2014). Psychometrische Verfahren in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 24, 56-65.
- Trautmann, S., Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F., Knothe, L., Wieder, G., Venz, J., Rummel-Kluge, C., Heinz, I., Koburger, N., Schouler-Ocak, M., Wilbertz, T., Unger, H.P., Walter, U., Hein, J., Hegerl, U., Lieb, R., Pfennig, A., Schmitt, J., Hoyer, J., Wittchen, H.U. & Bergmann, A. (2017). Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung - Eine epidemiologische Querschnittstudie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 721-728.

- Valdés-Stauber, J., Fuchs, A., Reiner, S. & Bachthaler, S. (2018). Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlung - Ergebnisse einer naturalistischen Zweijahresuntersuchung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 68, 290-299.
- Vatnaland, T., Vatnaland, J., Friis, S. & Opjordsmoen, S. (2007). Are GAF scores reliable in routine clinical use?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 326-330.
- Vollmert, C., Tost, H., Brassens, S., Jatzko, A., Braus, D.F. (2004). Depression und moderne Bildgebung – Eine Übersicht des aktuellen Forschungsstandes zur Anwendung bildgebender Verfahren bei depressiven Störungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 72, 435-445.
- Volz, H.P. (2016). Tianeptin - Überlegung zum Wirkmechanismus und klinische Daten. *Die Psychiatrie*, 13, 34-42.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Minami, T. (2007). The Story of Placebo Effects in Medicine: Evidence in Context. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 379-390.
- WHO (2012). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level - Report by the Secretariat*, 65th World Health Assembly, Provisional agenda item 13.2, A65/10.
- Will, H. (2008a). Psychodynamik. In: Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G., *Depression - Psychodynamik und Therapie* (3. überarbeitete und erweiterte Ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Will, H. (2008b). Eine Phänomenologie in Träumen. In: Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G., *Depression - Psychodynamik und Therapie* (3. überarbeitete und erweiterte Ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wisdom, J.O. (1967). Die psychoanalytischen Theorien über die Melancholie. Entwicklungsgeschichte und Vergleich. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 4, 102-154.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II*, Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A. & Schwartz, F.W. (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 51, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wolfersdorf, M. (2005). Was ist aus der guten alten neurotischen Depression geworden? Anpassungsstörung? Dysthymia? Chronische Depression?. *Psychoneuro*, 31, 30-34.
- Wolfersdorf, M. (2008). Zur tiefenpsychologischen Psychodynamik bei der Depression: Plädoyer für eine Wiederentdeckung psychogenetischer Aspekte für die Behandlung depressiv kranker Menschen. *Psychotherapie*, 13, 87-98.
- Wolfersdorf, M., Schulte-Wefers, H., Straub, R. & Klotz, T. (2006). Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema - ein therapeutisches Problem. *Blickpunkt der Mann*, 4, 6-9.
- Wolfersdorf, M., Schulte-Wefers, H. & Schaller, E. (2009). Depression bei Männern: Einige klinische Aspekte der so genannten „männlichen Depression“. *Blickpunkt der Mann*, 7, 8-14.
- Wunsch, E.M., Kliem, S., Grochowski, A. & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland. *Psychologische Rundschau*, 64, 75-93.
- Yamauchi, K., Ono, Y., Baba, K. & Ikegami, N. (2001). The actual process of rating the global assessment of functioning scale. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 403-409.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiß, H., Scheidt, C.E., Völker, A., Helesic, A., Eckhardt-Henn, A., Beutel, M., Endorf, K., Knoblauch, J., Rochlitz, P. & Hartmann, A. (2015). Symptom course in inpatient and dayclinic treatment of depression: Results from the INDDEP-Study. *Journal of Affective Disorders*, 187, 35-44.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiß, H., Scheidt, C.E., Völker, A., Helesic, A., Eckhardt-Henn, A., Beutel, M., Endorf, K., Treiber, F., Rochlitz, P. & Hartmann, A. (2016). Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic study on inpatient and dayhospital treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 197, 205-214.
- Zielke, M. & Limbacher, K. (2004). Fehlversorgung bei psychischen Erkrankungen: Studie im Auftrag der DAK. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, Suppl. 3, 8-12.
- Zimmerman, M., Martinez, J.H., Young, D., Chelminski, I. & Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 150, 384-388.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., Wallner, T., Schauenburg, H., Frommer, J., Huber, D., Clarkin, J. F. & Dammann, G. (2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica*, 59, 3-16.

Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S. & Dammann, G. (2015). Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61, 5-81.

5. Publikationen

Im Nachfolgenden werden die Publikationen, auf welchen diese Dissertation basiert, aufgeführt.

Franz, M., **Seidler, D.**, Jenett, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Deters, M.A., Schauenburg, H., Becher-Dortschy, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Tress, W., Zeller, A., Beutel, M., Langenbach, M., Hoffmann, T., Habegger, R. & Hartkamp, N. (2015). Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, prospektiven, multizentrischen Verlaufs- und Katamnese studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61, 19-35.

Seidler, D., Schäfer, R., Jenett, D., Hartkamp, N. & Franz, M. (2017). Depression und komorbide Persönlichkeitsstörung - Effekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 67, 379-390.

Seidler, D., Schäfer, R., Jenett, D., Hartkamp, N. & Franz, M. (2019). Langzeiteffekte tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie bei Depressionen - Katamnesebefunde der STOP-D. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65, 198-211.

6. Anhang

6.1 Artikel

Nachfolgend sind die dieser Dissertation zugrundeliegenden Publikationen sowie die jeweiligen Darstellungen der Eigenanteile des Autors dieser Dissertation aufgeführt:

6.1.1 Publikation I

Franz, M., **Seidler, D.**, Jenett, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Deters, M.A., Schauenburg, H., Becher-Dortschy, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Tress, W., Zeller, A., Beutel, M., Langenbach, M., Hoffmann, T., Habberger, R. & Hartkamp, N. (2015). Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, prospektiven, multizentrischen Verlaufs- und Katamnesestudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61, 19-35.

Name des Journals: „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

Impact-Factor: 0.609 (2015); 0.295 (2019)

Eigenanteil: Betreuung der Studie, Planung und Ausführung der Auswertungsschritte, statistische Datenanalyse, Literaturrecherche, Verfassen der Publikation nach Abstimmung mit den Koautoren und den Vorgaben des Erstautors. Die Studie „STOP-D“ lief als naturalistische Multizenterstudie unter Antrag und Leitung von Herrn Prof. Dr. Matthias Franz. Förderung durch die Heigl-Stiftung: Fördernummer: 701 800 589, 701 330 512, 701 330 402)

Autor der Dissertation: Zweitautor

Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie¹

Matthias Franz², Daniel Seidler², Dörte Jenett², Ralf Schäfer², Uwe Wutzler³, Wolfgang Kämmerer⁴, Maria Anna Deters⁵, Henning Schauenburg⁶, Nina Becher-Dortschy⁷, Kerstin Frommhold⁸, Wolfram Keller⁹, Jürgen Gosda¹⁰, Wolfgang Tress², Adolf Zeller¹¹, Manfred Beutel¹², Michael Langenbach¹³, Thilo Hoffmann¹⁴, Rita Habeger¹⁵, Norbert Hartkamp¹⁶

Summary

Psychodynamically oriented inpatient psychotherapy of depressive disorders – First findings from a naturalistic, multicenter study

Objectives: While the general effectiveness of psychodynamic psychotherapy in both outpatient and inpatient treatment has been proven, few studies document the effectiveness of clinical inpatient treatment of depression through psychodynamic psychotherapy.

¹ Die Studie wird seit 2007 aus Mitteln der Heigl-Stiftung gefördert.

² Medizinische Fakultät, Klinik und Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Düsseldorf.

³ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig.

⁴ Klinik für Psychosomatische Medizin am Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover.

⁵ Psychosomatische Klinik am Evangelischen Krankenhaus Ginsterhof, Rosengarten.

⁶ Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.

⁷ Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Fliedner Krankenhaus, Ratingen.

⁸ Psychosomatisch-psychotherapeutische Tagesklinik des Vivantes Hospitals Hellersdorf, Berlin.

⁹ Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit internistischem Schwerpunkt, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin.

¹⁰ Psychosomatische Fachklinik, Rottal Inn Kliniken, Simbach am Inn.

¹¹ Klinik für Psychosomatische Medizin, Katholisches Krankenhaus Hagen gem. GmbH, St.-Johannes-Hospital.

¹² Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz.

¹³ Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der GFO-Kliniken, St. Marien-Hospital, Bonn.

¹⁴ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie für Neurologie und Spezielle Schmerzmedizin, AWO-Fachkrankenhaus, Jerichow.

¹⁵ Klinik Donaustauf und Abteilung für Psychosomatische Medizin am Universitätsklinikum Regensburg.

¹⁶ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH, Boppard.

Methods: This paper presents first results of a naturalistic multicenter intervention study. Included were female inpatients suffering from depressive symptoms who had been admitted to 15 psychodynamically oriented psychosomatic hospital units (N = 487). The mean duration of treatment was 61.8 days. Data were acquired at admission (T1) and discharge (T2).

Results: Our findings support previous evidence and show that psychodynamically oriented inpatient psychotherapy of depressive disorders is efficient. High pre-post effect sizes were documented in all psychometric instruments used (BDI, HAM-D, SCL-90-R, BSS, GAF). Initial subgroup comparisons reveal that the benefits for patients with comorbid personality disorder are significantly lower than for depressed patients without comorbid personality disorder.

Conclusion: Psychodynamic inpatient psychotherapy, as practiced under naturalistic conditions, is an effective treatment of depression. Predictors of therapeutic effects within different therapeutic settings, however, remain unclear. The sustainability of the therapeutic effects found and their impact on psychodynamic relevant constructs have still to be proven.

Z Psychosom Med Psychother 61/2015, 19–35

Keywords

Depression – Psychodynamic Psychotherapy – Psychodynamic Inpatient Psychotherapy – Naturalistic Intervention Study

Zusammenfassung

Fragestellung: Die generelle Wirksamkeit ambulanter und stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ist belegt. Dagegen stehen Studien zur Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter psychosomatischer Krankenhausbehandlung bei depressiven Störungen noch aus.

Methode: Innerhalb einer naturalistischen Multicenterstudie wurde die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie anhand einer stationär behandelten Patientenstichprobe untersucht. Einschluss fanden weibliche Patienten mit depressiven Beschwerden aus 15 psychosomatischen Kliniken (N = 487). Die mittlere Behandlungsdauer betrug 61.8 Tage. Die Datenerfassung erfolgte zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme (T1) sowie zum Entlassungszeitpunkt (T2).

Ergebnisse: Erste Resultate zeigen die hohe Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie auf depressionstypische Beschwerden. In allen verwendeten klinisch-psychometrischen Inventaren (BDI, HAM-D, SCL-90-R, BSS, GAF) zeigten sich hohe Effektstärken im Sinne einer deutlichen Reduktion der Symptomlast von T1 nach T2. Patientinnen mit komorbider Persönlichkeitsstörung profitierten signifikant weniger als Patientinnen ohne Persönlichkeitsstörung.

Diskussion: Bei nachgewiesener genereller Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie auf depressive Störungen bleibt der Einfluss der eingesetzten unterschiedlichen Therapiemethoden noch offen. Es stehen außerdem die Überprüfung der Nachhaltigkeit sowie die Auswirkungen der stationären Psychotherapie auf psychodynamisch relevante Konstrukte aus.

1. Einleitung

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 19 % (Wittchen et al. 2010) zählen Depressionen zu den häufigsten Erkrankungen. Depressiv Erkrankte machen 7 bis 11 % aller Patienten in Hausarztpraxen aus (Jacobi et al. 2002; Wittchen et al. 2000), Frauen tragen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko (Wittchen et al. 2010). Schätzungen der direkten Behandlungskosten für depressiv Erkrankte in Deutschland liegen zwischen 1.6 (Friemel et al. 2005) und 4.6 Milliarden Euro im Jahr (König et al. 2010). Je Patient und Jahr errechneten Gustavsson et al. (2011) 1433 Euro. Die indirekten Kosten liegen deutlich höher (Luppa et al. 2007; Allianz und RWI 2011; Korsukéwitz u. Rehfeld 2009). Leitliniengerecht kommen in der Behandlung der unipolaren Depression sowohl psychotherapeutische (Leichsenring 2001; Town et al. 2012) als auch psychopharmakologische (Thase 2003) Behandlungsstrategien oder Kombinationen beider Verfahren (Keller et al. 2000; de Jonghe et al. 2004; Burnand et al. 2002) zur Anwendung.

Für ambulante psychodynamische Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie wurden sehr hohe Effektstärken auf depressionstypische Zielmaße beschrieben (Leichsenring 2001; Driessen et al. 2010; Knekt et al. 2008). Deutsche Wirksamkeitsstudien zur Psychotherapie depressiv erkrankter Patienten beziehen sich meist auf ambulante Settings sowie auf psychiatrische Kliniken (Härter et al. 2004) oder psychosomatische Reha-Kliniken (Steffanowski et al. 2007). Es liegen allerdings zahlreiche Studien zur globalen Wirksamkeit psychosomatischer Krankenhausbehandlung vor (Nübling et al. 2004; Liebherz u. Rabung 2013; Franz et al. 2000). In einer naturalistischen Studie mit 715 Patienten mit gemischten Diagnosen fanden Herrmann und Huber (2013) eine hohe Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie (SCL-90-R: GSI $d = .88$; Depressivität $d = 1.06$).

Speziell für die Effekte tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie depressiv erkrankter Patienten in psychosomatischen Abteilungen im Krankenhausbereich ist die Datenlage in Deutschland noch lückenhaft (Hartkamp u. Franz 2007). In dieser Untersuchung sollen erste Befunde zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie auf depressionstypische Zielmaße vorgestellt werden.

Komorbidie Persönlichkeitsstörungen sind häufig und mit einer Verzögerung der Remission depressiver Symptome assoziiert (Levenson et al. 2012; S3-Versorgungsleitlinien Unipolare Depression 2012, Version 1.3). Daher werden für Patientinnen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen Teilauswertungen vorgestellt. Weitere Subgruppenanalysen widmen sich der Frage, ob zusätzlich mit Antidepressiva behandelte Patientinnen in abweichender Weise auf die Behandlung ansprechen.

2. Methodik

Die Befunde wurden in einer naturalistischen, multizentrischen Beobachtungsstudie an einer Stichprobe depressiv erkrankter Frauen, die sich in stationärer, tiefenpsychologisch fundierter psychosomatischer Krankenhausbehandlung befanden, erhoben.

Z Psychosom Med Psychother 61, ISSN (Printausgabe) 1438-3608, ISSN (online) 2196-8349
© 2015 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

2.1. Studienablauf

Insgesamt 15 psychosomatisch-psychotherapeutische Klinikabteilungen aus dem ganzen Bundesgebiet waren beteiligt. Alle Kliniken arbeiten im Rahmen eines multimethodal-integrierten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes (Janssen 2012). Das Zusammenwirken verschiedener Behandlungsmethoden konstituiert eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit in den OPS-Prozeduren 9–63 festgelegten Struktur- und Prozessmerkmalen (Hartkamp u. Hildenbrand 2009; Hildenbrand et al. 2011). Die eingesetzten Behandlungsmethoden können fünf Bereichen zugeordnet werden: tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, konfliktzentriert-expressive Psychotherapie, verhaltenstherapeutische/übende Therapiemethoden, sozialkommunikativ-supportive Therapieangebote sowie Entspannungsmethoden. Eine stationäre tiefenpsychologische Psychotherapie beginnt nach fachärztlicher Überprüfung der Aufnahmeindikation mit der Erhebung körperlicher, deskriptiv-psychopathologischer und psychometrischer Befunde sowie konflikthafter Interaktionsmuster und Belastungen, auf deren Basis die Zuweisung zu den jeweiligen Behandlungsmethoden erfolgt. Ziel ist, die Symptomatik und ursächlich bedeutsame psychosoziale Konflikte und Belastungen fokussiert so weit zu bearbeiten, dass eine deutliche Symptombesserung und ambulante Behandlungsfähigkeit erreicht wird.

Die Datenerhebung begann im Mai 2005 und endete im Januar 2011. Spätestens am dritten Tag nach Aufnahme erfolgte die Eingangsuntersuchung (T1). Die zweite Datenerfassung erfolgte frühestens fünf Tage vor Entlassung aus der stationären Behandlung (T2). Die Patientenrekrutierung erfolgte durch einen Klinikmitarbeiter vor Ort, wenn wesentliche Einschlusskriterien erfüllt waren, nach mündlicher und schriftlicher Aufklärung über Ziele und Methoden der Studie. Die Patientinnen wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften, die Sicherung der Anonymität und die Möglichkeit informiert, die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne für sie negative Konsequenzen abbrechen zu können. Das schriftliche Einverständnis der Patientinnen wurde eingeholt. Weder die Kliniken noch die teilnehmenden Patientinnen erhielten eine materielle oder finanzielle Zuwendung. Die Teilnahme an der Studie hatte keinen Einfluss auf Qualität und Quantität der Behandlung. Da es sich bei den verwendeten Inventaren fast ausschließlich um vielfach eingesetzte Fragebogeninstrumente handelte und keine bisher nicht im Einsatz befindliche Heilverfahren angewendet wurden, konnte eine studienbedingte körperliche oder psychische Gefahrensituation für die beteiligten Patientinnen weitgehend ausgeschlossen werden. Ein positives Ethikvotum wurde eingeholt.

2.2. Stichprobe

In die Studie eingeschlossen wurden weibliche Patienten im Alter zwischen 25 und 45 Jahren mit einer depressiven Störung nach ICD-10 (F32; F33; F34.1 oder F43.2) und/oder einer dimensional messbaren depressiven Beeinträchtigung (BDI-Summenwert ≥ 11). Neben dem Aspekt der Stichprobenhomogenität wurde dieses Kri-

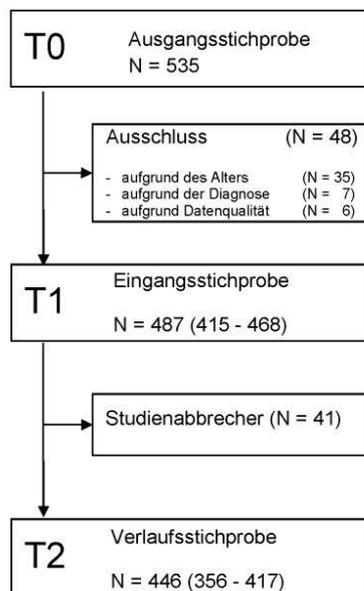


Abbildung 1: Anzahl der Studienteilnehmerinnen im Verlauf

Die Zahlen in Klammern beschreiben den Schwankungsbereich der Stichprobengröße in Abhängigkeit vom verwendeten Instrument. Das Feld Ausschluss fasst Patientinnen zusammen, welche aufgrund vorhandener Ausschlusskriterien aus der Studie ausgeschlossen werden mussten. Das Feld Studienabbrecher fasst Patientinnen zusammen, welche ihre Teilnahme an der Studie zwischen T1 und T2 abbrachen. Von 32 Patientinnen der Verlaufsstichprobe ist bekannt, dass die Behandlung vorzeitig beendet wurde, diese Patientinnen oder deren Behandler füllten trotzdem (zumindest teilweise) die Fragebögen zu T2 aus.

terium auch aufgrund der erhöhten Behandlungswahrscheinlichkeit weiblicher Personen gewählt. Hierdurch wurden auch (sub-)depressiv beeinträchtigte Patientinnen eingeschlossen, bei denen beispielsweise eine Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose vergeben worden war, auch wenn durch eine niedrige Ausgangsbelastung reduzierte Effektstärken in Kauf genommen werden mussten. Die ICD-10-Diagnosen wurden nach einem klinischen Interview bei der Aufnahme kodiert. Ausgeschlossen wurden Patientinnen mit gravierenden psychiatrischen oder somatischen Erkrankungen (z. B. Suchtmittelabhängigkeit; hirnorganische Schädigungen; demenzielle Erkrankungen; bipolare Störungen; Psychosen; gravierende körperliche Erkrankungen sowie ein $BMI \leq 13$).

Die Größe der Ausgangsstichprobe vor Einschluss der Patientinnen in die Studienstichprobe ließ sich aus organisatorischen Gründen nicht zurückverfolgen. Im Rahmen der Datensatzbereinigung wurden von primär 535 Datensätzen (T0) 48 wegen unzutreffender Einschlusskriterien (Alter; Diagnose) oder Datenunvollständigkeit ausgeschlossen. Zu T1 verblieben 487 Patientinnen. In die Auswertungen gingen, je nach ausgewerteter Zielvariable, Daten von 415 bis 468 Patientinnen (T1) ein.

Abweichende Stichprobenumfänge in einzelnen Analysen sind auf unvollständige Datensätze zurückzuführen. Soweit möglich wurden fehlende Daten nach Manual-

vorschrift ergänzt. Zu T2 betrug der Stichprobenumfang $N = 446$ (91.6 %). Je nach Datenvollständigkeit variierte die Anzahl der verwertbaren T2-Datensätze zwischen 356 bis zu 417. Die Datenvollständigkeit lag zu T2 gegenüber T1 je nach Inventar zwischen 85.8 % und 91.7 % (Tabelle 1, s. Homepage der Zeitschrift unter: http://www.v-r.de/de/magazine_edition-64-64/zeitschrift_fuer_psychosomatische_medizin_und_psychotherapie_2015_61_1). Ein eventueller Einfluss durch selektive Drop-outs (Studienabbrecher) wurde durch Vergleich der Mittelwertunterschiede für die erhobenen klinischen Belastungskennwerte (BDI, HAMD, GSI und Subskala „Depressivität“ des SCL-90-R, BSS, SBB, GAF) sowie für wichtige soziodemographische Variablen (Alter zu T1; Anzahl der Kinder; Familienstand; Schulabschluss und berufliche Situation) der Verlaufsstichprobe (Patientinnen, welche zu T1 und T2 Daten aufwiesen) sowie der Eingangsstichprobe (sämtliche Datensätze zu T1) geprüft. Zum Zeitpunkt T1 unterschieden sich die Werte der Eingangsstichprobe und die der Verlaufsstichprobe in keiner der überprüften Variablen, so dass eine Drop-out bedingte Verzerrung ausgeschlossen werden kann.

Die Patientinnen waren zu T1 im Mittel 35 Jahre alt ($SD = 6.17$). Eine deutsche Staatsangehörigkeit gaben 96.4 % an. 58.6 % der Patientinnen hatten keinen Partner. Mindestens ein Kind hatten 43.2 % der Patientinnen. In der Allgemeinbevölkerung haben 58.2 % der Frauen zwischen 25 und 45 Jahren mindestens ein Kind (Statistisches Bundesamt 2012). 45.0 % der Patientinnen gaben (Fach-)Abitur als höchsten Schulabschluss an, gegenüber 39.1 % in der Allgemeinbevölkerung für diese Altersgruppe. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 61.8 Tage ($SD = 26.7$). Eine psychosomatische Vorbehandlung gaben 24.5 % (von $N = 461$), eine psychiatrische Vorbehandlung 13.1 % (von $N = 452$) der Patientinnen an. Die Verteilung der Hauptdiagnosen zu T1 sowie die übrigen soziodemographischen Daten zeigt Tabelle 2 (s. Homepage der Zeitschrift unter: http://www.v-r.de/de/magazine_edition-64-64/zeitschrift_fuer_psychosomatische_medizin_und_psychotherapie_2015_61_1).

Der mittlere BDI-Summenwert der Gesamtstichprobe zu T1 entspricht mit 26.13 ($SD = 9.12$) einer klinisch relevanten Symptomausprägung (Hautzinger 1995; Hautzinger et al. 2001). Zu T1 lag bei nur acht Patientinnen der BDI-Summenwert unter 11. Eine mild ausgeprägte depressionstypische Symptomatik (BDI-Summenwert zwischen 11 und 17) bestand bei 74, stark ausgeprägt war sie (BDI-Summenwert ≥ 18) bei 363 Patientinnen. Eine Kombination aus psychotherapeutischer und medikamentöser antidepressiver Behandlung über mindestens die Hälfte der stationären Aufenthaltsdauer erhielten 185 Patientinnen (38.0 %). Bei 138 (28.3 %) der Patientinnen lagen zu T2 Informationen über das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung vor. Es wurde zur Einteilung in Patientinnen mit oder ohne komorbide Persönlichkeitsstörung der Zeitpunkt T2 gewählt, da zu diesem Zeitpunkt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gegenüber T1 als gesicherter anzusehen ist ($N = 446$). Von diesen war bei 26.8 % eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3x), bei 22.5 % eine kombinierte, bei 14.5 % eine abhängige und bei 13.8 % eine sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden, weitere 22 % verteilten sich auf die übrigen Persönlichkeitsstörungen.

2.3. Untersuchungsinstrumente

Die Erfassung der Symptomausprägung erfolgte über Selbst- sowie Fremdeinschätzungen (durch den aufnehmenden (T1) beziehungsweise behandelnden (T2) Therapeuten der jeweiligen Klinik).

Als Fremdeinschätzungs-Instrument zur Erfassung des Schweregrades depressionstypischer Symptome wurde die *Hamilton Depressions-Skala* (HAMD; Hamilton 1967; Baumann 1976) verwendet.

Das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI; Hautzinger 1995) dient als Selbstbeurteilungs-Fragebogen ebenfalls der Erfassung depressionstypischer Symptome. Ein Summenwert zwischen 11 und 17 Punkten weist auf mild bis mäßig ausgeprägte Symptome hin, ein Wert von 18 und höher auf eine klinisch relevante Ausprägung. Da in einer der beteiligten Kliniken der BDI-II Verwendung fand (Hautzinger et al. 2009), wurden hier, entsprechend den Anweisungen des Testmanuals, die BDI-Summenwerte um zwei Punkte reduziert, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Aufgrund einer im Manual beschriebenen Korrelation zwischen $r = .84$ und $r = .93$ zwischen dem Summenwert des BDI und BDI-II erschien dieses Vorgehen vertretbar (vgl. Hautzinger et al. 2009).

Zur Beurteilung der depressiven Symptomatik wurde außerdem die *Subskala „Depressivität“* der *Symptom-Check-List-90* (SCL-90-R; Franke 2002) verwendet. Zur Einstufung der psychischen Gesamtbelastung der Patientinnen diente der aggregierende Belastungsindex *GSI* („Global Severity Index“) dieses Fragebogens.

Der *Beeinträchtigungs-Schwere-Score* (BSS; Schepank 1995) erlaubt die Fremdeinschätzung der bestehenden Beeinträchtigung durch psychogene Symptome auf drei fünfstufigen Skalen (körperlicher, psychischer und sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad). Auf Grundlage eines klinischen Interviews erfolgt eine Einschätzung auf allen drei Skalen (zwischen „0 = gar nicht“ und „4 = extrem“). Summiert ergeben die drei Werte die Gesamtbelastung als BSS-Gesamtwert. Die Einschätzungen bezogen sich hier auf die letzten sieben Tage.

In Analogie zum BSS kam auch ein Selbstbeurteilungsfragebogen zum Einsatz (*Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung*; SBB). Die Patientinnen schätzten mit Hilfe dieses kurzen Fragebogens die von ihnen selbst empfundene körperliche, psychische und sozial-kommunikative Beeinträchtigung zwischen Null (keinerlei Beeinträchtigung) bis Vier (maximale Beeinträchtigung) ein, zu T1 bezogen auf die letzten sieben Tage, zu T2 auf den Zeitpunkt der Bearbeitung des Fragebogens. Die Validität des Fragebogens wurde mittels inhaltlich vergleichbarer Skalen der SCL-90-R orientierend überprüft. Es ergaben sich relativ hohe Korrelationen des SBB-Gesamtwertes mit dem GSI der SCL-90-R (Spearman-Rangkorrelationen zu T1: .48; T2: .61). Die Subskala „Körperliche Beeinträchtigung“ des SBB war korreliert mit der Subskala „Somatisierung“ der SCL-90-R (T1: .43; T2: .51). Die Subskala „Psychische Beeinträchtigung“ des SBB war mit der Subskala „Depressivität“ der SCL-90-R ebenfalls hoch korreliert (T1: .48; T2: .61). Die Subskala „Sozialkommunikative Beeinträchtigung“ des SBB korrelierte mit der SCL-90-R-Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (T1: .30; T2: .49). Alle Korrelationen waren auf dem

.01-Niveau signifikant und können als Hinweise auf die inhaltliche Validität des SBB interpretiert werden.

Zur Einschätzung des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus der Patientinnen wurde das *Global Assessment of Functioning* (GAF) herangezogen (Hall 1995; vgl. Saß et al. 2003). Bei diesem Expertenrating wird eine Einschätzung anhand einer Skala von Null bis Hundert vorgenommen (Schäfer 2010), niedrige Werte entsprechen einer hohen Einschränkung. Die Einschätzung bezog sich auf den Maximalwert der letzten sieben Tage.

Soziodemographische und klinische Daten der Patientinnen wurden durch Selbst- und Fremdauskunftsfragebögen erfasst (*Befragungsbogen Patient* (BPT) bzw. *Befragungsbogen Therapeut* (BTT)).

2.4. Datenanalyse und statistische Methoden

Mittelwertveränderungen der Zielvariablen zwischen der T1- und der T2-Erhebung werden zunächst deskriptiv dargestellt und statistisch mittels T-Test für verbundene Stichproben überprüft. Hierbei gingen nur Daten von Patientinnen ein, welche zu T1 und T2 Werte aufwiesen (listenweiser Fallausschluss). Hierdurch kann es in den Ergebnisdarstellungen im Vergleich zu den oben und in Tabelle 2 dargestellten, auf die Gesamtstichprobe bezogenen, Befunden zu geringfügigen Abweichungen kommen. Subgruppenanalysen erfolgten mittels T-Test für unabhängige Stichproben. Hier wurden, um eine möglichst hohe Anzahl an Daten in die Berechnungen einfließen zu lassen, die Daten der Gesamtstichproben zu T1 und T2 einbezogen. Berechnungen zur Überprüfung signifikanter Unterschiede zwischen Patientinnen, deren Behandlung vorzeitig abgebrochen wurde, welche jedoch trotzdem die T2-Fragebögen ausfüllten, und Patientinnen, welche ihre stationäre Behandlung regulär beendeten, erfolgen aufgrund der ungleichen Stichprobengrößen nicht-parametrisch mittels des Mann-Whitney-U-Tests. Vergleiche kategorialer Variablen erfolgten mittels χ^2 -Test. Berechnungen zum Ausschluss eines Einflusses von Co-Variablen wurden mittels einfaktorieller Kovarianzanalyse durchgeführt. Interaktionen Gruppe \times Zeit wurden varianzanalytisch durch eine zweifaktorielle ANOVA untersucht. Die Berechnungen der Effektstärken g erfolgten nach Hedges (1981; Durlak 2009; Stulz 2012). Dieses Verfahren wurde gewählt, um eine möglichst große Datenmenge in die Berechnungen einbeziehen zu können, unterschiedliche Stichprobenumfänge bei Subgruppenanalysen werden durch das Verfahren nach Hedges ausgeglichen, beim Vergleich zweier gleichgroßer Subgruppen entspricht der Wert von g dem von d nach Cohen (Cohen 1988). Die Berechnungen erfolgten mittels der Formel:

$$g = \frac{M_1 - M_2}{s} \quad \text{mit: } s = \sqrt{\frac{(N_1 - 1) \cdot SD_1^2 + (N_2 - 1) \cdot SD_2^2}{(N_1 + N_2 - 2)}}$$

M_1 = Mittelwert der ersten Stichprobe, M_2 = Mittelwert der zweiten Stichprobe, SD_1 = Standardabweichung der ersten Stichprobe, SD_2 = Standardabweichung der zweiten Stichprobe, N_1 = Umfang der ersten Stichprobe, N_2 = Umfang der zweiten Stichprobe. Indexangaben definieren die Werte der Stichproben zu T1 und T2 bzw. der zu vergleichenden Subgruppen.

Den Berechnungen liegt jeweils ein Konfidenzintervall von 95 % zugrunde. Alle Berechnungen wurden mit den Softwarepaketen SPSS 19 und SPSS 21 (Statistical Package for Social Science, IBM®) durchgeführt.

3. Ergebnisse

Nach Auswertung der zu T1 und T2 vollständig vorhandenen Datensätze finden sich in allen Zielmaßen (Tabelle 3) signifikante Verringerungen depressionstypischer Beschwerden (BDI-Summenwert, HAMD-Summenwert, Skalenwert der SCL-90-R Subskala Depressivität) und aggregierender Belastungsindices (GSI der SCL-90-R, SBB- und BSS-Summenwert sowie GAF). Zum Zeitpunkt T2 wiesen gemäß BDI 197 Patientinnen keine depressiven Symptome auf (BDI-Summenwert < 11; 8 Patientinnen zu T1). Bei 91 Patientinnen bestanden zu T2 milde ausgeprägte depressionstypische Symptome (BDI-Summenwert zwischen 11 und 17; 74 zu T1) und 120 schätzten die Symptomausprägung zu T2 als stark ein (BDI-Summenwert ≥ 18), während dies zu T1 noch bei 363 Patientinnen der Fall war. Von diesen 363 Patientinnen gaben zu T2 nur noch 110 stark ausgeprägte Depressionen an, 213 lagen unterhalb des Cut-off-Wertes von 18 (Drop-out = 40). Von insgesamt 82 Patientinnen, welche zu T1 unterhalb des Cut-off-Wertes von 18 lagen, lagen zu T2 fünf oberhalb dieser Grenze.

Insgesamt liegen von 367 der 446 zu T2 untersuchten Patientinnen Informationen zum Behandlungsende vor. Von 32 dieser Patientinnen ist bekannt, dass ihre Behandlung vorzeitig beendet wurde (auf Verlangen der Patientin N = 16, disziplinarisch N = 1 oder in beidseitigem Einverständnis N = 15). Trotzdem füllten diese Patientinnen (Behandlungsabbrecher, keine Studienabbrecher) beziehungsweise deren Behandler

Tabelle 3: Veränderungen in klinischen Zielmaßen von T1 nach T2 für die Verlaufsstichprobe

Zielmaße	N	T1		T2		T-Test	g (T1-T2)
		M	SD	M	SD		
BDI Gesamtwert	392	26.28	9.07	14.03	11.08	t(391) = 23.35; p < .01	1.20
HAMD Gesamtwert	360	20.00	7.68	10.36	7.21	t(359) = 23.06; p < .01	1.29
SCL-90-R Depressivität	412	1.97	.76	1.20	.83	t(411) = 17.89; p < .01	.97
SCL-90-R GSI	412	1.39	.60	.90	.63	t(411) = 16.41; p < .01	.80
SBB Gesamtwert	386	7.72	2.38	4.65	2.59	t(385) = 19.12; p < .01	1.23
BSS Gesamtwert	364	7.58	1.37	4.70	1.84	t(363) = 27.20; p < .01	1.78
GAF Gesamtwert	345	47.33	9.36	63.61	11.31	t(344) = -24.08; p < .01	-1.57

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Effektstärken (g nach Hedges, 1981) für Beck-Depressions-Inventar (BDI), Hamilton-Depressions-Skala (HAMD), Subskala „Depressivität“ und Global Severity Index (GSI) der Symptom-Check-Liste-90 (SCL-90-R), Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung (SBB) und Global Assessment of Functioning (GAF). T-Test für verbundene Stichproben mit Berücksichtigung nur vollständiger Datensätze zu T1 und T2 (listenweiser Fallausschluss).

Z Psychosom Med Psychother 61, ISSN (Printausgabe) 1438-3608, ISSN (online) 2196-8349
© 2015 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

zum Entlassungszeitpunkt zumindest teilweise die Fragebögen aus. Die depressive Symptomausprägung dieser Patientinnen mit vorzeitigem Behandlungsende war zum Zeitpunkt der Entlassung höher als bei Patientinnen, deren Behandlung regulär beendet wurde (BDI-Summenwert: Mann-Whitney-U-Test, $p = .10$; HAMD-Summenwert: Mann-Whitney-U-Test, $p < .01$). Zu T1 unterschieden sich beide Gruppen in beiden Inventaren nicht signifikant. Auch unterschieden sich die Patientinnen, bei welchen die stationäre Behandlung vorzeitig beendet wurde, nicht hinsichtlich ihres Alters von den Patientinnen, welche ihre stationäre Behandlung regulär abschlossen (Mann-Whitney-U-Test: $p = .47$). Behandlungsabbrucherinnen hatten jedoch mehr Kinder (durchschnittliche Kinderzahl .97 gegenüber .67) und mit 25.0 % gegenüber 48.9 % seltener Abitur.

3.1. Medikation

Patientinnen, welche eine Kombination aus psychotherapeutischer und medikamentöser, antidepressiver Behandlung erhielten, waren zu T1 und zu T2 signifikant depressiver als Patientinnen, welche keine zusätzliche antidepressive Medikation erhielten (BDI und HAMD; $p < .01$), die Effektstärken liegen für beide Gruppen bei $g > 1.00$ (Tabelle 4). Varianzanalytisch zeigte sich für beide Zielmaße kein signifikanter Interaktionseffekt Gruppe \times Zeit (BDI: $F(1,353) = .26$, $p = .61$; HAMD: $F(1,345) = 1.39$, $p = .24$). Nach kovarianzanalytischer Eliminierung des Einflusses unterschiedlicher Baseline-Belastung der beiden Subgruppen zeigte sich keine signifikant größere Symptomausprägung (T2) der Subgruppe mit zusätzlicher antidepressiver Medi-

Tabelle 4: Verlauf der Depressivität in Abhängigkeit einer antidepressiven Medikation

Zielmaß	Zeitpunkt	mit Antidepressiva				ohne Antidepressiva				T-Test
		N	M	SD	g (T1-T2)	N	M	SD	g (T1-T2)	
BDI-Gesamtwert	T1	177	28.05	9.45	1.08	202	24.46	8.92	1.33	$t_{(377)} = 3.81$; $p < .01$
	T2	175	16.03	12.57		189	12.15	9.60		$t_{(324.85)} = 3.30$; $p < .01$
HAMD-Gesamtwert	T1	177	21.62	7.60	1.37	189	18.61	7.56	1.35	$t_{(364)} = 3.79$; $p < .01$
	T2	178	11.20	7.57		183	9.23	6.22		$t_{(342.23)} = 2.69$; $p < .01$

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Effektstärken (g nach Hedges, 1981) der Gesamtstichproben zu T1 und T2 für BDI (*Beck-Depressions-Inventar*) und HAMD (*Hamilton Depressions-Skala*). T-Tests für unabhängige Stichproben. Patientinnen in der Subgruppe ohne zusätzliche antidepressive Medikation erhielten möglicherweise eine andere psychopharmakologisch oder somatisch wirksame Medikation.

kation (BDI: $p = .07$; HAMD: $p = .18$). Die erreichten Effektstärken unterscheiden sich in beiden Gruppen nicht signifikant.

3.2. Persönlichkeitsstörungen

Als weitere Subgruppe wurden Patientinnen mit komorbider Persönlichkeitsstörung hinsichtlich differenzieller Behandlungseffekte untersucht. Es zeigte sich, dass sich Patientinnen mit komorbider Persönlichkeitsstörung in der Symptomlast (BDI- und HAMD-Gesamtwert) zu T1 nicht signifikant von Patientinnen ohne Persönlichkeitsstörung unterschieden. Zu T2 wiesen Patientinnen mit komorbider Persönlichkeitsstörung eine signifikant höhere Beeinträchtigung (BDI u. HAMD jeweils $p < .01$) und geringere Effektstärken auf (Tabelle 5). Entsprechend fand sich varianzanalytisch eine signifikante Interaktion Gruppe \times Zeit für beide Zielmaße (BDI: $F(1,336) = 6.54, p < .05$; HAMD: $F(1,328) = 10.70, p < .01$).

Tabelle 5: Verlauf der Depressivität in Abhängigkeit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung

Zielmaß	Zeitpunkt	ohne Persönlichkeitsstörung				mit Persönlichkeitsstörung				T-Test
		N	M	SD	g (T1-T2)	N	M	SD	g (T1-T2)	
BDI-Gesamtwert	T1	225	25.77	9.17	1.31	135	26.28	9.59	.95	$t_{(358)} = -.50$; $p = .62$
	T2	218	12.67	10.80		129	15.97	11.96		$t_{(345)} = -2.64$; $p < .01$
HAMD-Gesamtwert	T1	224	20.17	7.61	1.48	125	19.63	7.98	1.08	$t_{(347)} = .63$; $p = .53$
	T2	219	9.39	6.97		123	11.56	6.88		$t_{(340)} = -2.78$; $p < .01$

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Effektstärken (g nach Hedges, 1981) für BDI (*Beck-Depressions-Inventar*) und HAMD (*Hamilton Depressions-Skala*). T-Tests für unabhängige Stichproben mit Berücksichtigung der Gesamtstichprobe zu T1 und T2.

4. Diskussion

Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie bewirkt eine signifikante Reduktion depressionstypischer Symptomlast. In allen per Selbstauskunft und auch mittels Fremdbeurteilung erhobenen Zielmaßen zeigt sich zwischen T1 und T2 ein statistisch signifikanter Rückgang der Beeinträchtigung. Von zunächst (T1) 363 stark depressiven Patientinnen (BDI-Summenwert ≥ 18) gaben zu T2 nur noch 110 eine stark ausgeprägte Depressivität an. Die hohen Effekte auf die depressive Symptomatik (BDI-Summenwert) und die allgemeine psychische Beeinträchtigung (GSI) waren mit denen der stationären psychodynamischen Psychotherapiestudie von Herr-

mann und Huber (2013) fast identisch. Die Effektstärken aus STOP-D (vgl. Tab. 3) lagen teilweise über den mittelstarken Effekten, die aus dem Bereich der psychosomatischen Rehabilitationskliniken mitgeteilt wurden ($d = .51$; Steffanowski et al. 2007) oder waren mit diesen vergleichbar (SCL-90-R GSI .78 – .92; BSS .89 – 1.40; Nübling et al. 2004). Sie liegen jedoch überwiegend unter den sehr hohen Effektstärken ambulanter Psychotherapie (Leichsenring et al. 2008; Leichsenring 2001). Ambulante Therapien werden allerdings auch über längere Zeiträume (Jakobsen et al. 2007) bis zur vollständigen Remission durchgeführt. Mögliche Erklärungen können auch Stichprobenunterschiede sein, da stationär behandelte Patienten häufiger an chronifizierten komplexen Störungen sowie hierdurch bedingten Sekundärkomplikationen leiden. So zeigen die stationär behandelten Patientinnen der STOP-D-Studie eine höhere Ausgangsbelastung (GSI des SCL-90-R) als die ambulanten Patienten deutscher Vergleichsstudien (Leichsenring et al. 2008; Jakobsen et al. 2008).

Die Patienten der internationalen Vergleichsstudien, die in die Meta-Analyse von Leichsenring (2001) einbezogen wurden, zeigen allerdings ebenfalls eine hohe Belastung zu T1 (Shapiro et al. 1994; Hersen et al. 1984). Dies kann der im Bereich stationärer Psychotherapie vergleichsweise weniger ausgebauten US-amerikanischen Versorgungsstruktur geschuldet sein (Olfson u. Marcus 2010).

Unsere Befunde unterstützen die Ergebnisse zahlreicher Studien aus dem ambulanten und Rehabilitationsbereich hinsichtlich der Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (z. B. Leichsenring 2001; Knekt et al. 2008; Liebherz u. Rabung 2013). Es kann anhand des BDI-Summenwertes gezeigt werden, dass die Ausprägung depressiver Beschwerden der Patientinnen, welche zu T1 im klinisch relevanten Bereich lagen, bei Entlassung einer milden Depression entsprach (vgl. Hautzinger 1995). Die Patientinnen konnten so mit einer Symptomausprägung entlassen werden, die eine ambulante Weiterbehandlung ermöglichte. Hierfür spricht auch der signifikante und deutliche Rückgang des BSS-Gesamtwertes. Die Patientinnen wiesen zu T1 einen Mittelwert auf, welcher einer ausgeprägten bis außerordentlich schweren Beeinträchtigung entsprach. Zu T2 fand sich ein Mittelwert, welcher einer „deutlichen Störung von Krankheitswert“, entspricht, wie er typischerweise bei ambulanten Patienten zu finden ist (vgl. Schepank 1995). Diese Befunde werden weiter unterstützt durch die Ergebnisse des SBB, in welchem sich die subjektive Beeinträchtigung auf den drei analog zum BSS definierten Ebenen (körperlich, psychisch, sozialkommunikativ) in ähnlicher Form reduzieren. Da es sich bei dem SBB um ein neu erstelltes Inventar handelt, welches noch nicht ausreichend hinsichtlich seiner Testgütekriterien überprüft wurde, sind hier weitere Untersuchungen bezüglich der Vergleichbarkeit von BSS und SBB nötig.

Diese naturalistische, multizentrische Interventionsstudie unterliegt den durch das Design gegebenen Einschränkungen. Eine Randomisierung der Patientinnen über die beteiligten Kliniken hinweg war nicht möglich, auf eine Kontrollgruppe musste verzichtet werden, weshalb der Einfluss eines möglichen Placeboeffekts nicht beurteilbar ist. In der Literatur werden auch für Psychotherapiewirksamkeitsstudien Placeboeffekte diskutiert (Baskin et al. 2003; Wampold et al. 2007). Die Effekte der STOP-D-Studie müssten entsprechend von möglichen Placeboeffekten bereinigt

werden, um die unspezifischen Wirkungen der stationären Situation von den spezifischen Effekten der psychotherapeutischen Interventionen zu trennen.

Ebenso wenig ließen sich die Quantität und Qualität der Interventionen und Therapiedosen in den teilnehmenden Kliniken standardisieren, da sowohl die Aufenthaltsdauer ($M = 61.8$ Tage; $SD = 26.7$) als auch die angewendeten Therapiedosen einer adaptiven Indikationsstellung auf der Grundlage klinischer Beeinträchtigungen unterlagen. Auch die Stichprobenumfänge, mit denen sich einzelne Kliniken beteiligten, variieren erheblich. Zudem wäre denkbar, dass angebotene Therapiemethoden in unterschiedlichen Kliniken – oder auch nur bei unterschiedlichen Therapeuten – zwar unter der gleichen begrifflichen Benennung stattfinden, diese sich inhaltlich jedoch unterscheiden und sich somit unterschiedlich auswirken – auch in Abhängigkeit von individuellen Variablen der Patientinnen (vgl. Strauß 1999). Hier sind weitere differenzielle Wirksamkeitsanalysen erforderlich. Zu prüfen ist auch, ob bestimmte Prädiktoren oder Ausgangsvoraussetzungen zu unterschiedlichen Therapieangeboten und Resultaten führen (Brockmann et al. 2002).

Zwar sind RCT-Studien mit standardisierten Interventionen hinsichtlich Kausalitätsmodellierung naturalistischen Feldstudien wie STOP-D überlegen. Sie besitzen aber oft nur eine eingeschränkte ökologische Validität (Revenstorf 2005; Tschuschke 2012; Nübling et al. 2007). Dies betrifft vor allem die artifizielle Stichprobenverzerrung, die zugunsten einer (vermeintlich) besseren Kontrolle von intervenierenden Variablen durch homogene Untersuchungskollektive in Kauf genommen wird. Die so untersuchten Gruppen haben häufig mit realen Patientengruppen (z. B. mit komplexen und komorbiden Störungsbildern) nichts mehr gemein. Inwieweit dann gerade im psychotherapeutischen Setting solche „kontrollierten Studien“ in die Praxis übertragbar sind, bleibt fraglich.

Patientinnen, welche eine Kombination aus psychotherapeutischer und medikamentöser antidepressiver Behandlung erhielten, waren zu T1 signifikant depressiver als die Patientinnen, welche keine antidepressive Medikation erhielten. Diese Befunde entsprechen den Empfehlungen der aktuellen S3-Versorgungsleitlinien (S3-Versorgungsleitlinien Unipolare Depression 2012, Version 1.3). Hinsichtlich der erreichten Effektstärken profitieren die zusätzlich psychopharmakologisch antidepressiv behandelten Patientinnen aber nicht stärker von der Behandlung als die ausschließlich psychotherapeutisch behandelten Patientinnen. Bei Gabe von Antidepressiva lässt sich auf der Basis der vorliegenden Daten jedenfalls kein zusätzlicher Effekt auf den Rückgang depressionstypischer Symptomlast nachweisen. Sutej et al. (2006) weisen in einer Metaanalyse auf die uneinheitlichen Studienbefunde hinsichtlich der therapeutischen Vorteile einer kombinierten (Psychotherapie plus Psychopharmakotherapie) versus einer Monotherapie (Psychotherapie oder Pharmakotherapie) hin; von einer kombinierten Therapie schienen vor allem die Patienten zu profitieren, welche einen schweren Verlauf aufwiesen. Unsere Befunde können dies nicht stützen.

Die Analyse der Effektstärken auf depressionstypische Beeinträchtigungen bei komorbid vorliegender Persönlichkeitsstörung zeigte, dass Patientinnen mit komorbider Persönlichkeitsstörung zu T1 keine ausgeprägteren depressiven Symptome aufwiesen als Patientinnen ohne zusätzliche Persönlichkeitsstörung. Zu T2 zeigte die

Gruppe mit komorbider Persönlichkeitsstörung im Vergleich jedoch einen geringeren Rückgang depressionstypischer Symptome. Diese Subgruppe ist jedoch sehr heterogen. Darüber hinaus unterscheiden sich persönlichkeitsgestörte Patienten hinsichtlich ihrer subjektiv erlebten Depressivität möglicherweise nicht nur qualitativ sondern auch hinsichtlich quantitativer Ausprägungsmerkmale und deren therapeutischer Ansprechbarkeit von nicht persönlichkeitsgestörten depressiven Patienten (Stanley u. Wilson 2006; Silk 2010). Der Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen auf die Dynamik der Entwicklung und Behandlung depressiver Beschwerden ist noch nicht hinreichend geklärt (Sharpley u. Bitsika 2011; Rosenbluth et al. 2012).

Diese Arbeit soll einen ersten Blick auf zentrale Ergebnisse zur Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie im Krankenhaus ermöglichen. Weitere Analysen zum Verlauf, zu differenziellen Therapieeffekten sowie Dosis-Wirkungszusammenhängen und Erfolgsprädiktoren sind geplant. Darüber hinaus soll auch eine Überprüfung des Behandlungserfolges auf psychodynamisch relevante Zielmaße erfolgen.

Literatur

- Allianz Deutschland AG und Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (2011): Depression – wie eine Krankheit unsere Seele belastet. https://www.allianz.com/de/presse/news/studien/news_2011-4-13.html (Aufrufdatum: 04.12.2012)
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T., Wampold, B. E. (2003): Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *J Consult Clin Psychol* 71, 973–978.
- Baumann, U. (1976): Methodische Untersuchungen zur Hamilton-Depression-Skala. *Arch Psychiat Nervenkr* 222, 359–375.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D., Eckert, J. (2002): Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien – Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 47, 347–355.
- Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A., Rosset, N. (2002): Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 53, 585–590.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2. Auflage. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Maat de, S. (2010): The efficacy of short term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 30, 25–36.
- Durlak, J. A. (2009): How to select, calculate, and interpret effect sizes. *J Pediatric Psychol* 34, 917–928.
- Franke, G. H. (2002): Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version. 2. vollständig überarbeitete Version. Göttingen: Beltz.
- Franz, M., Janssen, P., Lense, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G. (2000): Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – Eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 46, 242–258.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. C., König, H. H. (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. *Psychiatr Prax* 32, 113–121.

- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jenum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H. C., Stovner, L. J., Vallat, J. M., Van den Bergh, P., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H. U., Jönsson, B., Olesen, J. (2011): Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21, 718–779.
- Hall, R. C. (1995): Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 36, 267–75.
- Hamilton, M. (1967): Development of a rating scale for primary depressive illness. *Brit J Soc Clin Psychol* 6, 278–296.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G., Stieglitz, R. D., Wolfersdorf, M., Felsenstein, M., Berger, M. (2004): Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung: Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg. *Dtsch Ärztebl* 101, A1970–A1974.
- Hartkamp, N., Franz, M. (2007): STOP-D – stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Patientinnen – Ein multizentrisches Forschungsprojekt. *Psychodynam Psychother* 6, 119–130.
- Hartkamp, N., Hildenbrand, G. (2009): Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. In: Janssen, P. L., Joraschky, P., Tress, W. (Hg.): *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, S. 663–672. 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Hautzinger, M. (1995): *Beck-Depressions-Inventar – Testhandbuch*, 2. überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (2001): *Beck-Depressions-Inventar Testhandbuch*. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2009): *BDI II – Beck-Depressions-Inventar – Manual*, 2. Auflage. Frankfurt a. M.: Pearson.
- Hedges, L. V. (1981): Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *J Educ Behav Stat* 6, 107–128.
- Herrmann, A. S., Huber, D. (2013): Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 59, 273–289.
- Hersen, M., Himmelhoch, J. M., Thase, M. E., Bellack, A. S. (1984): Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behav Ther* 15, 21–40.
- Hildenbrand, G., Senf, W., Heuft, G. (2011): Richtlinien der DGPM zur Struktur- und Prozessqualität von Kliniken oder Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 57, 399–406.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H. U. (2002): Prävalenz, Erkennungs- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Symptomen – Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt* 73, 651–658.
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H., Leichsenring, F. (2007): Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserung in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 87–110.
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Langer, M., Keller, W., Dilg, R., Stehle, S., Leichsenring, F., Grande, T. (2008): Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen in der PAL-Studie. *Forum Psychoanal* 24, 47–62.

- Janssen, P. L. (2012): Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 28, 337–358.
- Jonghe de, F., Hendricksen, M., Aalst van, G., Kool, S., Peen, J., Van, R., Eijnden van den, E. (2004): Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 185, 37–45.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russell, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Zajecka, J. (2000): A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 342, 1462–70.
- Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., Valikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C. (2008): Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 38, 689–704.
- König, H. H., Lupp, M., Riedel-Heller, S. (2010): Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiat Prax* 37, 213–215.
- Korsukéwitz, C., Rehfeld, U. (2009): Rehabilitation und Erwerbsminderung – ein aktueller Überblick. *RVaktuell* 10, 335–344.
- Leichsenring, F. (2001): Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21, 401–419.
- Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Rudolf, G., Jakobsen, T. (2008): Die Göttinger Psychotherapiestudie: Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum Psychoanal* 24, 193–204.
- Levenson, J. C., Wallace, M. L., Fournier, J. C., Rucci, P., Frank, E. (2012): The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol* 80, 719–729.
- Liebherz, S., Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63, 355–364.
- Lupp, M., Heinrich, S., Angermeyer, M., König, H. H., Riedel-Heller, S. (2007): Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *J Affect Dis* 98, 29–43.
- Nübling, R., Löschmann, C., Bassler, M., Wittmann, W. W. (2004): Effektivität und Effizienz der Behandlung psychisch Kranker. Vergleich zwischen den Versorgungssektoren Rehabilitation und Akutpsychosomatik sowie Akutpsychiatrie. Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Zugriff am 01.02.2014 unter http://www.researchgate.net/publication/255720958_Effektivitaet_und_Effizienz_der_Behandlung_psychisch_Kranker_Vergleich_zwischen_den_Versorgungssektoren_Rehabilitation_und_Akutpsychosomatik_sowie_Akutpsychiatrie
- Nübling, R., Munz, D., Klett, M. (2007): Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Zugriff am 04.02.2014 unter http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_stellungnahmen/20070228_stellungnahme_lpkbw_methodenpapier_wiss_beirat.pdf
- Olfson, M., Marcus, S. (2010): National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 167, 1456–1463.
- Revenstorff, D. (2005): Das Kuckucksei. Über das Pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie* 9, 1–10.
- Rosenbluth, M., MacQueen, G., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., Schaffer, A. (2012): The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for

- the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders. *Ann Clin Psychiatry* 24, 56–68.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., Houben, I. (2003): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-IV-TR, Deutsche überarbeitete Version. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, S. (2010): Immer öfter eine gute Wahl – Lizenzfreie Testverfahren. *Psychotherapie Aktuell* 3, 12–16.
- Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Göttingen: Beltz.
- S3-Versorgungsleitlinien Unipolare Depression (2012): Version 1.3, www.depression.versorgungsleitlinien.de (Aufrufdatum: 06.11.2012)
- Shapiro, D., Barkham, M., Rees, A. (1994): Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 62, 522–534.
- Sharpley, C. F., Bitsika, V. (2011): Four potential criteria for deciding when to use antidepressants or psychotherapy for unipolar depression: A literature review. *Int J Psychiat Clin* 15, 2–11.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2012): Mikrozensus 2011 Deutschland. Wiesbaden.
- Silk, K. P. (2010): The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *J Pers Disord* 24, 25–37.
- Stanley, B., Wilson, S. T. (2006): Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 20, 307–318.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W., Nübling, R. (2007): Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern: Huber.
- Strauß, B. (1999): Die Chancen der Vielfalt – oder: Kann es allgemeine Psychotherapeuten geben? *Psychotherapeut* 44, 383–384.
- Stulz, N. (2012): Effektstärken: zur klinischen Relevanz von Studienergebnissen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 62, 288–289.
- Sutej, I., Wiethoff, K., Neuhaus, K., Bauer, M. (2006): Pharmakotherapie und Psychotherapie bei unipolarer Depression. *Z Psychiatr Psych Ps* 54, 163–172.
- Thase, M. (2003): Effectiveness of antidepressants: Comparative remission rates. *J Clin Psychiat* 64, 3–7.
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., Rabung, S. (2012): A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: Evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy* 49, 276–290.
- Tschuschke, V. (2012): Wissenschaftlich fundierte Psychotherapie – unbedingt, aber wie? In: Gödde, G., Buchholz, M. (Hg.): *Der Besen, mit dem die Hexe fliegt: Wissenschaft und Therapeutik des Unbewußten Bd. 1 u. 2*, S. 583–604. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Minami, T. (2007): The story of placebo effects in medicine: evidence in context. *J Clin Psychol* 63, 379–390; discussion 405–408.
- Wittchen, H. U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N., Pfister, H. (2000): Häufigkeit und Erkennungsrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschr Med* 118, 22–30.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Berlin: Robert Koch-Institut.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Matthias Franz, Medizinische Fakultät, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Moorenstr. 5, Gebäude 15.16, D-40225 Düsseldorf, E-Mail: matthias.franz@uni-duesseldorf.de

Z Psychosom Med Psychother 61, ISSN (Printausgabe) 1438-3608, ISSN (online) 2196-8349
© 2015 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

Tabelle 1: Datenvollständigkeit über die Messzeitpunkte T1 und T2 sowie über alle Kliniken

Klinik	Erhebungsinstrumente															
	BPT		BTT		BDI		HAMD		SCL-90-R		SBB		BSS		GAF	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
1	109	99	95	81	110	101	96	83	110	99	109	99	95	81	95	81
2	105	101	105	100	104	103	103	103	104	103	105	101	105	100	105	100
3	47	37	33	24	31	33	29	22	46	37	46	37	33	24	34	24
4	45	40	46	41	42	40	45	41	45	41	44	40	46	36	46	40
5	33	31	32	32	31	32	32	31	32	32	32	31	32	32	32	32
6	32	25	17	18	32	24	25	21	30	25	31	24	17	18	16	17
7	27	20	23	19	27	20	23	19	27	20	27	20	23	18	23	19
8	21	20	21	21	20	15	20	17	21	20	1	1	21	21	18	2
9	13	12	14	10	13	12	14	10	14	12	13	12	14	10	14	10
10	13	9	13	13	13	9	13	11	13	9	13	9	13	13	13	13
11	8	7	7	7	8	7	8	7	8	7	7	7	7	7	7	7
12	6	4	4	5	5	4	5	4	6	4	6	4	4	5	4	5
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	3	3	2	1	2	1
15	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2
Summe	468	412	418	377	445	408	420	375	465	417	443	393	418	374	415	356
% von T1		88,0		90,2		91,7		89,3		89,7		88,7		89,5		85,8
vollst. DS	408		352		392		360		412		386		364		345	
% von T1	87,2		84,2		88,1		85,7		88,6		87,1		87,1		83,1	

Anzahl der jeweiligen Datensätze des *Patientenfragebogens* (BPT), des *Therapeutenfragebogens* (BTT), des *Beck-Depressions-Inventars* (BDI), der *Hamilton Depressions-Skala* (HAMD), der *Symptom-Check-List 90* (SCL-90-R), der *Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung* (SBB), des *Beeinträchtigungs-Schwere-Score* (BSS) sowie des *Global Assessment of Functioning* (GAF). Die Zeile „vollst. DS“ (vollständige Datensätze zu T1 und T2) gibt Anzahl der Patientinnen an, von welchen zu T1 und T2 Datensätze vorliegen (listenweiser Fallausschluss). Die Kliniken wurden nach Anzahl der Datensätze im BPT geordnet.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung zu T1

Merkmal	Ausprägung	n (T1)	%
Alter (Jahre)	25–30	128	27.4
	31–35	102	21.8
	36–40	105	22.4
	40–45	133	28.4
Gesamt (fehlende Datensätze)		468 (19)	100.0
Mittelwert (SD)	35.2 (6.2)		
Nationalität	Deutsch	450	96.4
	Über-/Aussiedler	6	1.3
	Andere	11	2.4
Gesamt (fehlende Datensätze)		467 (20)	100.0
Familienstand	ledig	248	53.4
	verheiratet	125	26.9
	getrennt	25	5.4
	geschieden	54	11.6
	verwitwet	4	.9
	sonstiges	8	1.7
Gesamt (fehlende Datensätze)		464 (23)	100.0
Anzahl Kinder	0	249	56.8
	1	99	22.6
	2	71	16.2
	3	13	3.0
	4	3	.7
	5	–	–
	6	3	.7
Gesamt (fehlende Datensätze)		438 (49)	100.0
Mittelwert (SD)	.71 (1.0)		
Schulabschluss	noch in Schule	1	.2
	kein Abschluss	2	.4
	Haupt-/Volksschule	61	13.1
	mittlere Reife	188	40.3
	(Fach-)Abitur	210	45.0
	unbekannt	1	.2
	sonstiges	4	.9
Gesamt (fehlende Datensätze)		467 (20)	100.0

Merkmal	Ausprägung	n (T1)	%
Beruf. Situation*	Erwerbstätige	339	73.1
	Erwerbslose	71	15.3
	Nicht-Erwerbspersonen	36	7.8
	nicht zuzuordnen	18	3.9
Gesamt (fehlende Datensätze)		464 (23)	100.0
BDI Gesamtwert (T1)	Gesamt (fehlende Datensätze)	445 (42)	100.0
Mittelwert (SD) zu T1	26.13 (9.12)		
HAMD Gesamtwert (T1)			
Gesamt (fehlende Datensätze)		420 (67)	100.0
Mittelwert (SD) zu T1	20.25 (7.65)		
Hauptdiagnose nach ICD-10	F32	108	22.9
	F33	155	32.9
	F34	11	2.3
	F39	1	.2
	F40, F41	35	7.4
	F42	3	.6
	F43	30	6.4
	F44	5	1.1
	F45	57	12.1
	F48	2	.4
	F50	35	7.4
	F54	2	.4
	F60, F61	22	4.6
	F62	4	.8
	X84	1	.2
Gesamt (fehlende Datensätze)		471 (16)	100.0

*Kategorie Erwerbstätige: Voll- und Teilzeitbeschäftigte, gelegentlich Berufstätige, Personen in Ausbildung.
 Kategorie Erwerbslose: arbeitslose Personen, anderweitig nicht Berufstätige und ALG II-Empfänger. Kategorie Nicht-Erwerbspersonen: Hausfrauen, mithelfende Familienangehörige und Personen mit EMR/Witwenrente. 18 Patientinnen gaben bzgl. ihrer beruflichen Situation „sonstiges“ oder „unklar“ an und konnten daher nicht den beschriebenen Kategorien zugeordnet werden.

6.1.2 Publikation II

Seidler, D., Schäfer, R., Jenett, D., Hartkamp, N. & Franz, M. (2017). Depression und komorbide Persönlichkeitsstörung - Effekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 67, 379-390.

Name des Journals: „Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie“

Impact-Factor: 1.128 (2017); 1.051 (2019)

Eigenanteil: Betreuung der Studie, Hypothesengenerierung, Planung und Ausführung der Auswertungsschritte, statistische Datenanalyse, Literaturrecherche, Verfassen der Publikation nach Abstimmung mit den Koautoren.

Die Studie „STOP-D“ lief als naturalistische Multizenterstudie unter Antrag und Leitung von Herrn Prof. Dr. Matthias Franz. Förderung durch die Heigl-Stiftung: Fördernummer: 701 800 589, 701 330 512, 701 330 402)

Autor der Dissertation: Erstautor

Zur Vermeidung von Urheberrechtsverletzungen hinsichtlich des Journal-Layouts muss an dieser Stelle auf die Darstellung des Artikels (Publikation II) verzichtet werden. Der Artikel ist unter

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-103949>
(DOI: 10.1055/s-0043-103949)

abrufbar.

6.1.3 Publikation III

Seidler, D., Schäfer, R., Jenett, D., Hartkamp, N. & Franz, M. (2019). Langzeiteffekte tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie bei Depressionen - Katamnesebefunde der STOP-D. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65, 198-211.

Name des Journals: „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“

Impact-Factor: 0.295 (2019)

Eigenanteil: Betreuung der Studie, Hypothesengenerierung, Planung und Ausführung der Auswertungsschritte, statistische Datenanalyse, Literaturrecherche, Verfassen der Publikation nach Abstimmung mit den Koautoren.

Die Studie „STOP-D“ lief als naturalistische Multizenterstudie unter Antrag und Leitung von Herrn Prof. Dr. Matthias Franz. Förderung durch die Heigl-Stiftung: Fördernummer: 701 800 589, 701 330 512, 701 330 402)

Autor der Dissertation: Erstautor

Langzeiteffekte tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie bei Depressionen – Katamnesebefunde der STOP-D-Studie^{1,2}

Daniel Seidler³, Ralf Schäfer³, Dörte Jenett³, Norbert Hartkamp⁴, Matthias Franz³

Summary

Long-term effectiveness of psychodynamic inpatient therapy on depressive disorders – Catamnestic-Results of the STOP-D-Study

Objectives: Depression is one of the most common disorders with a rate of recurrence between 60–75%. The effectiveness of psychodynamic therapy is well-proven, but there is still a lack of studies proving the long-term effectiveness of inpatient treatment on depressive symptom load.

Methods: After psychodynamic inpatient treatment in a psychodynamically oriented psychosomatic hospital unit, the reduction in general and depressive symptom load (e.g. BDI, HAMD, SCL-90-R) was evaluated by a six-month follow up design. The study was set up as naturalistic multicenter intervention study including a female follow-up sample (N = 291; age 25–45 years).

Results: The symptom improvement reached by the inpatient treatment remained stable at the follow-up survey. Patients treated with antidepressant medication showed stronger depressive symptom load at discharge and follow-up survey compared to patients without antidepressant medication. Sociodemographic variables and a comorbid personality disorder were not associated with increased drop-out rates, but depressive symptom load and a premature ending of the treatment.

Conclusions: The obtained results demonstrate the long-term effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy. Further studies about the influence of post-hospital psychotherapy and medical treatment as well as patient satisfaction seem necessary.

Z Psychosom Med Psychother 65/2019, 198–211

Keywords

Depression – Psychodynamic Psychotherapy – Inpatient Psychotherapy – Long-term-Effectiveness – STOP-D

¹ Die Studie wird aus Mitteln der Heigl-Stiftung gefördert, bei welcher wir uns hiermit herzlich bedanken.

² Diese Publikation der Studie „STOP-D“ ist Teil einer Dissertation, welche bei der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Düsseldorf als Teil der Anforderungen zur Erlangung des Doktorgrades (rer. nat.) von Herrn Dipl.-Psych. Daniel Seidler eingereicht werden soll.

³ Medizinische Fakultät, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Düsseldorf.

⁴ Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Solingen.

Zusammenfassung

Fragestellung: Depressionen zählen zu den häufigsten Erkrankungen mit einer Rezidivwahrscheinlichkeit von 60 bis 75 %. Die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie ist belegt, es besteht jedoch ein Mangel an Studien, die den langfristigen Nutzen bei stationär behandelten, depressiv erkrankten Patienten belegen.

Methode: Nach stationärer psychotherapeutischer Behandlung in einer tiefenpsychologisch orientierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik wurde in einer naturalistischen Multizenterstudie anhand einer weiblichen Verlaufsstichprobe (N = 291, Alter 25–45 Jahre) die erzielte Verringerung allgemeiner und depressionstypischer Symptomlast (u. a. BDI, HAMD, SCL-90-R) mittels einer Sechs-Monats-Katamnese auf ihre Stabilität hin untersucht.

Ergebnisse: Die während der stationären Behandlung erzielten Symptomrückgänge zeigten sich in der Katamnese stabil. Medikamentös antidepressiv behandelte Patientinnen zeigten zum Entlassungs- sowie zum Katamnesezeitpunkt eine höhere klinische Belastung als Patientinnen ohne antidepressive Medikation. Soziodemographische Variablen und das komorbide Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung waren nicht mit einer erhöhten Drop-out-Rate assoziiert, jedoch depressive Symptomlast und ein vorzeitiges Behandlungsende.

Diskussion: Die Befunde sprechen für die nachhaltige Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Weitere Untersuchungen zu Einflüssen poststationärer Anschlusstherapien und medikamentöser Behandlung sowie zur Patientenzufriedenheit erscheinen sinnvoll.

1. Einleitung

Bei ansteigendem Erkrankungsrisiko zählen depressive Erkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 11.6 und 19 % zu den häufigsten Erkrankungen und die Rezidivwahrscheinlichkeit ist mit 60 bis 75 % hoch (Wittchen et al. 2010; Busch et al. 2013). Für Frauen werden Lebenszeitprävalenzen von bis zu 26 % angegeben (Huber u. Klug 2012) und es bestehen Hinweise auf eine erhöhte Rezidivgefahr vor allem bei jungen Frauen (Koppers et al. 2011). Zusätzlich stellen depressive Erkrankungen einen erheblichen Kostenfaktor durch indirekte und direkte Behandlungskosten dar (Friemel et al. 2005; König et al. 2010). Hinsichtlich stationärer Versorgung wurden im Jahr 2015 1.230.330 Patienten aufgrund psychischer- und Verhaltensstörungen behandelt, wobei der Anteil depressiv erkrankter Patienten (ICD-10: F32 und F33) mit 263.002 Fällen hoch war (Statistisches Bundesamt 2015a).

Vor diesem Hintergrund erscheint eine effektive und nachhaltige Therapie von großer Bedeutung. Die Option einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhaus-Behandlung in Deutschland kann im internationalen Vergleich als außergewöhnlich bedeutsam für die Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter angesehen werden (Rudolf et al. 2004; Barghaan et al. 2007; Kruse u. Herzog 2014). Im Jahre 2015 existierten 237 Fachabteilungen für psychosomatisch-psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 10.439 Betten. De-

ren Auslastung betrug bei einer Fallzahl von 83.012 Patienten 92.0 % (Statistisches Bundesamt 2015b).

Sowohl die Wirksamkeit stationärer (Franz et al. 2000; Liebherz u. Rabung 2013; Franz et al. 2015; Zeeck et al. 2015, 2016) psychodynamisch fundierter Psychotherapie als auch deren langfristige Wirksamkeit können durch zahlreiche Studien als belegt angesehen werden (Leichsenring 2002; Driessen et al. 2010; Rabung u. Leichsenring 2016). Wirksamkeitsnachweise für psychodynamisch fundierte Psychotherapie im stationären Bereich erbrachten Herrmann und Huber (2013) zum Beispiel anhand der SCL-90-R-Subskala „Depressivität“ mit $d = 1.06$. In einer Studie von Huber et al. (2009) zur Untersuchung von Langzeiteffekten stationärer Psychotherapie konnte deren langfristige Wirksamkeit im Rahmen einer Drei- bis Fünf-Jahres-Katamnese dargestellt werden. Insgesamt liegen jedoch nur wenige Studien zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie im psychosomatischen Krankenhausbereich vor, und besonders Follow-up-Studien zur Effektivität der Behandlung von depressiven Störungen sind selten (Koppers et al. 2011).

Die hohe Effektivität stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei der Behandlung depressiver Störungen konnte durch die Studie STOP-D („Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen“) anhand einer weiblichen Stichprobe belegt werden. In allen dort verwendeten klinischen Zielmaßen zur Erfassung allgemeiner und depressionstypischer Symptomlast konnten signifikante Verbesserungen zwischen Aufnahme- (T1) und Entlassungszeitpunkt (T2) beschrieben werden (Franz et al. 2015). Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Hinweise auf die Langzeitwirksamkeit dieser Therapieform mittels einer Sechs-Monats-Katamnese (T3) zu gewinnen.

Zur Behandlung von depressiven Erkrankungen ist die Wirksamkeit sowohl der Psycho- als auch der Pharmakotherapie sowie der Kombinationsbehandlung belegt und durch die aktuellen S3-Leitlinien zur Behandlung unipolarer Depressionen empfohlen (Voderholzer u. Barton 2016; DGPPN et al. 2017). In einer – hauptsächlich Studien mit ambulant behandelten depressiven Patienten umfassenden – Übersichtsarbeit stellten Voderholzer und Barton (2016) eine Überlegenheit psychotherapeutischer und kombinierter Therapieformen gegenüber pharmakologischer Monotherapie heraus. Es soll daher auch geprüft werden, ob eine psychopharmakologische Behandlung im Anschluss an die stationäre Psychotherapie zu einer größeren Stabilität führen konnte, beziehungsweise ob sich Vorteile einer Kombinationstherapie ergeben.

2. Methodik

2.1. Studienablauf

Teilnehmende Patientinnen wurden in 15 bundesdeutschen psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausabteilungen mit vorwiegend tiefenpsychologischem Behandlungskonzept im Rahmen eines multizentrisch-naturalistischen Studiendesigns zu drei Messzeitpunkten untersucht: Aufnahmezeitpunkt T1; Entlassungszeitpunkt T2; Sechs-Monats-Katamnese T3 (Franz et al. 2015). Nach ausführlicher mündlicher sowie schriftlicher Aufklärung der Patientinnen wurde deren Einwilligung zur Studienteilnahme eingeholt. Ein positives Votum der zuständigen Ethikkommission liegt vor.

2.2. Stichprobe

Es wurden weibliche Patienten in die Erhebung eingeschlossen, welche sich zur Behandlung einer dimensional ausgeprägten depressionstypischen Symptomatik (BDI-Gesamtwert ≥ 11) und/oder einer kategorial nach ICD-10 diagnostizierten Depression in stationärer, tiefenpsychologisch fundierter Behandlung befanden (ICD-10: F32 (ohne F32.3), F33 (ohne F33.3), F34.1 oder F43.2). Zur Homogenisierung der Stichprobe und aufgrund berichteter höherer Prävalenz- und Rezidivraten (Wittchen et al. 2010; Koppers et al. 2011) wurden ausschließlich weibliche Patientinnen im Alter zwischen 25 und 45 Jahren in die Studie eingeschlossen. Die Patientinnen waren zu T1 im Mittel 35.2 Jahre alt (SD = 6.2), die mittlere stationäre Behandlungsdauer (T1-T2) betrug 61.8 Tage (SD = 26.7). Patientinnen mit einer gravierenden psychiatrischen oder somatischen Komorbidität (z. B. Suchtmittelabhängigkeit, hirnorganische Schädigungen, demenzielle Erkrankungen, bipolare Störungen, Psychosen, BMI ≤ 13) wurden aus der Studie ausgeschlossen. Es konnten zu T1 487 Patientinnen (zu T2 N = 446) in die Berechnungen einbezogen werden (Franz et al. 2015). In 291 Fällen (59.8% der T1-Stichprobe) lagen Daten zu T3 vor. Zwischen der Katamnesestichprobe und der Ausgangsstichprobe erfolgte ein Vergleich der Mittelwertunterschiede in klinischen Belastungskennwerten sowie soziodemographischer Variablen und der Variablen Substanzkonsum und Intelligenz (Daten je zu T1). Hierdurch sollten mögliche verzerrende Einflüsse durch selektiven Drop-out erfasst werden. Außerdem wurde geprüft, ob sich die Gruppe der Studienabbrecher zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Belastungsschwere oder relevanter Co-Variablen (Art des Behandlungsendes: geplant, vorzeitig usw., der Einschätzung, von der Behandlung profitiert zu haben), bedeutsam von der Katamnesestichprobe unterschieden (Daten zu T2).

In 262 Fällen (90.0%) der T3-Stichprobe lagen Angaben dazu vor, ob zwischen T2 und T3 eine zusätzliche medikamentöse Behandlung erfolgte, wobei 112 dieser Patientinnen (= 42.7%) eine dauerhafte antidepressive Medikation angaben. Zur Überprüfung eines eventuellen Einflusses auf die Stabilität der depressiven Symptomlast wurden, in Anlehnung an die Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinien

zur Behandlung unipolarer Depressionen, welche eine fortgeführte antidepressive Medikation von mindestens sechs Monaten empfehlen (DGPPN et al. 2017), in die Gruppe der Patientinnen mit antidepressiver Medikation (zumeist Kombinationsbehandlung, 15 Patientinnen erhielten nachstationär eine pharmakologische Monotherapie) nur Fälle aufgenommen, bei welchen die Einnahme als dauerhaft gekennzeichnet war.

2.3. Untersuchungsinstrumente

Die Daten wurden mittels etablierter Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren durch den aufnehmenden (T1) beziehungsweise behandelnden (T2, T3) Therapeuten der jeweiligen Klinik erhoben. Die depressive Symptomausprägung wurde mittels *Beck-Depressions-Inventar* (BDI; Hautzinger 1995), *Hamilton Depressions-Skala* (HAMD; Hamilton 1986) sowie der Subskala „Depressivität“ der *Symptom-Check-List-90* (SCL-90-R; Franke 2002) erfasst. Allgemeine Belastungsschwere wurde mittels des aggregierenden Belastungsindex GSI der SCL-90-R, des *Global Assessment of Functioning* (GAF; Hall 1995; Saß et al. 2003) sowie des *Beeinträchtigungs-Schwere-Scores* (BSS; Schepank 1995) erhoben. Zudem erfolgte die Verwendung des selbstgenerierten Inventars SBB (*Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung*, vgl. Franz et al. 2015), durch welchen die Patientinnen, in Analogie zum BSS, auf den Skalen „Körperlich“, „Psychisch“ und „Sozial-kommunikativ“ ihre subjektive Belastung einschätzen sollten, sowie der selbstgenerierten Fragebögen *Befragungsbogen Patient* (BPT) beziehungsweise *Befragungsbogen Therapeut* (BTT) zur Erfassung klinischer und soziodemographischer Variablen. Subjektive soziale Unterstützung wurde anhand des *Fragebogens zur sozialen Unterstützung* (FSozU K-22; Fydrich et al. 2007) sowie das Intelligenzniveau mittels des *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztests* (MWT-B; Lehrl 1999) erfasst.

2.4. Datenanalyse und statistische Verfahren

Drop-out-Analysen und Analysen zu Gruppenunterschieden wurden mittels ein-faktorieller Varianzanalysen durchgeführt. Bei kategorial-nominalen Variablen erfolgte die Durchführung eines Chi²-Test beziehungsweise Fisher's exaktem Test. Mittelwertunterschiede zwischen verschiedenen Messzeitpunkten beziehungsweise zwischen Subgruppen wurden mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung auf Signifikanz geprüft, bei fehlender Sphärizität wurden Korrekturen nach Huynh und Feldt (1976) vorgenommen. Den statistischen Berechnungen liegt jeweils ein Konfidenzintervall von 95 % zugrunde. Das Alpha-Signifikanzniveau wurde auf $p(\alpha) = .05$ festgelegt.

3. Ergebnisse

Hinsichtlich der Drop-out-Analysen zeigte sich, dass sich Patientinnen der T3-Stichprobe (N = 291) in klinischen und soziodemographischen Variablen (Alter, Anzahl der Kinder, Partnerschaft, Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, Nettoeinkommen) sowie hinsichtlich Substanzabusus, des Intelligenzquotienten (MWT-B) und der sozialen Unterstützung (Gesamtwert des FSozU K-22) nicht signifikant von der T1-Stichprobe (N = 487) unterschieden ($p > .05$; Vergleich der Werte zu T1). Durch die Drop-out-Analysen zwischen T2 und T3 wird erkennbar, dass Patientinnen, bei welchen die stationäre Behandlung nicht regulär beendet wurde (auf Wunsch der Patientin; in Einvernehmen der Patientin mit dem Behandler o. ä.) zu T3 unterrepräsentiert waren im Vergleich zu Patientinnen, bei welchen die stationäre Behandlung regulär beendet wurde. In der Gruppe mit zu T2 regulär beendeter Behandlung nahmen 72.8 % (N = 244) der Patientinnen zu T3 an der Studie teil, während dies in der Gruppe mit vorzeitig beendeter Behandlung nur 43.8 % (N = 14) waren ($p < .05$). In der Behandlungsstichprobe wiesen zu T2 37 % der Patientinnen eine komorbide Persönlichkeitsstörung (PD) auf (Seidler et al. 2017). Von diesen nahmen 71.7 % an der T3-Erhebung teil, in der Subgruppe ohne

Tabelle 1: Darstellung der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Drop-out-Gruppe nach T2 und der T3-Stichprobe (Werte zu T2). Darstellung der Gruppengrößen (N) und varianzanalytischer Berechnungen.

Zielmaße	Drop-out-Stichprobe (zu T3, N = 83)		T3-Stichprobe (N = 223)	
	M	SD	M	SD
BDI Gesamtwert	15.98	9.86	12.28	10.75
	$F(1,304) = 7.45, p < .01$			
HAMD Gesamtwert	11.96	7.07	9.39	6.58
	$F(1,304) = 8.85, p < .01$			
SCL-90-R Depressivität	1.28	.76	1.09	.82
	$F(1,304) = 3.39, p < .10$			
SCL-90-R GSI	.93	.54	.83	.62
	$F(1,304) = 1.51, p = n. s.$			
SBB Gesamtwert*	4.92	2.32	4.43	2.62
	$F(1,304) = 2.17, p = n. s.$			
BSS Gesamtwert*	4.73	1.82	4.76	1.86
	$F(1,304) = .01, p = n. s.$			
GAF Gesamtwert	62.58	11.91	63.90	11.05
	$F(1,304) = .83, p = n. s.$			

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), für Beck-Depressions-Inventar (BDI), Hamilton Depressions-Skala (HAMD), Subskala „Depressivität“ und Global Severity Index (GSI) der Symptom-Check-Liste 90 (SCL-90-R), Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), Selbstbeurteilung der Belastung (SBB) und Global Assessment of Functioning (GAF), listenweiser Fallausschluss.

* Auf Darstellung der Subskalen wird zur Erhöhung der Übersichtlichkeit verzichtet.

komorbide PD waren dies 69.0 % ($p = n. s.$). Tendenzielle Unterschiede bestanden zwischen den Gruppen mit und ohne T3-Teilnahme hinsichtlich der subjektiven Patientinnen-Einschätzung zu T2, dass sich die stationäre Behandlung gelohnt habe ($p < .10$). Patientinnen der Katamnese-Stichprobe gaben in 96.9 % der Fälle ($N = 254$) zu T2 an, die Behandlung habe sich gelohnt. In der Gruppe, welche zu T3 aus der Studie herausfielen, nur 92.4 % ($N = 121$). Bezüglich der Frage, ob die Patientinnen die behandelnde Klinik weiterempfehlen würden, gaben 97.4 % ($N = 258$) der Patientinnen mit T3-Teilnahme an, die Klinik weiterzuempfehlen, in der Drop-out-Gruppe zu T3 waren dies 90.7 % ($N = 117$; $p < .05$). Tabelle 1 stellt die Mittelwertunterschiede zwischen der Drop-out-Gruppe zu T3 und der T3-Stichprobe sowie die varianzanalytische Signifikanzprüfung für die klinischen Inven-

Tabelle 2: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) der Katamnese-Stichprobe ($N =$ Gruppengröße) in klinischen Zielmaßen T1 (Aufnahmezeitpunkt), T2 (Entlassungszeitpunkt) und T3 (Katamnesezeitpunkt). Darstellung der Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung. Im Falle nicht gegebener Sphärizität wurde eine Korrektur nach Huynh-Feldt (1976) vorgenommen – zur Verbesserung der Lesbarkeit werden auch nach Korrektur die Freiheitsgrade in (gerundeten) ganzen Zahlen angegeben. Indexzahlen geben signifikante Unterschiede gegenüber den jeweiligen Messzeitpunkten an (1 = T1; 2 = T2; 3 = T3)

Zielmaße	N	T1		T2		T3	
		M	SD	M	SD	M	SD
BDI Gesamtwert	250	25.64 ^{2,3}	8.82	12.87 ¹	10.70	13.12 ¹	11.69
$F(2,478) = 272.19, p < .01$							
HAMD Gesamtwert	224	19.94 ^{2,3}	7.46	9.54 ¹	6.85	9.24 ¹	7.61
$F(2,412) = 247.74, p < .01$							
SCL-90-R Depressivität	267	1.97 ^{2,3}	.75	1.13 ¹	.84	1.07 ¹	.91
$F(2,510) = 169.14, p < .01$							
SCL-90-R GSI	267	1.37 ^{2,3}	.59	.86 ¹	.64	.79 ¹	.68
$F(2,488) = 152.68, p < .01$							
SBB Gesamtwert*	253	7.68 ^{2,3}	2.39	4.51 ¹	2.60	4.46 ¹	2.88
$F(2,488) = 169.43, p < .01$							
BSS Gesamtwert*	230	7.78 ^{2,3}	1.26	4.76 ^{1,3}	1.83	4.00 ^{1,2}	2.26
$F(2,447) = 420.99, p < .01$							
GAF Gesamtwert	229	46.37 ^{2,3}	9.13	63.93 ^{1,3}	11.02	69.32 ^{1,2}	15.08
$F(2,423) = 343.24, p < .01$							

Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), für Beck-Depressions-Inventar (BDI), Hamilton Depressions-Skala (HAMD), Subskala „Depressivität“ und Global Severity Index (GSI) der Symptom-Check-Liste 90 (SCL-90-R), Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), Selbstbeurteilung der Belastung (SBB) und Global Assessment of Functioning (GAF) bei Einbezug aller jeweils für die einzelnen Messinstrumente vorhandenen Datensätze der Katamnese-Stichprobe. Im Unterschied zu Franz et al. 2015 werden hier in der T1-T2-Darstellung lediglich die Werte der Katamnese-Stichprobe aufgeführt.

* Auf Darstellung der Subskalen wird zur Erhöhung der Übersichtlichkeit verzichtet. Abweichungen vom Gesamt-N der Katamnese-Stichprobe ($N=291$) sind durch individuell unvollständige Datensätze bedingt.

tare (Werte zu T2) dar. Hinsichtlich der Belastungsschwere unterschied sich die T3-Stichprobe in den Merkmalen BDI-Gesamtwert und HAMD-Gesamtwert signifikant von den Probandinnen der Drop-out-Gruppe dahingehend, dass Studienabbrecherinnen eine höhere Belastungsschwere aufwiesen. In den übrigen Fragebögen zeigten sich die Unterschiede nicht signifikant, wobei sich in der Subskala „Depressivität“ des SCL-90-R ein statistischer Trend zeigte ($p < .10$).

Tabelle 2 fasst die Mittelwerte und Standardabweichungen der Katamnese-Studienstichprobe in den klinischen Fragebogen-Inventaren zusammen. Tabelle 3 zeigt die Effektstärken für T1-T2, T2-T3 und T1-T3 (g nach Hedges 1981).

Es ist evident, dass die Symptomrückgänge T1-T2 zum Katamnesezeitpunkt im Wesentlichen stabil blieben. Im BSS (Gesamtwert) und im GAF zeigte sich von T2 zu T3 eine weitere statistisch signifikante Symptomreduktion. In Anlehnung an die von Cohen (1988) gezeigten Richtwerte weisen die Effekte im Katamnese-Intervall in den klinischen Maßen eine geringe Stärke auf.

Tabelle 3: Effektstärken (g nach Hedges, 1981) für die verwendeten klinischen Fragebögen bezogen auf T1 (Aufnahmezeitpunkt), T2 (Entlassungszeitpunkt) und T3 (Katamnesezeitpunkt).

Zielmaße	N	g	g	g
		T1 – T2	T2 – T3	T1 – T3
BDI Gesamtwert	250	1.30	-.02	1.21
HAMD Gesamtwert	224	1.45	.04	1.42
SCL-90-R Depressivität	267	1.05	.07	1.08
SCL-90-R GSI	267	.83	.11	.91
SBB Gesamtwert*	253	1.27	.02	1.22
BSS Gesamtwert*	230	1.92	.37	2.07
GAF Gesamtwert	229	-1.74	-.41	-1.84

Effektstärken der Fragebögen *Beck-Depressions-Inventar* (BDI), *Hamilton Depressions-Skala* (HAMD), Subskala „Depressivität“ und *Global Severity Index* (GSI) der *Symptom-Check-Liste 90* (SCL-90-R), *Selbstbeurteilung der Belastung* (SBB), *Beeinträchtigungs-Schwere-Score* (BSS) und *Global Assessment of Functioning* (GAF) Abweichungen vom Gesamt-N der Katamnese-Stichprobe (N=291) sind durch individuell unvollständige Datensätze bedingt.

* Auf Darstellung der Subskalen wird zur Erhöhung der Übersichtlichkeit verzichtet.

Bei der Untersuchung möglicher Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne dauerhafter antidepressiver Medikation im Katamnesezeitraum erwiesen sich die zu T2 erzielten Symptomrückgänge sowohl bei Patientinnen mit als auch ohne zusätzlicher antidepressiver Medikation zu T3 als stabil. Patientinnen, welche eine Behandlung in Form von Antidepressiva erhielten, wiesen in allen klinischen Zielmaßen und zu allen Messzeitpunkten eine höhere Belastungsschwere auf (s. Tabelle 4). Diese Tabelle führt zudem die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung sowie die Interaktion Gruppe \times Zeit auf.

Tabelle 4: Gruppenumfänge (N), Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) zu T1 (Aufnahmezeitpunkt), T2 (Entlassungszeitpunkt), T3 (Katamnesezeitpunkt) der Patientinnengruppe mit und ohne antidepressive Medikation im Katamneseintervall. Darstellung der Varianzanalyse mit Messwiederholung: Haupteffekte Gruppe (mit/ohne antidepressive Medikation) und Zeitpunkt (T1, T2, T3) sowie Interaktion (Gruppe × Zeit). Darstellung von Freiheitsgraden (df), F-Werten der Varianzanalysen (F) und Signifikanzprüfungen (p). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei verletzter Sphärizitätsannahme korrigierte Freiheitsgrade (Huynh-Feld) in gerundeten ganzen Zahlen angegeben.

Zielmaß	Zeitpunkt	Keine Antidepressiva			Antidepressiva			Haupteffekt Gruppe (mit/ohne Antidepressiva)	Gruppe × Zeit	
		N	M	SD	N	M	SD			
BDI	T1	130	23.62	8.39	99	27.78	8.74	F(1,227) = 23.56, p < .01	F(2,438) = 1.23, p = n.s.	
	T2		10.08	8.30		16.29	11.96			
	T3		10.38	10.25		15.78	12.04			
	Haupteffekt Zeitp.	F(2,438) = 240.38, p < .01								
HAM-D	T1	124	17.84	6.49	99	22.58	7.82	F(1,221) = 29.35, p < .01	F(2,409) = 1.43, p = n.s.	
	T2		8.27	6.40		11.14	7.11			
	T3		7.54	6.49		11.44	8.34			
	Haupteffekt Zeitp.	F(2,409) = 246.05, p < .01								
SCL-90-R	Depressivität	T1	1.84	.68	105	2.10	.80	F(1,243) = 24.22, p < .01	F(2,467) = 1.83, p = n.s.	
		T2	.91	.72		1.39	.91			
		T3	.86	.85		1.29	.92			
		Haupteffekt Zeitp.	F(2,467) = 146.19, p < .01							
	GSI	T1	140	1.31	.56	105	1.45	.62	F(1,243) = 14.01, p < .01	F(2,450) = 2.93, p = n.s.
		T2		.72	.56		1.04	.68		
		T3		.65	.62		.94	.69		
		Haupteffekt Zeitp.		F(2,450) = 131.49, p < .01						
SBB*	Gesamtwert	T1	7.42	2.38	100	7.99	2.44	F(1,234) = 17.27, p < .01	F(2,455) = 2.42, p = n.s.	
		T2	4.18	2.41		5.18	2.87			
		T3	3.82	2.59		5.32	3.15			
		Haupteffekt Zeitp.	F(2,455) = 142.61, p < .01							
BSS*	Gesamtwert	T1	7.64	1.23	98	7.97	1.21	F(1,228) = 10.29, p < .01	F(2,446) = 7.53, p < .01	
		T2	4.67	1.65		4.88	2.05			
		T3	3.50	1.95		4.68	2.48			
		Haupteffekt Zeitp.	F(2,446) = 414.38, p < .01							
GAF	Gesamtwert	T1	47.35	9.11	101	45.12	9.04	F(1,227) = 11.63, p < .01	F(2,424) = 3.15, p < .05	
		T2	65.30	10.82		62.21	11.08			
		T3	72.23	14.49		65.64	15.10			
		Haupteffekt Zeitp.	F(2,424) = 335.47, p < .01							

Werte für Beck-Depressions-Inventar (BDI), Hamilton Depressions-Skala (HAM-D), Subskala „Depressivität“ und Global Severity Index (GSI) der Symptom-Check-Liste 90 (SCL-90-R), Selbstbeurteilung der Belastung (SBB), Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und Global Assessment of Functioning (GAF).

* Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird auf die Darstellung der SBB- und BSS-Subskalen verzichtet.

4. Diskussion

Verglichen mit der T1-Stichprobe ergaben sich für die T3-Stichprobe durch Drop-out keine bedeutsamen Unterschiede (Werte zu T1) hinsichtlich klinischer und soziodemographischer Variablen, Substanzabusus, Intelligenzquotient sowie sozialer Unterstützung. Gegenüber der T1- kann die T3-Stichprobe somit als ausreichend repräsentativ angesehen werden. In Vergleichen zwischen Drop-out-Gruppe (nach T2) und T3-Stichprobe bestanden zu T2 höhere depressionstypische Belastungen der Drop-out-Gruppe, während sich die allgemeine psychische Belastung nicht bedeutsam unterschied. Das Vorliegen einer komorbiden PD zeigt keinen relevanten Einfluss auf die Drop-out-Wahrscheinlichkeit. Die Befundlage in der Literatur zur Langzeitwirkung einer Behandlung von Depressionen bei komorbider PD ist insgesamt uneindeutig (Kronmüller u. Mundt 2006). Ob das komorbide Vorliegen einer PD einen bedeutsamen Einfluss auf die Stabilität der Behandlungseffekte im Katamnesezeitraum hatte, soll anhand des dieser Studie zugrunde liegenden Datensatzes noch geprüft werden.

Unterschiede zeigten sich zwischen den Gruppen mit und ohne Teilnahme an der T3-Erhebung hinsichtlich der Beendigungsmodalitäten der stationären Behandlung. Anhand der vorliegenden Daten können Ursachen für ein nicht-reguläres Beenden der Behandlung nicht ausreichend beurteilt werden, jedoch lassen die Befunde vermuten, dass es sich bei Behandlungsabbrechern auch eher um Studienabbrecher handelte. Dies wird unterstützt durch die Unterschiede der Drop-out-Analysen bezüglich der Meinung der Patientinnen, die behandelnde Klinik weiter empfehlen zu können, und des subjektiven Eindrucks, dass die stationäre Behandlung für sie lohnenswert gewesen sei. Lieberz und Ciemer (2000) führten stationäre Behandlungsabbrüche unter anderem auf Probleme mit dem stationären Setting oder eine zu hohe Belastung durch die Therapie zurück. Dies könnte auch einen negativen Einfluss auf die Motivation einer fortgeführten Studienteilnahme gehabt haben. Allerdings gab auch die Drop-out-Gruppe in 92 % der Fälle an, die Behandlung als lohnend empfunden zu haben. Die Werte liegen hier über denen einer Studie von Rudolf et al. (2004), in welcher 80 % einer Patientengruppe mit unterschiedlichen Diagnosen eine hohe Zufriedenheit mit einer erfolgten stationären psychodynamischen Therapie angaben.

Mit einem Umfang von 60 % gegenüber der Ausgangsstichprobe (T1) beziehungsweise von 65 % gegenüber dem T2-Datensatz kann die Katamnesestichprobe (T3) als ausreichend groß eingestuft werden und ist im Ausmaß mit einer Studie von Beutel et al. (2005) vergleichbar, in welcher 70 % der ursprünglichen Stichprobe an einer Ein-Jahres-Katamnese teilnahmen. Ein Grund für die minimal geringfügigere Stichprobengröße zum Katamnesezeitpunkt könnte darin liegen, dass die T3-Erhebung in der vorliegenden Studie in den Kliniken selbst und nicht, wie bei Beutel et al., auf dem Postwege erfolgte.

Die Befunde sprechen für die langfristige Wirksamkeit stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei Depressionen. Die zu T2 gegenüber

T1 beschriebenen Symptomreduktionen (Franz et al. 2015) können zu T3 als stabil angesehen werden. Die Befunde unterstützen somit andere Studien zur Nachhaltigkeit psychodynamisch fundierter stationärer Psychotherapie (Huber et al. 2009).

Von 276 Patientinnen gaben 223 (80,8 %) eine ambulante oder erneute (teil-) stationäre Psychotherapie nach Entlassung aus dem stationären Setting an. Die Werte liegen im Rahmen vergleichbarer Studien (Beutel et al. 2005; Huber et al. 2009). Aufgrund der hohen Zahl an Patientinnen mit psychotherapeutischer Unterstützung nach Entlassung kann anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend auf Carry-over-Effekte der stationären Behandlung beziehungsweise Einflüsse der poststationären Nachbehandlung geschlossen werden. Jedoch ist denkbar, dass eine ambulante Weiterbehandlung zur weiteren Verbesserung oder Aufrechterhaltung stationär erbrachter Therapieerfolge beitrug (Beutel et al. 2005). Die Erreichbarkeit der ambulanten Behandlungsfähigkeit und eine ambulante Weiterbehandlung sind Ziele einer stationären Behandlung (Rudolf et al. 2004; Huber et al. 2009). Dies entspricht auch der mittleren Ausprägung depressiver Symptomlast zu T2 und T3 (BDI-Gesamtwert jeweils ca. 13), welche einer mittelgradigen Depression entspricht (Hautzinger 1995) und eine ambulante Psychotherapie indiziert.

Patientinnen mit antidepressiver medikamentöser Unterstützung wiesen in allen Fragebogen-Inventaren eine höhere Belastungsschwere zu T2 und T3 auf als Patientinnen ohne antidepressive Medikation. Die Ausprägung psychischer Belastung zeigte sich jedoch auch in der Subgruppe antidepressiv medikamentös behandelte Patientinnen im Katamneseintervall insgesamt stabil. Die Befunde scheinen den Empfehlungen der S3-Leitlinien einer medikamentösen Unterstützung bei vor allem schweren Ausprägungen depressiver Symptomlast zu entsprechen (DGPPN et al. 2017). In den meisten Fragebögen ließ sich allerdings kein Interaktionseffekt (Gruppe \times Zeit) in den Varianzanalysen nachweisen. Da die Patientinnen der vorliegenden Studie nur in wenigen Fällen eine poststationäre medikamentöse Monotherapie erhielten und auch ein hoher Anteil der Patientinnen im Rahmen der Katamnesezeit eine psychotherapeutische Behandlung wahrnahm, kann die Frage einer zusätzlichen Wirksamkeit medikamentöser Behandlung nicht abschließend beantwortet werden. Hinzu kommt, dass Einflüsse auf die Befundlage durch eventuell vergebene Medikamente aus anderen Indikationsbereichen (z. B. Tranquillizer, Neuroleptika, somatisch wirksame Medikamente) nicht ausgeschlossen werden können.

Darüber hinaus unterliegt die Studie den methodischen Einschränkungen einer naturalistischen Multizenterstudie (Franz et al. 2015). Neben dem Fehlen einer Kontrollgruppe konnte – settingbedingt – keine randomisierte Zuweisung zu den 15 teilnehmenden Kliniken erfolgen. Zudem stellt eine Behandlung in einem stationären Rahmen kein einheitliches Konstrukt dar, kann in Kliniken variieren oder auf Patienten zugeschnitten sein (Rudolf et al. 2004). Inwieweit dies auf hier beteiligte Kliniken zutrif, kann nicht sicher beantwortet werden. Auch kann ein

Einfluss bestehender Komorbiditäten sowie eventueller Therapeutenmerkmale nicht ausgeschlossen werden. Die vorliegende naturalistische Studie stellt so jedoch praxisnahe Wirksamkeitshinweise mit ökologischer Validität dar (Jakobsen et al. 2008; Leichsenring et al. 2008).

Kritisch zu betrachten ist, dass die vorliegende Studie lediglich drei Messzeitpunkte beinhaltet und somit mögliche Symptomänderungen nicht komplett erfasst. Schauenburg et al. (2001) zeigten Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis durch zum Beispiel raschen Symptomrückgang zu Behandlungsbeginn auf. Nicht auszuschließen ist, dass sich auch im Rahmen der Sechs-Monats-Katamnese bedeutsame Symptomschwankungen ergaben, welche jedoch anhand des Datensatzes dieser Studie nicht darstellbar sind. Auch weisen verschiedene Untersuchungen auf unterschiedliche Verlaufstypen in der Behandlung depressiver Störungen hin (z. B. Cuijpers et al. 2005; Altmann et al. 2015). Hier sind weitere Auswertungen des dieser Studie zugrunde liegenden Datensatzes möglich und sinnvoll.

Literatur

- Altmann, U., Steyer, R., Kramer, D., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., von Heymann, F., Auch, E., Bruckmeyer, E., Pfaffingen, I., Fembacher, A., Strauß, B. (2015): Verlaufsmuster depressiver Störungen bei ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und deren Vorhersage. *Z Psychosom Med Psychother* 61, 156–172.
- Barghaan, D., Harfst, T., Watzke, B., Dirmaier, J., Koch, U., Schulz, H. (2007): Merkmale stationärer psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland. *PiD* 8, 79–84.
- Beutel, M. E., Höflich, A., Kurth, R., Brosig, B., Gieler, U., Leweke, F., Milch, W. E., Reimer, C. (2005): Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie – Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 145–162.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 5/6, 733–739.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Auflage. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cuijpers, P., van Lier, P. A. C., van Straten, A., Donker, M. (2005): Examining differential effects of psychological treatment of depressive disorder: An application of trajectory analyses. *J Affect Disord* 89, 137–146.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF. (2017): S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Kurzfassung, 2nd Ed., Version 1.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Maat de, S. (2010): The efficacy of short term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 30, 25–36.
- Franke, G. H. (2002): *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version*, 2. vollständig überarbeitete Version. Göttingen: Beltz.
- Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G. (2000): Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – Eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 46, 242–258.

- Franz, M., Seidler, D., Jenett, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Deters, M. A., Schauenburg, H., Becher-Dortschy, N., Frommhold, K., Keller, W., Gosda, J., Tress, W., Zeller, A., Beutel, M., Langenbach, M., Hoffmann, T., Haberber, R., Hartkamp, N. (2015): Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 61, 19–35.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. C., König, H. H. (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. *Psychiat Prax* 32, 113–121.
- Fydrich, T., Sommer, G., Brähler, E. (2007): FSozU – Fragebogen zur sozialen Unterstützung. 1. Auflage. Hogrefe: Göttingen.
- Hall, R. C. (1995): Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 36, 267–275.
- Hamilton, M. (1986): The Hamilton Rating Scale for Depression. In: Sartorius, N., Ban, T. A. (Hg.): *Assessment of depression*. S. 143–152. Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (1995): Beck-Depressions-Inventar – Testhandbuch, 2. überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Hedges, L. V. (1981): Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *J Educ Behav Stat* 6, 107–128.
- Herrmann, A. S., Huber, D. (2013): Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 59, 273–289.
- Huber, D., Albrecht, C., Hautum, A., Henrich, G., Klug, G. (2009): Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 189–199.
- Huber, D., Klug, G. (2012): Psychodynamische Therapie der Depression. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 6, 85–96.
- Huynh, H., Feldt, L. S. (1976): Estimation of the Box correction for degrees of freedom from sample data in randomised block and split-plot designs. *J Educ Stat* 1, 69–82.
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Langer, M., Keller, W., Dilg, R., Stehle, S., Leichsenring, F., Grande, T. (2008): Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen in der PAL-Studie. *Forum Psychoanal* 24, 47–62.
- König, H. H., Lupp, M., Riedel-Heller, S. (2010): Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiat Prax* 37, 213–215.
- Koppers, D., Peen, J., Niekerken, S., Van, R., Dekker, J. (2011): Prevalence and risk factors for recurrence of depression five years after short term psychodynamic therapy. *J Affect Disord* 134, 468–472.
- Kronmüller, K. T., Mundt, C. (2006): Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörungen und Depression. *Nervenarzt* 77, 863–878.
- Kruse, J., Herzog, W. (2014): Beziehungsmedizin: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. *Dtsch Med Wochenschr* 139, 579.
- Lehrl, S. (1999): Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B. 4. überarbeitete Auflage. Balingen: Spitta.
- Leichsenring, F. (2002): Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 139–162.
- Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Rudolf, G., Jakobsen, T. (2008): Die Göttinger Psychotherapiestudie – Ergebnisse analytischer Langzeittherapie bei depressiven

- Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum Psychoanal* 24, 193–204.
- Lieberz, K., Ciemer, S. (2000): Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut* 45, 286–291.
- Liebherz, S., Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychther Psych Med* 63, 355–364.
- Rabung, S., Leichsenring, F. (2016): Evidenz für psychodynamische Langzeittherapie. Überblick über vorliegende Reviews. *Psychotherapeut* 61, 441–446.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R., Schumann, E. (2004): Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 50, 37–52.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., Houben, I. (2003): Diagnostische Kriterien DSM IV-TR. Dt. Bearb. Göttingen: Hogrefe.
- Schauenburg, H., Sammet, I., Strack, M. (2001): Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolges in der stationären Psychotherapie, *Z Psychosom Med Psychother* 47, 380–395.
- Schepank, H. (1995): *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Göttingen: Beltz.
- Seidler, D., Schäfer, R., Jenett, D., Hartkamp, N., Franz, M. (2017): Depression und komorbide Persönlichkeitsstörung - Effekte stationärer tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 67, 379–390.
- Statistisches Bundesamt. (2015a): www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PsychischeVerhaltensstoerungen.html. Zugriff: 02.05.2107.
- Statistisches Bundesamt. (2015b): www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserFA.html. Zugriff: 02.05.2107.
- Voderholzer, U., Barton, B. (2016): Langfristige Wirkung von Psychotherapie bei nichtchronischen Depressionen: Ein systematisches Review von Studien im Vergleich mit Pharmakotherapie. *Verhaltenstherapie* 26, 108–115.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiß, H., Scheidt, C. E., Völker, A., Helesic, A., Eckhardt-Henn, A., Beutel, M., Endorf, K., Knoblauch, J., Rochlitz, P., Hartmann, A. (2015): Symptom course in inpatient and day clinic treatment of depression: Results from the INDDEP-Study. *J Affect Disorders* 187, 35–44.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiß, H., Scheidt, C. E., Völker, A., Helesic, A., Eckhardt-Henn, A., Beutel, M., Endorf, K., Treiber, F., Rochlitz, P., Hartmann, A. (2016): Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic study on inpatient and day hospital treatment of depression. *J Affect Disorders* 197, 205–214.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Daniel Seidler, Univ.-Klinikum Düsseldorf, Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Gebäude 15.16, Moorenstraße 5, D-40225 Düsseldorf, Deutschland;
E-Mail: daniel.seidler@med.uni-duesseldorf.de

6.2 Datenliefernde Kliniken

- Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit internistischem Schwerpunkt – Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin
- Psychotherapeutische Tagesklinik der Psychiatrischen Klinik des Vivantes Klinikums Hellersdorf, Berlin
- Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – GFO-Kliniken, St. Marien-Hospital, Bonn
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH, Boppard
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Klinik für Psychosomatische Medizin – Katholisches Krankenhaus Hagen gem. GmbH St.-Johannes-Hospital, Hagen
- Klinik für Psychosomatische Medizin – Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover
- Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik – Universitätsklinikum Heidelberg
- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie für Neurologie und Spezielle Schmerzmedizin – AWO-Fachkrankenhaus, Jerichow
- Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Universitätsklinikum Leipzig
- Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Universitätsmedizin Mainz
- Psychosomatische Klinik – Ev. Krankenhaus Ginsterhof, Rosengarten
- Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Fliedner Krankenhaus, Ratingen
- Klinik Donaustauf und Universitätsklinikum Regensburg – Abteilung für Psychosomatische Medizin, Regensburg
- Psychosomatische Fachklinik – Rottal Inn Kliniken, Simbach am Inn

Auflistung in alphabetischer Reihenfolge nach Klinikstandort

6.3 Ethikvotum



ETHIKKOMMISSION der Medizinischen Fakultät

ETHIKKOMMISSION der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, Marsstr. 5, 40225 Düsseldorf

Herrn
Prof. med. M. Franz
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

HIER

Prof. Dr. H.-G. Lenard

Telefon: (0211)81-19590
Sekretariat: (0211)81-19591
Telex: (0211)81-19592
Ethikkommission@med.uni-duesseldorf.de

15. Jan. 2008

Stets angeben:

Studiennummer: 2611

Sehr geehrter, lieber Herr Kollege Franz,

die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat das von Ihnen vorgelegte multizentrische Studienprotokoll mit dem Titel:

Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen (Atop-D)

im Umlaufverfahren geprüft und beurteilt.

Von Seiten der Kommission bestehen keine ethischen oder rechtlichen Bedenken gegen die Durchführung der geplanten Studie.

Nach Abschluss des Projektes bitte ich um Übersendung eines knappen Schlussberichtes oder einer abschließenden Publikation.

Mit freundlichen kollegialen Empfehlungen
Ihr

Prof. Dr. med. Hans-Gerd Lenard
i.A. der Kommission

6.4 Verwendete Fragebögen

- Befragungsbogen Patient (BPT) - T1, T2, T3
 - inklusive Selbstbeurteilung der Beeinträchtigung (SBB)
- Befragungsbogen Therapeut (BTT) - T1, T2, T3
 - inklusive Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und Global Assessment of Functioning (GAF)
- Beck-Depressions-Inventar (BDI)
- Hamilton-Depressions-Skala (HAMD)
- Symptom-Check-List (SCL-90-R)
- Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO-2001)
- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)
- Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU)
- Therapietagebuch⁷ und Zufriedenheitsrating

⁷ Beispiel: Die Therapietagebücher konnten von den Kliniken entsprechend den dort angebotenen Behandlungsangeboten gekürzt werden, um die Übersichtlichkeit zu erhöhen



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Beschwerden

Allgemeine Patientenangaben (Aufnahme – T1)

Name: _____

Vorname: _____

Zentrums-ID: _____ Pat.-ID: _____



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Beschwerden

Bitte die grau unterlegten Felder nicht ausfüllen!

[0] Zentrums-ID: _____ [1] Patienten-ID: _____

Station: _____ Datum: _____

Allgemeine Patientenangaben (Aufnahme – T1)

Auf diesem Bogen bitten wir Sie, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen. Einige der Fragen überraschen Sie vielleicht oder erscheinen Ihnen ungewöhnlich. Für uns sind aber alle Fragen wichtig, damit wir uns ein Bild von Ihrer Lebenssituation machen können. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus!

[2] Geburtsdatum: _____

[3] Geschlecht: weiblich: [1] männlich: [2]

[4] Konfession:	evangelisch:	<input type="checkbox"/> [1]	katholisch:	<input type="checkbox"/> [4]
	andere christliche:	<input type="checkbox"/> [2]	muslimisch:	<input type="checkbox"/> [5]
	andere:	<input type="checkbox"/> [3]	keine:	<input type="checkbox"/> [5]

[5] gegenwärtiger Familienstand:	ledig:	<input type="checkbox"/> [1]	geschieden:	<input type="checkbox"/> [4]
	verheiratet:	<input type="checkbox"/> [2]	verwitwet:	<input type="checkbox"/> [5]
	getrennt:	<input type="checkbox"/> [3]	sonstiges:	<input type="checkbox"/> [6]

[6] Anzahl eigener Kinder: _____

[7] Falls Sie unverheiratet sind: Leben Sie in einer festen Partnerschaft?: ja: [1] nein: [2]

[8] Anzahl aller Personen in Ihrem Haushalt: _____ → [9] ...davon unter 18 Jahren: _____

[10] Wie oft waren Sie gegebenenfalls verheiratet? _____ mal

[11] Ließen sich Ihre Eltern scheiden?: ja: [1] nein: [2] [12] Wie alt waren Sie damals? _____ Jahre

[13] Welcher Nationalität gehören Sie an?

Deutsch:	<input type="checkbox"/> [1]
Übersiedler/Spätaussiedler:	<input type="checkbox"/> [2]
andere:	<input type="checkbox"/> [3]

wenn "andere", bitte internationales Auto-Kennzeichen angeben: _____

[14] Wie sind Sie versichert?

Privat (keine Beihilfe):	<input type="checkbox"/> [1]	andere RVO-Kasse:	<input type="checkbox"/> [6]
Selbstzahler:	<input type="checkbox"/> [2]	Ersatzkasse	<input type="checkbox"/> [7]
Privat und Beihilfe:	<input type="checkbox"/> [3]	Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> [8]
AOK:	<input type="checkbox"/> [4]	freie Heilfürsorge (ZDL, BW):	<input type="checkbox"/> [9]
BKK:	<input type="checkbox"/> [5]	sonstiges	<input type="checkbox"/> [10]

[15] Haben Sie eine private Zusatzversicherung für die stationären Klinikbehandlung: ja: [1] nein: [0]

[16] Haben Sie eine Krankenhaustagegeld-Versicherung?

nein: [0] ja: [1] [17] wenn "ja": Höhe in Euro: _____ €/Tag



[18] Wie viel monatliches Nettoeinkommen steht Ihrem Haushalt insgesamt zur Verfügung (alle Verdienstquellen, ohne Steuern und Sozialabgaben): _____ €/Monat

[19] Zahl der in Ihrem Haushalt privat verfügbaren PKW: _____ [9]

[20] Wie wohnen Sie: zur Miete: [0]
in selbstgenutztem Wohneigentum [1]
sonstiges: [8]

[21] Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie (bitte nur eine Ankreuzung)?

noch in der Schule: [1]
kein Schulabschluss: [2]
Sonderschulabschluss: [3]
Hauptschul-/Volksschulabschluss: [4]
Realschule /mittlere Reife/ polytechn. Oberschule: [5]
Fachabitur / Abitur: [6]
unbekannt: [8]
sonstiges: [9]

[22] Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie (bitte nur eine Ankreuzung)?

noch in Berufsausbildung: [1]
Lehre/Fachschule: [2]
Meister: [3]
Fachhochschule / Universität: [4]
ohne Berufsabschluss: [5]
sonstiges: [8]

[23] Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation (bitte nur eine Ankreuzung)?

berufstätig, Vollzeit: [1]
berufstätig, Teilzeit: [2]
berufstätig, gelegentlich: [3]
mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig: [4]
Hausfrau / -mann: [5]
in Ausbildung: [6]
Wehr- / Zivildienst / freiwilliges soziales Jahr: [7]
beschützt beschäftigt: [8]
arbeitslos gemeldet: [9]
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente: [10]
Frührente / Altersrente / Pension: [11]
Witwen- / Witwerrente: [12]
anderweitig ohne berufliche Beschäftigung: [13]
unbekannt / unklar: [14]
Arbeitslosengeld II (früher: "Sozialhilfe"): [15]
sonstiges: [17]



[24] Wie lautet Ihr letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf (bitte nur eine Ankreuzung)?

- un- / angelernter Arbeiter: [1]
- Facharbeiter, nicht selbst. Handwerker: [2]
- einfacher Angestellter / Beamter: [3]
- mittlerer Angestellter / Beamter im mittleren Dienst: [4]
- höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst: [5]
- hoch qualifizierter/ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst: [6]
- selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb): [7]
- selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb): [8]
- selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer: [9]
- nie erwerbstätig: [10]
- unbekannt / unklar: [11]
- sonstiges: [12]

[25] Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja: [1] nein: [0]

[26] Wie viel Tage (circa) waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus ? _____ [000]

[27] Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten in Kur/Reha (Angabe in Wochen)? _____ [00]

[28] Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Arzt (Anzahl Arztbesuche)? _____ [00]

[29] Bei wie vielen verschiedenen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten (Arztzahl)? _____ [00]

[30] Waren Sie bei der Aufnahme arbeitsunfähig?

nein: [0] ja: [1] [31] wenn "ja": Zahl der Wochen: _____ [000]

[32] Wie viele Wochen waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben? _____ [000]

[33] Bei wie vielen Psychotherapeuten/Psychiatern waren Sie schon in Behandlung? _____ [00]

[34] Waren Sie früher schon im Krankenhaus in psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung?

nein: [0] ja: [1] [35] wenn "ja": Zahl der Wochen insgesamt: _____ [000]

[36] Waren Sie früher schon im Krankenhaus in psychiatrischer Behandlung?

nein: [0] ja: [1] [37] wenn "ja": Zahl der Wochen insgesamt: _____ [000]

Inwieweit fühlen Sie sich in den letzten 7 Tagen vor der Aufnahme durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

gar nicht [0] geringfügig [1] deutlich [2] stark [3] extrem [4]

[38] im körperlichen Bereich

[39] im seelischen Bereich

[40] in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen

Vielen Dank!



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Beschwerden

Patientenangaben zum Behandlungsende (Entlassung – T2)

Name: _____

Vorname: _____

Zentrums-ID: _____ **Pat.-ID:** _____



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Beschwerden

Bitte die grau unterlegten Felder nicht ausfüllen!

[0] Zentrums-ID: _____ [1] Patienten-ID: _____

Patientenangaben zum Behandlungsende (Entlassung – T2)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus!

Inwieweit fühlen Sie sich gegenwärtig durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

	gar nicht [0]	geringfügig [1]	deutlich [2]	stark [3]	extrem [4]
[2] im körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>				
[3] im seelischen Bereich	<input type="checkbox"/>				
[4] in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>				

Insgesamt haben sich durch die Behandlung meine Beschwerden verändert

	deutlich verschlechtert	etwas verschlechtert	unverändert	etwas verbessert	deutlich verbessert
[5] im körperlichen Bereich [0-4]	<input type="checkbox"/>				
[6] im seelischen Bereich [0-4]	<input type="checkbox"/>				
[7] in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen [0-4]	<input type="checkbox"/>				

Welches waren aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Therapieverfahren?

[8] _____

[9] _____

[10] _____

[11] Ich würde die psychosomatische/psychotherapeutische Klinik einer Person, die ähnliche Probleme hat empfehlen:

ja: [1] nein: [0]

[12] Für mich hat sich der Aufwand des stationären Aufenthalts gelohnt:

ja: [1] nein: [0]

Vielen Dank!



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Beschwerden

Patientenangaben – Nachbefragung (T3)

Name: _____

Vorname: _____

Zentrums-ID: _____ Pat.-ID: _____



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Beschwerden

Bitte die grau unterlegten Felder nicht ausfüllen!

[0] Zentrums-ID: _____ [1] Patienten-ID: _____
 Datum: _____

Patientenangaben – Nachbefragung (T3)

Auf diesem Bogen bitten wir Sie, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen. Einige der Fragen überraschen Sie vielleicht oder erscheinen Ihnen ungewöhnlich. Einige Fragen haben Sie uns zu einem früheren Zeitpunkt auch schon einmal beantwortet. Für uns sind aber alle Ihre Antworten wichtig, u.a., weil sich in einzelnen Punkten Veränderungen ergeben haben könnten. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus!

[2] gegenwärtiger Familienstand:

ledig:	<input type="checkbox"/> [1]	geschieden:	<input type="checkbox"/> [4]
verheiratet:	<input type="checkbox"/> [2]	verwitwet:	<input type="checkbox"/> [5]
getrennt:	<input type="checkbox"/> [3]	sonstiges:	<input type="checkbox"/> [6]

[3] Falls Sie unverheiratet sind: Leben Sie in einer festen Partnerschaft?: ja: [1] nein: [2]

[4] Wie sind Sie versichert?

Privat (keine Beihilfe):	<input type="checkbox"/> [1]	andere RVO-Kasse:	<input type="checkbox"/> [6]
Selbstzahler:	<input type="checkbox"/> [2]	Ersatzkasse	<input type="checkbox"/> [7]
Privat und Beihilfe:	<input type="checkbox"/> [3]	Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> [8]
AOK:	<input type="checkbox"/> [4]	freie Heilfürsorge (ZDL, BW):	<input type="checkbox"/> [9]
BKK:	<input type="checkbox"/> [5]	sonstiges	<input type="checkbox"/> [10]

[5] Haben Sie eine private Zusatzversicherung für die stationären Klinikbehandlung: ja: [1] nein: [0]

[6] Zahl der in Ihrem Haushalt privat verfügbaren PKW: _____ [9]

[7] Wie wohnen Sie:

zur Miete:	<input type="checkbox"/> [0]
in selbstgenutztem Wohneigentum	<input type="checkbox"/> [1]
sonstiges:	<input type="checkbox"/> [8]

[8] Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie (bitte nur eine Ankreuzung)?

noch in der Schule:	<input type="checkbox"/> [1]
kein Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> [2]
Sonderschulabschluss:	<input type="checkbox"/> [3]
Hauptschul-/Volksschulabschluss:	<input type="checkbox"/> [4]
Realschule /mittlere Reife/ polytechn. Oberschule:	<input type="checkbox"/> [5]
Fachabitur / Abitur:	<input type="checkbox"/> [6]
unbekannt:	<input type="checkbox"/> [8]
sonstiges:	<input type="checkbox"/> [9]



[9] Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie (bitte nur eine Ankreuzung)?

- noch in Berufsausbildung: [1]
- Lehre/Fachschule: [2]
- Meister: [3]
- Fachhochschule / Universität: [4]
- ohne Berufsabschluss: [5]
- sonstiges: [8]

[10] Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation (bitte nur eine Ankreuzung)?

- berufstätig, Vollzeit: [1]
- berufstätig, Teilzeit: [2]
- berufstätig, gelegentlich: [3]
- mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig: [4]
- Hausfrau / -mann: [5]
- in Ausbildung: [6]
- Wehr- / Zivildienst / freiwilliges soziales Jahr: [7]
- beschützt beschäftigt: [8]
- arbeitslos gemeldet: [9]
- Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente: [10]
- Frührente / Altersrente / Pension: [11]
- Witwen- / Witwerrente: [12]
- anderweitig ohne berufliche Beschäftigung: [13]
- unbekannt / unklar: [14]
- Arbeitslosengeld II (früher: "Sozialhilfe"): [15]
- sonstiges: [17]

[11] Wie lautet Ihr letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf (bitte nur eine Ankreuzung)?

- un- / angelernter Arbeiter: [1]
- Facharbeiter, nicht selbst. Handwerker: [2]
- einfacher Angestellter / Beamter: [3]
- mittlerer Angestellter / Beamter im mittleren Dienst: [4]
- höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst: [5]
- hoch qualifizierter/ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst: [6]
- selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb): [7]
- selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb): [8]
- selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer: [9]
- nie erwerbstätig: [10]
- unbekannt / unklar: [11]
- sonstiges: [12]

[12] Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? ja: [1] nein: [0]

[13] Wie viel Tage (circa) waren Sie im letzten 1/2 Jahr im Krankenhaus ? _____ [000]

[14] Wie lange waren Sie im letzten 1/2 Jahr in Kur/Reha (Angabe in Wochen)? _____ [00]

[15] Wie oft waren Sie im letzten 1/2 Jahr beim Arzt (Anzahl Arztbesuche)? _____ [00]



[16] Bei wie vielen verschiedenen Ärzten waren Sie im letzten 1/2 Jahr (Arztzahl)? _____ [00]

[17] Sind derzeit arbeitsunfähig (vom Arzt krank geschrieben)?
nein: [0] ja: wenn "ja": seit wie viel Wochen: _____ [000]

[18] Waren Sie im letzten 1/2 Jahr arbeitsunfähig (vom Arzt krank geschrieben)?
nein: [0] ja: wenn "ja": Zahl der Wochen: _____ [000]

[19] Haben Sie im letzten 1/2 Jahr eine stationäre oder tagesklinische Psychotherapie in einer Klinik gemacht (außer Reha)?
nein: [0] ja: wenn "ja": Dauer in Wochen: _____ [000]

[20] Haben Sie im letzten 1/2 Jahr eine ambulante Psychotherapie gemacht?
nein: [0] ja: [1]

wenn ja:
Wie viele Wochen lagen zwischen dem Ende Ihrer stationären Behandlung und dem Beginn der ambulanten Therapie? [21] Zahl der Wochen: _____ [000]

Um was für eine Psychotherapie handelt/handelte es sich?

- [22] Tiefenpsychologische Einzeltherapie (Sitzen): [0/1]
- [23] Psychoanalytische Einzeltherapie (Liegen): [0/1]
- [24] Tiefenpsychologische oder psychoanalytische Gruppentherapie: [0/1]
- [25] Entspannungstherapie: [0/1]
- [26] Verhaltenstherapie: [0/1]
- [27] eine andere Art von Psychotherapie: [0/1]

[28] welche (falls bekannt)? _____

- [29] Wie oft fanden die Sitzungen statt?
- Ein Mal pro Woche: [1]
 - Zwei Mal pro Woche: [2]
 - Mehr als zwei Mal pro Woche: [3]
 - Häufigkeit nach eigenem Bedarf: [4]

[30] Wurde die Therapie beendet? nein: [0] ja: [1]

Fortsetzung auf der nächsten Seite!



**Falls Sie nach der stationären Behandlung keine weitere Psychotherapie gemacht haben:
Was waren die Gründe? (Bitte nur die für Sie am ehesten zutreffende Ankreuzung!)**

- [31] Ich hatte nicht die Absicht, eine weiterführende Psychotherapie zu machen: [0/1]
- [32] Ich habe bei der Entlassung keine weitere Therapieempfehlung bekommen: [0/1]
- [33] Andere (z.B. Familie, Freunde, Hausarzt) haben mir von einer Psychotherapie abgeraten: [0/1]
- [34] Andere (z.B. Familie, Freunde, Hausarzt) haben mir geholfen, mit meinen Problemen selbst fertig zu werden: [0/1]
- [35] Ich fand keine/n Therapeutin/Therapeuten, der/dem ich genügend vertrauen konnte: [0/1]
- [36] Ich konnte mich einfach nicht zu einer Psychotherapie entschließen: [0/1]
- [37] Es gibt in meiner örtlichen Nähe überhaupt keinen Psychotherapeuten: [0/1]
- [38] Eine Therapie war nicht mehr nötig, weil sich die Beschwerden ausreichend gebessert haben: [0/1]
- [39] Schlechte Erfahrungen mit der stationären Psychotherapie haben mich davon abgebracht: [0/1]
- [40] Ich habe durch die stationäre Psychotherapie genügend Anstöße bekommen, um alleine weiterzukommen: [0/1]
- [41] Ich habe trotz Suchen keinen Therapieplatz gefunden: [0/1]
- [42] Es gab Probleme mit der Krankenkasse (z.B. Finanzierung): [0/1]
- [43] Eine Therapie wäre zeitlich zu aufwendig gewesen: [0/1]
- [44] Ich hatte Angst, dass meine Beschwerden sich durch eine Psychotherapie verschlimmern könnten: [0/1]
- [45] Ich hatte Angst, wichtige Beziehungen könnten unter der Psychotherapie leiden: [0/1]
- Andere Gründe: [0/1]

[46] Könnten Sie die Gründe schildern? _____

**Falls Sie (nach der stationären Behandlung) keine Psychotherapie gemacht haben:
Planen Sie derzeit eine Psychotherapie zu beginnen?**

[47] nein: [0] ja: [1]

Inwieweit fühlen Sie sich gegenwärtig (in der letzten Woche) durch Beschwerden beeinträchtigt?

	gar nicht [0]	geringfügig [1]	deutlich [2]	stark [3]	extrem [4]
[48] im körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>				
[49] im seelischen Bereich	<input type="checkbox"/>				
[50] in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank!



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen

Therapeutenbogen (Aufnahme – T1)

Name des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Zentrums-ID: _____ **Pat.-ID:** _____



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen – Therapeutenbogen (Aufnahme – T1)

Bitte die grau unterlegten Felder nicht ausfüllen!

[0] Zentrums-ID: _____ [1] Patienten-ID: _____

Station: _____ Datum: _____

Diagnostische Informationen (Aufnahme)

Auf diesem Bogen bitten wir Sie, einige Angaben zu Ihrem Patienten/Ihrer Patientin zu machen. Alle Ihre Antworten sind wichtig, bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus!

[2] Aufnahmedatum: _____ [tt.mm.jjjj]

[3] geplante Wiederaufnahme: nein [0] ja [1]

Psychotherapeutische/psychiatrische Aufnahmediagnosen (ICD 10):

[4] Hauptdiagnose:

F				
---	--	--	--	--

 [Fxxx.xxx] _____ [Klartext]

[5] 2. Diagnose:

F				
---	--	--	--	--

 [Fxxx.xxx] _____ [Klartext]

[6] 3. Diagnose:

F				
---	--	--	--	--

 [Fxxx.xxx] _____ [Klartext]

[7] Jahr, in dem erstmals die depressiven Beschwerden auftraten: _____ [jjjj]

[8] Die jetzige depressiven Beschwerden entwickelten ihr volles Ausmaß:

akut, in 1 bis 2 Tagen [1] innerhalb eines Monat [3]

subakut, innerhalb 1 Woche [2] chronisch einschleichend, mind. mehrere Monate [4]

Somatische Aufnahmediagnosen (ICD 10):

[9] Hauptdiagnose:

--	--	--	--	--

 [Xxxx.xxx] _____ [Klartext]

[10] 2. Diagnose:

--	--	--	--	--

 [Xxxx.xxx] _____ [Klartext]

[11] 3. Diagnose:

--	--	--	--	--

 [Xxxx.xxx] _____ [Klartext]

Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Aufnahme:

letzte 7 Tage		letztes Jahr			
[12] körperlich	<input type="checkbox"/> [0-4]	[15] körperlich	<input type="checkbox"/> [0-4]	0 = gar nicht	
[13] psychisch	<input type="checkbox"/> [0-4]	[16] psychisch	<input type="checkbox"/> [0-4]	1 = geringfügig	
[14] sozialkommunikativ	<input type="checkbox"/> [0-4]	[17] sozialkommunikativ	<input type="checkbox"/> [0-4]	2 = deutlich	
				3 = stark	
				4 = extrem	

Global Assessment of Functioning (GAF) bei Aufnahme:

[18] Maximalwert der letzten 7 Tage [999]

[19] Maximalwert letztes Jahr (über mind. 1 Woche) [999]

- 100= optimale Funktion in allen Bereichen
 - 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
 - 80 = Hochstens leichte Beeinträchtigung
 - 70 = Leichte Beeinträchtigung
 - 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
 - 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
 - 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
 - 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
 - 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
 - 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
- Zwischenstufen sind möglich



Heidelberger Umstrukturierungsskala (Veränderungsfoki):

[20] Veränderungsfokus 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[K1-S63]	[24] Ausgangswert:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[1-7]	(Hauptfokus)
[21] Veränderungsfokus 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[K1-S63]	[25] Ausgangswert:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[1-7]	
[22] Veränderungsfokus 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[K1-S63]	[26] Ausgangswert:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[1-7]	
[23] Veränderungsfokus 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[K1-S63]	[27] Ausgangswert:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[1-7]	

[28] Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese (insgesamt):

keine	<input type="text"/>	[1]	26 – 160 Std.	<input type="text"/>	[4]
bis zu 5 Std.	<input type="text"/>	[2]	161 – 300 Std.	<input type="text"/>	[5]
6 – 25 Std.	<input type="text"/>	[3]	mehr als 300 Std.	<input type="text"/>	[6]

Hat d. Pat. im letzten halben Jahr schädlichen (mehr als gelegentlichen) Gebrauch von Suchtstoffen gemacht?

[29] keine	<input type="text"/>	[0/1]	[34] Halluzinogene	<input type="text"/>	[0/1]
[30] Cannabis	<input type="text"/>	[0/1]	[35] Schlafmittel	<input type="text"/>	[0/1]
[31] Stimulanzien, Ecstasy	<input type="text"/>	[0/1]	[36] Schmerzmittel	<input type="text"/>	[0/1]
[32] Kokain	<input type="text"/>	[0/1]	[37] sonstiges	<input type="text"/>	[0/1]
[33] Opiate / Opioide	<input type="text"/>	[0/1]	[38] unbekannt	<input type="text"/>	[0/1]

[39] Höhe des durchschnittlichen Alkoholkonsums im letzten halben Jahr in (Gramm / Tag):

[999; 250ml Wein = 25g; 500ml Bier = 20g; 20ml Spirituosen = 8g; kein Konsum 0g]

[40] Höhe des durchschnittlichen Tabakkonsums im letzten halben Jahr in (Anzahl Zigaretten / Tag):

[999; 888=ausschließlich Zigarren- /Pfeifenraucher]

Einnahme von Psychopharmaka im letzten Jahr vor der Aufnahme:

Stoffklassen
 21=Antidepressiva
 22=Lithium / Carbamazepin
 24=Tranquillizer
 25=Neuroleptika
 26=Schlafmittel
 30=Schmerzmittel
 33=Homöopathie, Phytotherapeutika
 88=sonstige

Einnahme-Modus
 1=kontinuierlich über mehr als 50 % des Zeitraums
 2=kontinuierlich über weniger als 50 % des Zeitraums
 3=gelegentlich nur bei Bedarf
 4=sonstiges (z.B. nicht einschätzbare Selbstmedikation)

[41] Handelsname _____	[42] Stoffklasse: <input type="text"/> <input type="text"/> [99]	[43] Einnahme-Modus: <input type="text"/> [9]
[44] Handelsname _____	[45] Stoffklasse: <input type="text"/> <input type="text"/> [99]	[46] Einnahme-Modus: <input type="text"/> [9]
[47] Handelsname _____	[48] Stoffklasse: <input type="text"/> <input type="text"/> [99]	[49] Einnahme-Modus: <input type="text"/> [9]
[50] Handelsname _____	[51] Stoffklasse: <input type="text"/> <input type="text"/> [99]	[52] Einnahme-Modus: <input type="text"/> [9]
[53] Handelsname _____	[54] Stoffklasse: <input type="text"/> <input type="text"/> [99]	[55] Einnahme-Modus: <input type="text"/> [9]
[56] Handelsname _____	[57] Stoffklasse: <input type="text"/> <input type="text"/> [99]	[58] Einnahme-Modus: <input type="text"/> [9]

Vielen Dank!



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen

Therapeutenbogen (Entlassung – T2)

Name des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Zentrums-ID: _____ **Pat.-ID:** _____



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen – Therapeutenbogen (Entlassung – T2)

Bitte die grau unterlegten Felder nicht ausfüllen!

[0] Zentrums-ID: _____ [1] Patienten-ID: _____

Station: _____ Datum: _____

Informationen über den Verlauf (Behandlungsende)

Auf diesem Bogen bitten wir Sie, einige Angaben zur Behandlung Ihres Patienten/Ihrer Patientin zu machen. Alle Ihre Antworten sind wichtig, bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus!

[2] Entlassungsdatum: _____ [tt.mm.jjjj]

[3] Erfolgte während der Behandlung eine (oder mehrere) zwischenzeitliche Entlassung (mit Wiederaufnahme nach längstens 5 Tagen): ja [1] nein [0]

[4] Wie erfolgte die Beendigung?:

regulär	<input type="checkbox"/>	[1]
vorzeitig durch Patienten	<input type="checkbox"/>	[2]
vorzeitig durch Therapeut/Klinik	<input type="checkbox"/>	[3]
vorzeitig in beiderseitigem Einverständnis	<input type="checkbox"/>	[4]
Verlegung/Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme (> 5 Tage)	<input type="checkbox"/>	[5]
Verlegung	<input type="checkbox"/>	[6]
sonstiges	<input type="checkbox"/>	[7]

[5] Wie beurteilen Sie die grundsätzliche Arbeitsfähigkeit d. Pat., jetzt am Ende der Behandlung?

trifft nicht zu (Rentner)	<input type="checkbox"/>	[1]
trifft nicht zu, Sonstiges (z.B. Hausfrau)	<input type="checkbox"/>	[2]
arbeitsfähig	<input type="checkbox"/>	[3]
nicht arbeitsfähig	<input type="checkbox"/>	[4]
nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/>	[5]

Psychosomatische/psychiatrische Entlassungsdiagnosen (ICD 10):

[6] Hauptdiagnose:

F					
---	--	--	--	--	--

 [Fxx.xxx] _____ [Klartext]

[7] 2. Diagnose:

F					
---	--	--	--	--	--

 [Fxx.xxx] _____ [Klartext]

[8] 3. Diagnose:

F					
---	--	--	--	--	--

 [Fxx.xxx] _____ [Klartext]

Somatische Entlassungsdiagnosen (ICD 10):

[9] Hauptdiagnose:

--	--	--	--	--	--

 [Mxx.xxx] _____ [Klartext]

[10] 2. Diagnose:

--	--	--	--	--	--

 [Mxx.xxx] _____ [Klartext]

[11] 3. Diagnose:

--	--	--	--	--	--

 [Mxx.xxx] _____ [Klartext]

Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Entlassung:

letzte 7 Tage		letzter Monat (ausschließlich letzte 7 Tage)		
[12] körperlich	<input type="checkbox"/> [0-4]	[15] körperlich	<input type="checkbox"/> [0-4]	0 = gar nicht 1 = geringfügig 2 = deutlich 3 = stark 4 = extrem
[13] psychisch	<input type="checkbox"/> [0-4]	[16] psychisch	<input type="checkbox"/> [0-4]	
[14] sozialkommunikativ	<input type="checkbox"/> [0-4]	[17] sozialkommunikativ	<input type="checkbox"/> [0-4]	



Global Assessment of Functioning (GAF) bei Entlassung:

[18] Maximalwert der letzten 7 Tage

[999]

[19] Maximalwert letzter Monat (ausschließlich letzte 7 Tage)

[999]

- 100= optimale Funktion in allen Bereichen
 - 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
 - 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
 - 70 = Leichte Beeinträchtigung
 - 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
 - 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
 - 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
 - 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
 - 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
 - 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
- Zwischenstufen sind möglich

Heidelberger Umstrukturierungsskala (Veränderungsfoki 1-4)

[20] Veränderungsfokus 1, Entlassungswert: [1-7]

[21] Veränderungsfokus 2, Entlassungswert: [1-7]

[22] Veränderungsfokus 3, Entlassungswert: [1-7]

[23] Veränderungsfokus 4, Entlassungswert: [1-7]

Einnahme von Psychopharmaka während der Behandlung

- Stoffklassen
- 21=Antidepressiva
 - 22=Lithium / Carbamazepin
 - 24=Tranquillizer
 - 25=Neuroleptika
 - 26=Schlafmittel
 - 30=Schmerzmittel
 - 33=Homöopathie, Phytotherapeutika
 - 88=sonstige

- Einnahme-Modus
- 1=kontinuierlich über mehr als 50 % der Aufenthaltsdauer
 - 2=kontinuierlich über weniger als 50 % der Aufenthaltsdauer
 - 3=gelegentlich nur bei Bedarf
 - 4=sonstiges (z.B. nicht einschätzbare Selbstmedikation)

[24] 1. Handelsname _____ [25] Stoffklasse: [99] [26] Einnahme-Modus: [9]

[27] 2. Handelsname _____ [28] Stoffklasse: [99] [29] Einnahme-Modus: [9]

[30] 3. Handelsname _____ [31] Stoffklasse: [99] [32] Einnahme-Modus: [9]

[33] 4. Handelsname _____ [34] Stoffklasse: [99] [35] Einnahme-Modus: [9]

[36] 5. Handelsname _____ [37] Stoffklasse: [99] [38] Einnahme-Modus: [9]

[39] 6. Handelsname _____ [40] Stoffklasse: [99] [41] Einnahme-Modus: [9]

Vielen Dank!



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen

Katamnesebogen (Diagnostiker)

Name des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Zentrums-ID: _____ **Pat.-ID:** _____



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Störungen

Bitte die grau unterlegten Felder nicht ausfüllen!

[0] Zentrums-ID: _____ [1] Patienten-ID: _____

Datum: _____

Katamnesebogen (Diagnostiker)

Psychotherapeutische/psychiatrische Diagnosen (ICD 10) zum Katamnesezeitpunkt:

[2] Hauptdiagnose:	<input type="text" value="F"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[Fxxx.xxx]	_____	[Klartext]
[3] 2. Diagnose:	<input type="text" value="F"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[Fxxx.xxx]	_____	[Klartext]
[4] 3. Diagnose:	<input type="text" value="F"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[Fxxx.xxx]	_____	[Klartext]

Somatische Diagnosen (ICD 10) zum Katamnesezeitpunkt:

[5] Hauptdiagnose:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[Xxxx.xxx]	_____	[Klartext]
[6] 2. Diagnose:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[Xxxx.xxx]	_____	[Klartext]
[7] 3. Diagnose:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[Xxxx.xxx]	_____	[Klartext]

Beeinträchtigungsschwere (BSS) zum Katamnesezeitpunkt:

letzte 7 Tage		letztes ½ Jahr		
[8] körperlich	<input type="text" value=""/> [0-4]	[11] körperlich	<input type="text" value=""/> [0-4]	0 = gar nicht 1 = geringfügig 2 = deutlich 3 = stark 4 = extrem
[9] psychisch	<input type="text" value=""/> [0-4]	[12] psychisch	<input type="text" value=""/> [0-4]	
[10] sozialkommunikativ	<input type="text" value=""/> [0-4]	[13] sozialkommunikativ	<input type="text" value=""/> [0-4]	

Global Assessment of Functioning (GAF) bei Aufnahme:

[14] Maximalwert der letzten 7 Tage	[15] Maximalwert letztes ½ Jahr (ohne letzte 7 Tage)	
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> [999]	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> [999]	100= optimale Funktion in allen Bereichen 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung 70 = Leichte Beeinträchtigung 60 = Mäßig ausgeprägte Störung 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit Zwischenstufen sind möglich

Heidelberger Umstrukturierungsskala (Veränderungsfoki 1-4*)

[16] Veränderungsfokus 1, Wert zum Katamnesezeitpunkt:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[1-7]
[17] Veränderungsfokus 2, Wert zum Katamnesezeitpunkt:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[1-7]
[18] Veränderungsfokus 3, Wert zum Katamnesezeitpunkt:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[1-7]
[19] Veränderungsfokus 4, Wert zum Katamnesezeitpunkt:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	[1-7]

Hat d. Pat. im letzten halben Jahr schädlichen (mehr als gelegentlichen) Gebrauch von Suchtstoffen gemacht?

[20] keine	<input type="text" value=""/> [0/1]	[25] Halluzinogene	<input type="text" value=""/> [0/1]
[21] Cannabis	<input type="text" value=""/> [0/1]	[26] Schlafmittel	<input type="text" value=""/> [0/1]
[22] Stimulanzen, Ecstasy	<input type="text" value=""/> [0/1]	[27] Schmerzmittel	<input type="text" value=""/> [0/1]
[23] Kokain	<input type="text" value=""/> [0/1]	[28] sonstiges	<input type="text" value=""/> [0/1]
[24] Opiate / Opioide	<input type="text" value=""/> [0/1]	[29] unbekannt	<input type="text" value=""/> [0/1]

* die Veränderungsfoki sind in der Report-Card nachzuschlagen



[30] Höhe des durchschnittlichen Alkoholkonsums im letzten halben Jahr in (Gramm / Tag):

[999; 250ml Wein = 25g; 500ml Bier = 20g; 20ml Spirituosen = 8g; kein Konsum 0g]

[31] Höhe des durchschnittlichen Tabakkonsums im letzten halben Jahr in (Anzahl Zigaretten / Tag):

[999; 888=ausschließlich Zigarren- /Pfeifenraucher]

Einnahme von Psychopharmaka während des Katamneseintervalls

Stoffklassen	Einnahme-Modus
21=Antidepressiva	1=kontinuierlich über mehr als 50 % des Katamneseintervalls
22=Lithium / Carbamazepin	2=kontinuierlich über weniger als 50 % des Katamneseintervalls
24=Tranquillizer	3=gelegentlich nur bei Bedarf
25=Neuroleptika	4=sonstiges (z.B. nicht einschätzbare Selbstmedikation)
26=Schlafmittel	
30=Schmerzmittel	
33=Homöopathie, Phytotherapeutika	
88=sonstige	

[32] Handelsname _____ [33] Stoffklasse: [99] [34] Einnahme-Modus: [9]

[35] Handelsname _____ [36] Stoffklasse: [99] [37] Einnahme-Modus: [9]

[38] Handelsname _____ [39] Stoffklasse: [99] [40] Einnahme-Modus: [9]

[41] Handelsname _____ [42] Stoffklasse: [99] [43] Einnahme-Modus: [9]

[44] Handelsname _____ [45] Stoffklasse: [99] [46] Einnahme-Modus: [9]

[47] Handelsname _____ [48] Stoffklasse: [99] [49] Einnahme-Modus: [9]

Vielen Dank!



BDI – Fragebogen zu Ihrer aktuellen Stimmung

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in dieser Woche einschließlich heute** gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe zutreffen können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

<p>1</p> <p>0 Ich bin nicht traurig. 1 Ich bin traurig. 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.</p>	<p>6</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. 2 Ich erwarte, bestraft zu werden. 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.</p>
<p>2</p> <p>0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft. 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft. 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.</p>	<p>7</p> <p>0 Ich bin nicht von mir enttäuscht. 1 Ich bin von mir enttäuscht. 2 Ich finde mich fürchterlich. 3 Ich hasse mich.</p>
<p>3</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager. 1 Ich habe das Gefühl öfters versagt zu haben als der Durchschnitt. 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge. 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.</p>	<p>8</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als andere. 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen. 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Fehler und Mängel. 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.</p>
<p>4</p> <p>0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher. 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher. 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen. 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.</p>	<p>9</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun. 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen. 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.</p>
<p>5</p> <p>0 Ich habe keine Schuldgefühle. 1 Ich habe häufig Schuldgefühle. 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle. 3 Ich habe immer Schuldgefühle.</p>	<p>10</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als früher. 1 Ich weine jetzt öfter als früher. 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit. 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.</p>

<p>11</p> <p>0 Ich bin nicht reizbarer als sonst. 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher. 2 Ich fühle mich dauernd gereizt. 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.</p>	<p>17</p> <p>0 Ich ermüde nicht stärker als sonst. 1 Ich ermüde schneller als früher. 2 Fast alles ermüdet mich. 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.</p>
<p>12</p> <p>0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren. 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher. 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren. 3 Ich habe mein ganzes Interesse an Menschen verloren.</p>	<p>18</p> <p>0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst. 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher. 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen. 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.</p>
<p>13</p> <p>0 Ich bin so entschlossen wie immer. 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter auf als früher. 2 Ich fällt mir schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen. 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.</p>	<p>19</p> <p>0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen. 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen. 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen. 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.</p> <p>Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>14</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl schlechter auszusehen als früher. 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe. 2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen. 3 Ich finde mich hässlich.</p>	<p>20</p> <p>0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst. 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme wie Schmerzen. 2 Ich mache mir große Sorgen über körperliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken. 3 Ich mache mir große Sorgen über körperliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.</p>
<p>15</p> <p>0 Ich kann so gut arbeiten wie früher. 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme. 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen. 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.</p>	<p>21</p> <p>0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher. 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex. 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.</p>
<p>16</p> <p>0 Ich schlafe so gut wie sonst. 1 Ich schlafe nicht so gut wie früher. 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer wieder einzuschlafen. 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.</p>	

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen vollständig beantwortet haben. Vielen Dank!



Zentrums-ID: _____
 Patienten-ID: _____

HAMD

Hamilton Depression Scale

Anleitung		
Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen. Bitte alle Feststellungen beantworten!		
1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)		Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entschlußänderungen erkennen. 2
Keine 0		
Nur auf Befragen geäußert 1		Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station. 3
Vom Patienten spontan geäußert 2		
Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen) 3		
Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus 4		Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann. 4
2. Schuldgefühle		8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)
Keine 0		Sprache und Denken normal 0
Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben 1		Geringe Verlangsamung bei der Exploration 1
Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und "Sünden" 2		Deutliche Verlangsamung bei der Exploration 2
Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn 3		Exploration schwierig 3
Anklagende oder bedrohliche akustische oder optische Halluzinationen 4		Ausgeprägter Stupor 4
3. Suizid		9. Erregung
Keiner 0		Keine 0
Lebensüberdruß 1		Zappeligkeit 1
Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod 2		Spielen mit den Fingern, Haaren usw. 2
Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten 3		Hin- und herlaufen, nicht still sitzen können 3
Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4) 4		Händeringen, Nägelbeißen, Haareraufen, Lippenbeißen usw. 4
4. Einschlafstörung		10. Angst – psychisch
Keine 0		Keine Schwierigkeit 0
Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde) 1		Subjektive Spannung und Reizbarkeit 1
Regelmäßige Einschlafstörung 2		Sorgt sich um Nichtigkeiten 2
5. Durchschlafstörung		Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert 3
Keine 0		Ängste werden spontan vorgebracht 4
Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf 1		
Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- und Stuhlentleerung) 2		11. Angst – somatisch
6. Schlafstörung am Morgen		Körperliche Begleiterscheinungen der Angst wie:
Keine 0		Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) –
Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen 1		Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) –
Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen 2		Repiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Pollakisurie – Schwitzen
7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten		Keine 0
Keine Beeinträchtigung 0		Geringe 1
Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend. 1		Mäßige 2
		Stärke 3
		Extreme (Patient ist handlungsunfähig) 4

12.Körperliche Symptome – gastrointestinale	17.Krankheitseinsicht
Keine <input type="text" value="0"/>	Patient erkennt, dass er depressiv und krank ist <input type="text" value="0"/>
Appetitmangel, ißt aber ohne Zuspruch. Schweregefühl im Abdomen <input type="text" value="1"/>	Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück <input type="text" value="1"/>
Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate <input type="text" value="2"/>	Leugnet Krankheit ab <input type="text" value="2"/>
13.Körperliche Symptome – allgemeine	18.Tagesschwankungen
Keine <input type="text" value="0"/>	a. Geben Sie an, auf die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern keine Tagesschwankungen auftreten, ist 0 (= keine Tagesschwankungen) anzukreuzen.
Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit <input type="text" value="1"/>	Keine Tagesschwankungen <input type="text" value="0"/>
Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen <input type="text" value="2"/>	Symptome schlimmer am Morgen <input type="text" value="1"/>
14.Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstrationsstörungen etc.	Symptome schlimmer am Abend <input type="text" value="2"/>
Keine <input type="text" value="0"/>	b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der Schwankungen an. Falls es keine gibt, kreuzen Sie 0 (= keine) an.
Geringe <input type="text" value="1"/>	Keine <input type="text" value="0"/>
Starke <input type="text" value="2"/>	Gering <input type="text" value="1"/>
15.Hypochondrie	Stark <input type="text" value="2"/>
Keine <input type="text" value="0"/>	19.Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen
Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen) <input type="text" value="1"/>	Keine <input type="text" value="0"/>
Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit <input type="text" value="2"/>	Gering <input type="text" value="1"/>
Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc. <input type="text" value="3"/>	Mäßig <input type="text" value="2"/>
Hypochondrische Wahnvorstellungen <input type="text" value="4"/>	Stark <input type="text" value="3"/>
16.Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)	Extrem (Patient ist handlungsunfähig) <input type="text" value="4"/>
a. Aus Anamnese	20.Paranoide Symptome
Kein Gewichtsverlust <input type="text" value="0"/>	Keine <input type="text" value="0"/>
Gewichtsverlust wahrscheinlich im Zusammenhang mit jetziger Krankheit <input type="text" value="1"/>	Misstrauisch <input type="text" value="1"/>
Sicherer Gewichtsverlust laut Patient <input type="text" value="2"/>	Beziehungsideen <input type="text" value="2"/>
b. Nach wöchentlichen Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust	Beziehungs- und Verfolgungswahn <input type="text" value="3"/>
weniger als 0,5 kg/Woche <input type="text" value="0"/>	21.Zwangssymptome
mehr als 0,5 kg/Woche <input type="text" value="1"/>	Keine <input type="text" value="0"/>
mehr als 1 kg/Woche <input type="text" value="2"/>	Gering <input type="text" value="1"/>
	Stark <input type="text" value="2"/>

Bitte prüfen Sie, ob sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!



SCL 90-R

Zentrums-ID: _____ Patienten-ID: _____

ANLEITUNG:

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den besten Eindruck machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz: in das Kästchen unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Hier ein Beispiel:

	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten *sehr stark* zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen *sehr stark* an (wie hier in diesem Beispiel).

Alle ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>				
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
7. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>				
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="checkbox"/>				
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>				
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>				
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>				
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>				
17. Zittern	<input type="checkbox"/>				
18. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>				
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>				
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>				
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>				
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>				
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>				
25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>				
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
30. Schwermut	<input type="checkbox"/>				
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>				
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>				
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>				
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>				
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>				
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird	<input type="checkbox"/>				
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>				
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
44. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>				
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>				
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>				
48. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/>				
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>				
51. Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>				
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>				
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
55. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>				
58. Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>				
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>				
60. dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/>				
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/>				
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/>				
64. frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/>				
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/>				
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/>				
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>				
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/>				
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>				
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litt(en) Sie unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/>				
72. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>				
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>				
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>				
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>				
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>				
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>				
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/>				
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/>				
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>				
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/>				
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="checkbox"/>				
86. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>				
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>				
89. Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>				
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				

Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen zutreffend beantwortet haben.



IPO-2001

Zentrums-ID: _____ Patienten-ID: _____

Die folgenden Seiten beinhalten eine Auflistung von Aussagen, die man verwendet, um sich selbst zu beschreiben. Versuchen Sie bitte, so ehrlich und gewissenhaft wie nur möglich, die Aussagen anzukreuzen, die genau Ihre Gefühle und Einstellungen beschreiben.

Bitte lesen Sie jeden Satz durch und entscheiden Sie, wie und ob er auf Sie in Ihrem Alltag, Ihren Gefühlen, Gedanken und Beziehungen zutrifft.

Kreuzen Sie dann das Feld an, das am besten auf Sie zutrifft. Wenn die Aussage überhaupt nicht für Sie gilt, kreuzen Sie bitte „trifft nie zu“ an. Wenn weder die Aussage „immer“ noch die Aussage „nie“ auf Sie zutrifft, kreuzen Sie „trifft selten zu“, „trifft gelegentlich zu“ oder „trifft oft zu“ an, um einzuschätzen, wie oft oder in welchem Ausmaß diese Aussage für Sie zutreffend ist.

Bei einigen Fragen werden Sie eventuell zu zwei Dingen befragt; kreuzen Sie in diesen Fällen nur dann „trifft nie zu“ oder „trifft immer zu“ an, wenn *beide* Teile der Frage auf Sie zutreffen.

Der Fragebogen kann ohne Zeitbeschränkung beantwortet werden, aber es ist am besten, wenn Sie ihn doch so zügig, wie es für Sie gerade gut ist, ausfüllen. *Es wäre am besten, wenn Sie die Antwort ankreuzen, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.* Bitte beantworten Sie alle Fragen.

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gele- gent- lich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
1. Ich bin ein „Heldenverehrer“, auch wenn sich später mein Urteil als falsch herausstellt.					
2. Ich fühle, dass Menschen von denen ich ein sehr hohes Bild hatte, mich enttäuscht haben, weil sie nicht den Erwartungen gerecht wurden, die ich von ihnen hatte.					
3. Ich denke, es ist schon lange her, dass jemand wirklich etwas dachte oder sagte, das ich nicht schon bereits wusste.					
4. Es fällt mir schwer, Menschen zu vertrauen, da sie sich oft gegen mich wenden oder mich betrügen.					
5. Ich muss Menschen bewundern können, damit ich mich sicher fühle.					
6. Manchmal tue ich Dinge, die ich zu anderer Zeit für nicht sehr klug halte, wie z. B. häufig wechselnden Sex haben, lügen, trinken, Wutanfälle bekommen oder kleine gesetzwidrige Handlungen begehen.					
7. Leute sagen mir, dass ich Schwierigkeiten habe, bei den Leuten, die ich bewundere, auch Fehler zu sehen.					
8. Ich fühle, dass ich nicht das bekomme, was ich will.					
9. Leute sagen mir, dass ich mich widersprüchlich verhalte.					
10. Ich denke, die meisten Menschen sind entweder gut oder schlecht: es gibt nur wenige, die wirklich dazwischen sind.					

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gele- gent- lich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
11. Leute neigen dazu, mich zu benutzen, wenn ich nicht aufpasse.					
12. Ich verhalte mich so, dass es anderen unberechenbar und rätselhaft vorkommt.					
13. Es gibt Menschen, die ich nicht nur bewundere, sondern geradezu anhimmele.					
14. Manchmal tue ich Dinge, die mir, während ich sie tue, in Ordnung erscheinen, wo es mir aber im Nachhinein schwer fällt zu glauben, dass ich das tat.					
15. Menschen neigen dazu, mich entweder mit Liebe zu überhäufen oder mich im Stich zu lassen.					
16. Ich neige dazu Dinge auf extreme Art zu fühlen, entweder große Freude oder starke Verzweiflung zu empfinden.					
17. Ich fühle mich wie ein Schwindler oder Hochstapler, da andere mich ziemlich anders sehen als ich wirklich bin.					
18. Ich fühle, daß ich zu Hause eine ganz andere Person bin, im Vergleich dazu, wie ich bei der Arbeit oder in der Schule bin.					
19. Ich spüre, daß mein Vorlieben und Meinungen nicht wirklich meine eigenen sind, sondern daß ich sie von anderen übernommen habe.					
20. Einige meiner Freunde würden überrascht sein, wenn diese wüssten, wie unterschiedlich ich mich in verschiedenen Situationen verhalte.					
21. Ich wechsele zwischen manchmal warmherzig und grosszügig zu sein und dann wieder manchmal kalt und gleichgültig zu sein.					
22. Leute sagen mir, dass ich sie provoziere und irreführe, zu meinem eigenen Vorteil.					
23. Ich kann Veränderungen in meinem Verhalten nicht erklären.					
24. Ich tue Dinge impulsiv, von denen ich finde, dass sie sozial inakzeptabel sind.					
25. Ich gehe nähere Beziehungen mit Leuten ein, die ich gar nicht wirklich mag, weil es mir schwer fällt, „nein“ zu sagen.					
26. Mein Leben, verglichen mit einem Buch, wäre eher eine Sammlung von Kurzgeschichten verschiedener Autoren als ein einzelner langer Roman.					
27. Ich fange Hobbys an und bin zunächst an Dingen interessiert, die ich dann wieder fallen lasse.					

© J.F. Clarkin, P.A. Foelsch & O.F. Kernberg (1995-2001) The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University, White Plains, New York, (Deutsche Version: G. Dammann, S. Smole, C. Kraus & P. Buchheim (2002) Psychosomatische Poliklinik, TU München; Mail: gerhard.dammann@pukbasel.ch)

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gele- gent- lich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
28. Wenn andere mich erfolgreich finden, fühle ich mich in Hochstimmung; wenn sie mich dagegen versagen sehen, fühle ich mich am Boden zerstört.					
29. Ich habe Angst, dass Leute, die wichtig für mich werden, plötzlich ihre Gefühle mir gegenüber ändern werden.					
30. Es ist schwierig für mich, sicher darüber zu sein, was andere über mich denken, sogar bei Leuten die mich schon lange gut kennen.					
31. Es ist schwierig für mich, allein zu sein.					
32. Ich sehe mich selbst ganz verschieden zu verschiedenen Zeiten.					
33. Im Verlauf einer intimen Beziehung habe ich Angst das Gefühl für mich selbst zu verlieren.					
34. Meine Lebensziele ändern sich häufig von Jahr zu Jahr.					
35. Meine Ziele verändern sich ständig.					
36. Nachdem ich mich mit Leuten näher eingelassen habe, bin ich erstaunt festzustellen, wie diese wirklich sind.					
37. Sogar Leute, die mich gut kennen, können nicht abschätzen, wie ich mich verhalten werde.					
38. Wenn alles um mich herum unsicher und durcheinander ist, fühle ich mich auch innerlich so.					
39. Ich bin mir nicht sicher, ob eine Stimme, die ich gehört habe oder etwas, was ich gesehen habe Einbildung ist oder nicht.					
40. Wenn ich nervös oder durcheinander bin, scheint es so, als ob Dinge in der Aussenwelt auch keinen Sinn machen würden.					
41. Ich fühle mich fast, als wenn ich jemand anderes wäre, wie ein Freund oder Verwandter oder sogar jemand, den ich nicht kenne.					
42. Ich denke, ich sehe Dinge oft so, dass sie sich, bei näherer Betrachtung, als etwas anderes herausstellen.					
43. Wenn ich mich unwohl fühle, kann ich nicht sagen, ob es seelisch oder körperlich bedingt ist.					
44. Ich kann Dinge sehen oder Dinge hören, die sonst niemand sehen oder hören kann.					
45. Ich höre Dinge, von denen andere behaupten, sie seien nicht wirklich vorhanden.					
46. Ich habe Dinge gesehen oder gehört, auch wenn es keinen augenscheinlichen Grund dafür gab.					

© J.F. Clarkin, P.A. Foelsch & O.F. Kernberg (1995-2001) The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University, White Plains, New York, (Deutsche Version: G. Dammann, S. Smole, C. Kraus & P. Buchheim (2002) Psychosomatische Poliklinik, TU München; Mail: gerhard.dammann@pukbasel.ch)

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gele- gent- lich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
47. Ich meine, dass ich wohl Dinge tue, welche andere Leute aus der Fassung bringen, ich weiss aber nicht, warum solche Dinge die Leute bestürzen.					
48. Ich kann nicht sagen, ob bestimmte körperliche Empfindungen, die ich habe, wirklich sind oder ob ich sie mir nur einbilde.					
49. Ich fühle, dass meine Wünsche oder Gedanken wie durch Magie wahr werden.					
50. Leute finden mich unhöflich und rücksichtslos und ich weiss nicht weshalb.					
51. Ich verstehe oder weiss Dinge, die niemand sonst verstehen oder wissen kann.					
52. Ich weiss, dass ich anderen Menschen bestimmte Dinge über die Welt, die mir zugänglich sind, nicht sagen kann, weil es anderen verrückt erscheinen würde.					
53. Ich habe Dinge gesehen, die in Wirklichkeit gar nicht existierten.					
54. Ich habe den Eindruck bereits irgendwo gewesen oder irgend etwas getan zu haben, obwohl es in Wirklichkeit nicht so war.					
55. Ich kann nicht unterscheiden, ob ich nur möchte, dass etwas wahr wäre oder ob es wirklich wahr ist.					
56. Ich glaube, dass Dinge geschehen eintreffen können, allein dadurch, dass man daran denkt.					
57. Irgendwie weiss ich nie ganz, wie ich mich mit anderen Leuten verhalten soll.					
58. Man hat mir schon gesagt, dass ich es geniesse, andere Menschen leiden zu sehen.					
59. Ich habe dadurch gute Freunde verloren, weil ich es nicht ertragen konnte, dass wir Meinungsverschiedenheiten beim Lösen von Schwierigkeiten hatten, worauf diese die Beziehung beendeten.					
60. Ich habe jemandem absichtlich schwer geschadet.					
61. Wenn Du die Kontrolle behalten willst, muss Du sicher gehen, dass die anderen sich vor dir fürchten.					
62. Ich habe jemandem schon schwereren Schaden zugefügt, aber es diente der Selbstverteidigung.					
63. Man hat mir gesagt, dass ich versuche, andere dadurch zu kontrollieren, indem ich ihnen Schuldgefühle mache.					
64. Ich geniesse es, anderen körperlichen Schaden zuzufügen.					

© J.F. Clarkin, P.A. Foelsch & O.F. Kernberg (1995-2001) The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University, White Plains, New York, (Deutsche Version: G. Dammann, S. Smole, C. Kraus & P. Buchheim (2002) Psychosomatische Poliklinik, TU München; Mail: gerhard.dammann@pukbasel.ch)

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gele- gent- lich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
65. Ich vernachlässige meine körperliche Gesundheit.					
66. Man erhält nur was man will, indem man sich selbst verletzt oder anderen damit droht, sich selbst zu verletzen.					
67. Ich mag es, wenn andere sich vor mir fürchten.					
68. Ich kann kaum widerstehen, mich zu kratzen, meine Haut zu verletzen oder andere Dinge zu tun, die andere als schmerzhaft erleben, bei mir aber Spannung lösen.					
69. Ich finde das Leiden anderer Menschen aufregend.					
70. Ich habe mich gut im Griff, wenn alles in Ordnung ist und alles seinen Platz hat, aber wenn die Leute nicht verstehen oder Dinge durcheinander bringen, werde ich wütend und feindselig.					
71. Ich genieße es, andere Leute leiden zu lassen.					
72. Es ist für mich eine grosse Erleichterung, dass ich mich selbst verletzen, schneiden oder mir körperlichen Schmerz zufügen kann.					
73. Ich mache gerne Sachen, die andere gefährlich finden.					
74. Ich habe schon lebensgefährliche Suizidversuche unternommen.					
75. Ich bin an sich ein freundlicher Mensch, verliere aber leicht die Geduld, werde feindselig, und bereue dies später.					
76. Jeder würde stehlen, wenn er nicht Angst hätte, erwischt zu werden.					
77. Was die Menschen besitzen, ist so ungerecht verteilt, dass ich es für gerechtfertigt halte, Dinge zu nehmen, die mir nicht gehören, wenn ich dies ohne Gefahr tun kann.					
78. Phasenweise stimmt mein Verhalten mit den mir vermittelten moralischen Werten überein und dann gibt es wieder Zeiten, wo ich unmoralisch oder amoralisch handle.					
79. Manche Menschen tun so, als fühlten sie sich schuldig, in Wirklichkeit haben sie aber nur Angst, ertappt zu werden.					
80. Da alle um ihren eigenen Vorteil bedacht sind, ist es besser auch für sich selbst zu schauen, als der Dumme zu sein.					
81. Man kann die wirklichen Gefühle anderer nicht nach ihrem äusseren Verhalten beurteilen, da das, was man sieht, manipuliert werden kann.					
82. Da jeder so tut, als wäre er um andere und um moralische Werte besorgt, muss man bei diesem Spiel eben mitmachen.					
83. Glücklicherweise bin ich frei von vielen Schuldgefühlen, die andere belasten und deren Leben einschränken.					

Name _____ Punkte _____

Beruf _____ Alter _____

Untersuchungsdatum _____ männlich – weiblich _____

Sonstiges _____

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens** ein Wort, das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, streichen Sie es bitte durch.

1. Nale – Sahe – Nase – Nesa – Sehna
2. Funktion – Kuntion – Finzahn – Tuntion – Tunkion
3. Struk – Streik – Sturk – Streck – Kreik
4. Kulinse — Kulerane – Kulisse – Klubihle – Kubistane
5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge
6. sizioł – salzahl – sozioł – sziam – sozial
7. Sympasie – Symmofeltrie – Symmantrie – Symphonie — Symplanie
8. Umma – Pamme – Nelle – Ampe – Amme
9. Krusse – Surke – Krustelle – Kruste – Struke
10. Kirse – Sirke – Krise – Krospe – Serise
11. Tinxur – Kukutur – Fraktan – Tinktur – Rimsuhr
12. Unfision – Fudision – Infusion – Syntusion – Nuridion
13. Feudasmus – Fonderismus – Föderalismus – Födismus – Föderasmus
14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium

bitte wenden!

15. kentern – knerte – kanzen – kretern – trekern
16. Kantate – Rakante – Kenture – Krutehne – Kallara
17. schalieren – waschieren – wakieren – schackieren – kaschieren
18. Tuhl – Lar – Lest – Dall – Lid
19. Dissonanz – Diskrisanz – Distranz – Dinotanz – Siodenz
20. Ferindo – Inferno – Orfina – Firanetto – Imfindio
21. Rilkiase – Kilister – Riliker – Klistier – Linkure
22. kurinesisch — kulinarisch – kumensisch – kulissarisch – kannastrisch
23. Rosio – Torso – Soro – Torgos – Tosor
24. Kleiber– Beikel – Keibel – Reikler– Biekerl
25. Ralke – Korre – Ruckse – Recke – Ulte
26. Lamone – Talane – Matrone – Tarone – Malonte
27. Tuma – Umat – Maut – Taum – Muta
28. Sorekin – Sarowin – Rosakin – Narosin – Kerosin
29. beralen – gerältet – anälteren – untären – verbrämen
30. Kapaun – Paukan – Naupack – Aupeck – Ankepran
31. Sickaber – Bassiker – Kassiber – Sassiker – Askiber
32. Pucker – Keuper – Eucker – Reuspeck – Urkane
33. Spirine – Saprín – Parsin – Purin – Asprint
34. Kulon – Solgun – Koskan – Soran – Klonus
35. Adept – Padet – Edapt – Epatt – Taped
36. Gindelat – Tingerat – Indigenat – Nitgesaar – Ringelaar



F-SOZU - 22

Zentrums-ID: _____ Patienten-ID: _____

In diesem Fragebogen geht es um Ihre **Beziehungen zu wichtigen Menschen**, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden sie fünf Kästchen. **Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht.** Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz ganz links („trifft nicht zu“) würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie gar nicht zutrifft. Scheuen Sie sich nicht, auch extreme Werte anzukreuzen, wenn dies für Sie zutrifft. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an.

Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von „Menschen“ oder von „Freunden/Angehörigen“ die Rede ist, dann sind **die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind.**

	trifft nicht zu				trifft genau zu
1. Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>				
2. Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
3. Meinen Freunden/Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	<input type="checkbox"/>				
5. Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	<input type="checkbox"/>				
6. Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	<input type="checkbox"/>				
7. Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>				
10. Wenn ich krank bin, kann ich ohne zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>				
11. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/>				
12. Ich fühle mich oft als Außenseiterin.	<input type="checkbox"/>				
13. Es gibt Menschen die Leid und Freude mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>				
14. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>				
15. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	<input type="checkbox"/>				

16.	Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	<input type="checkbox"/>				
17.	Es gibt Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	<input type="checkbox"/>				
18.	Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	<input type="checkbox"/>				
19.	Es gibt genug Menschen zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="checkbox"/>				
20.	Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich gehörig fühle.	<input type="checkbox"/>				
21.	Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z.B. guter Arzt, wichtige Informationen).	<input type="checkbox"/>				
22.	Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	<input type="checkbox"/>				

Daten zur Person

Nun möchten wir Sie noch um einige Auskünfte zu Ihrer Person bitten. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Aktivität in Vereinen, Verbänden

Kreuzen Sie bitte bei den Vereinen o.ä., bei denen Sie aktiv sind, die ungefähre Häufigkeit Ihrer Teilnahme an (Sofern Sie nicht aktiv bzw. kein Mitglied sind, kreuzen Sie die linke Spalte an).

	nicht	selten	monatlich	wöchentlich	mehrmals pro Woche
1. Sport- und Freizeitverein	<input type="checkbox"/>				
2. Gewerkschaft, Partei, andere politische Organisation	<input type="checkbox"/>				
3. Bürgerinitiative	<input type="checkbox"/>				
4. Interessenvertretung (z.B. Betriebsrat/Gemeinderat)	<input type="checkbox"/>				
5. Kirche, relig. Vereinigungen	<input type="checkbox"/>				
6. Kulturelle Vereinigung (Theatergruppe, Chor, Basteln, VHS...)	<input type="checkbox"/>				
7. Informelle Gruppe (Kartenspiel, Kaffeeklatsch)	<input type="checkbox"/>				
8. Selbsthilfegruppe, Gesundheitsgruppe, Selbstverwirklichungsgruppe o. ähnliches	<input type="checkbox"/>				
9. Sonstiges (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>				

Alltagskontakte

Geben Sie bitte an, wie häufig Sie in Ihrem Alltag durchschnittlich Kontakt mit anderen Personen haben (es zählen auch telefonische Kontakte).

	nicht	selten	monatlich	wöchentlich	mehrmals pro Woche	täglich	mehrmals täglich
1. Familienangehörige, mit denen Sie nicht zusammenleben	<input type="checkbox"/>						
2. Bekannte/Freunde	<input type="checkbox"/>						
3. Hausbewohner/Nachbarn	<input type="checkbox"/>						
4. Arbeitskollegen/Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>						
5. Sonstige (bitte angeben) _____	<input type="checkbox"/>						

Zusatzfragen:

1. Seit wievielen Jahren leben Sie in Ihrem derzeitigen Wohnort?

_____ (Jahre)

2. Seit wievielen Jahren oder Monaten leben Sie in Ihrem derzeitigen Stadtteil?

_____ (Jahre) _____ (Monate)



Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie depressiver Beschwerden

Bitte die grau unterlegten Felder nicht ausfüllen!

Studienzentrum: _____

Zentrums-ID: _____

Therapietagebuch

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Patienten-ID: _____

Liebe Patientin!

Willkommen zum Beginn Ihrer Therapie! Mit diesem Therapietagebuch möchten wir wichtige Zusammenhänge zur Wirksamkeit Ihrer Behandlung herausbekommen, um unsere Angebote optimal auf unsere Patienten abzustimmen. Das funktioniert nur, wenn Sie Ihre Eintragungen vollständig und genau vornehmen. Darum möchten wir Sie gerne bitten!

Bitte tragen Sie wochenweise jeden Tag während Ihres stationären Aufenthaltes bei uns die **Dauer der verschiedenen Therapien, an denen Sie teilnahmen, in Minuten** ein. Wenn Sie Zuordnungsprobleme haben, fragen Sie z.B. Ihren Stationsarzt oder eine Schwester.

Kreuzen Sie auf dem ersten Wochenblatt den Tag Ihrer Aufnahme an. Beginnen Sie mit den Eintragungen in Ihrem Therapietagebuch **am Tag nach Ihrer Aufnahme**.

Nach jeder Woche – und am Ende der Behandlung – werden Sie gebeten, auf dem zweiten Blatt Ihr ganz persönliches Urteil über die Therapieeffekte der letzten Woche abzugeben.

Geben Sie die ausgefüllten Bögen jeweils Montags morgens z.B. zur Visite oder im Schwesternzimmer ab; Sie erhalten dann für die kommende Woche die Folgeblätter Ihres Therapietagebuches.

Dieses erste Blatt mit persönlichen Daten wird später getrennt von den folgenden aufbewahrt, so dass Ihre weiteren Angaben anonym bleiben.

Wir bedanken uns sehr für ihre Mitarbeit, und wir wünschen Ihnen einen guten Einstieg!

PatID: _____ ZentrumsID: _____		1. Woche, bitte für jeden Tag und jedes Therapieverfahren Ihre Teilnahmezeit in Minuten eintragen						
Wochentag: Datum:		Mo:	Di:	Mi:	Do:	Fr:	Sa:	So:
Stationsarztgespräch	[1]							
Stationsarztvisite	[2]							
Chefarztvisite	[3]							
Übungen mit Pflegedienst (z.B. Angsttraining)	[4]							
Gespräche mit Pflegedienst (Einzeltermin)	[5]							
Gespräche mit Angehörigen u. Therapeuten zusammen	[6]							
Gespräche mit Angehörigen ohne Therapeuten	[7]							
Ergotherapie (Einzel)	[8]							
Ergotherapie (Gruppe)	[9]							
Paartherapie	[10]							
Familientherapie	[11]							
Sozialtherapie (inkl. Kompetenztraining) (Einzel)	[12]							
Sozialtherapie (inkl. Kompetenztraining) (Gruppe)	[13]							
Sport (Gruppe)	[14]							
Tiefenpsychologische Therapie (Einzel)	[15]							
Tiefenpsychologische Therapie (Gruppe)	[16]							
Tiefenpsychologische störungsspezifische (Gruppe)	[17]							
Katathym-imaginative Psychotherapie (Einzel)	[18]							
Katathym-imaginative Psychotherapie (Gruppe)	[19]							
Kunst- und Gestaltungstherapie (Einzel)	[20]							
Kunst- und Gestaltungstherapie (Gruppe)	[21]							
Musiktherapie (Einzel)	[22]							
Musiktherapie (Gruppe)	[23]							
Konzentrierte Bewegungstherapie (Einzel)	[24]							
Konzentrierte Bewegungstherapie (Gruppe)	[25]							
Tanz-/Ausdruckstherapie (Einzel)	[26]							
Tanz-/Ausdruckstherapie (Gruppe)	[27]							
Entspannungsverfahren (z.B. AT, PMR) Einzel	[28]							
Entspannungsverfahren (z.B. AT, PMR) Gruppe	[29]							
Verhaltenstherapie (Einzel)	[30]							
Verhaltenstherapie (Gruppe)	[31]							
Verhaltenstherapeutische störungsspezifische Gruppe	[32]							
Physiotherapie, Krankengymnastik (Einzel)	[33]							
Physiotherapie (z.B. Rückenschule) (Gruppe)	[34]							
Therapeutische Gemeinschaft (strukturierte Tages- reizeit, Stationsversammlung, o.ä.)	[35]							
Sonstiges, was?	[50]							
Sonstiges, was?	[50]							
Sonstiges, was?	[50]							

1. Behandlungswoche

Im Folgenden schätzen Sie bitte ein, wie Sie persönlich die Therapie in den letzten 7 Tagen erlebt haben. Bitte machen Sie Ihre Ankreuzungen auf der Skala jeweils so, wie es Ihrem Eindruck entsprach.

In den letzten sieben Tagen war die Therapie für mich ...

hilfreich

überhaupt nicht  sehr

belastend

überhaupt nicht  sehr

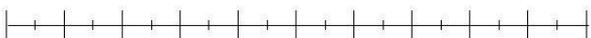
In den letzten sieben Tagen hat die Therapie mich ...

emotional berührt

überhaupt nicht  sehr

In den letzten sieben Tagen habe ich durch die Therapie für mich ...

wichtige Einsichten gewonnen

überhaupt nicht  sehr

In den letzten sieben Tagen hat mir die Therapie ...

geschadet

überhaupt nicht  sehr

Wenn Sie finden, dass die Therapie eher schädliche Nebenwirkungen für Sie hatte, dann beschreiben Sie bitte hier, was Sie als schädlich erlebt hatten:

7. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides Statt, dass die Dissertation von mir selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe unter Beachtung der „Grundsätze zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf“ erstellt worden ist. Diese Dissertation wurde in vorgelegter oder ähnlicher Form bei keiner anderen Institution eingereicht oder abgelehnt. Ich habe bisher keine erfolglosen Promotionsversuche unternommen.

Duisburg, 24.10.2020

Daniel Seidler