

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Der Zusammenhang struktureller und symptomatischer Veränderung im Rahmen
multimodaler psychodynamischer Behandlungen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Kamiar Kersten Rückert
aus Würzburg

Mainz, 2024

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hansjörg Schild

Tag der Promotion: 10. März 2025

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	II
1 Einleitung	3
1.1 Einführung in das Konzept der Persönlichkeitsstruktur	3
1.2 Persönlichkeitsstruktur und Persönlichkeitsstörung	12
1.3 Einzug der Persönlichkeitsstruktur in Diagnosemanuale.....	13
1.4 Persönlichkeitsstörung im ICD-10 und DSM-IV.....	13
1.5 Kritik an der Diagnostik der Persönlichkeitsstörung im ICD-10 und DSM-IV	15
1.6 Persönlichkeitsstörung im ICD-11 und DSM-V.....	17
1.7 Einzug der Persönlichkeitsstruktur in Diagnosemanuale.....	20
1.8 Literaturdiskussion.....	21
1.9 Einführung in das psychosomatische Behandlungssetting der Universitätsmedizin Mainz	28
1.9.1 Indikation einer klinischen Behandlung an der Klinik für Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz	29
1.9.2 Klinische Vignette	30
1.9.3 Die desorganisierte Persönlichkeitsstruktur	30
1.9.4 Die gut bis mäßig integrierte Persönlichkeitsstruktur.....	31
1.9.5 Die gering integrierte Persönlichkeitsstruktur	32
1.9.6 Diskussion der Fallbeispiele	33
1.9.7 Behandlung	35
2 Ziel der Dissertation	35
3 Material und Methoden	36
3.1 Stichprobe	36
3.2 Instrumente.....	36
3.3 Instrument zur Messung der Depressivität	37
3.4 Instrument zur Messung der Ängstlichkeit	37
3.5 Instrument zur Messung sozialer Ängste	37
3.6 Instrument zur Messung der Symptombelastung	38
3.7 Instrument zur Messung der Persönlichkeitsstruktur.....	38
3.8 Erläuterung der Subskalen des OPD-SFK.....	39
3.8.1 Limitationen des Fragebogens zur Persönlichkeitsstruktur	40
3.9 Statistische Analyse.....	41
3.10 Statistische Analyse der ersten Hypothese	41
3.11 Statistische Analyse der zweiten Hypothese.....	41
3.12 Statistische Analyse der dritten Hypothese	41
3.13 Erweiterte Überlegungen zur Analyse	42
4 Ergebnisse	43
4.1 Soziodemografie.....	43
4.2 Allgemeine klinischen Charakteristika.....	43

4.3	Allgemeine Symptomatik	45
4.4	Soziodemografie und Klinische Charakteristika der ausgeschlossenen Teilnehmer 45	
4.5	Überprüfung der ersten Hypothese (Die Persönlichkeitsstruktur verbessert sich durch eine multimodale Behandlung.).....	46
4.5.1	Zusammenhang der Symptommaße.....	46
4.6	Überprüfung der zweiten Hypothese (Eine Strukturverbesserung ist mit einer Abnahme der Symptombelastung assoziiert.)	50
4.7	Überprüfung der dritten Hypothese (Stärkere strukturelle Einschränkungen zu Behandlungsbeginn sind mit einem geringeren Ansprechen auf symptomatischer Ebene assoziiert)	50
4.8	Zusammenfassung der Ergebnisse	53
4.9	Verdeutlichung der Ergebnisse durch klinische Vignetten.....	53
4.9.1	Klinische Vignette eines desorganisierten Patienten.....	53
4.9.2	Klinische Vignette eines gut bis mäßig organisierten Patienten	56
4.9.3	Klinische Vignette eines gering-organisierten Patienten	58
5	Diskussion.....	59
5.1	Diskussion der Ergebnisse	60
5.2	Diskussion der Limitationen	63
6	Zusammenfassung.....	66
	Literaturverzeichnis.....	68
7	Anhang	76
8	Anhang der Publikation	84
	Summary	84
	Zusammenfassung	84
	Einleitung.....	85
	Methode.....	86
	Ergebnisse.....	87
	Diskussion	93
	Literatur	94
9	Danksagung.....	95
10	Tabellarischer Lebenslauf	96
11	Arbeitsanteil der beteiligten Autoren.....	99
12	Unterschrift der beteiligten Autoren	100

Abkürzungsverzeichnis

BPD	Borderline-Personality Disorder
BPI	Borderline-Personality Inventory
DSQ	Defense Style Questionnaire
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale-7
GAF	Global Assessment of Functioning
GSI	Global Severity Index
ICD	International Classification of Diseases
IPP	Inventory of Interpersonal Problems Score
IPO-16	Inventar der Persönlichkeitsorganisation-16
LPFS	Level of Personality Functioning Scale
mini-SPIN	Mini-Social Phobia Inventory
N	Nummer
OPD-SF	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - Strukturfragebogen
OPD-SFK:	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Strukturfragebogen Kurzform
PHQ-D	Gesundheitsfragebogen für Patienten
PHQ-9	Patient Health Questionnaire / Patientenfragebogen-9
SCL-9	Symptom-Checkliste 9
SD	Standardabweichung
SEFP	Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit, deutsche Version des LPFS
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Persönlichkeitsstruktur nach O. Kernberg
Abbildung 2	Persönlichkeitsfunktionen nach O. Kernberg
Abbildung 3a	Persönlichkeitsfunktionen nach OPD-2
Abbildung 3b	Persönlichkeitsfunktion nach OPD-3
Abbildung 4	Übersicht der Persönlichkeitsfunktionskonzepte
Abbildung 5	Gegenüberstellung der Persönlichkeitsstruktur – und Persönlichkeitsstörungskonzepte
Abbildung 6	Diagnose der Persönlichkeitsstörung nach ICD-10
Abbildung 7	Diagnose der Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV
Abbildung 8	Darstellung der Therapieangebote
Abbildung 9	Subskalen des OPD-SFK
Abbildung 10	Visualisierung der ANOVAs
Tabelle 1	Vergleich der Soziodemographie der Studienpopulation mit Grundgesamtheit der Patientendaten
Tabelle 2a	Bivariate Korrelationen zum Behandlungsbeginn
Tabelle 2b	Bivariate Korrelationen zum Behandlungsende
Tabelle 3.	Mittelwerte (SD) und Effektstärken des Strukturniveaus bei Behandlungsbeginn und -ende
Tabelle 4	Hierarchische Regressionsanalysen
Tabelle 5	Mittelwerte und Effektstärken der Symptommaße bei Behandlungsbeginn- und Ende stratifiziert nach Strukturniveau bei Aufnahme

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Konzept der Persönlichkeitsstruktur

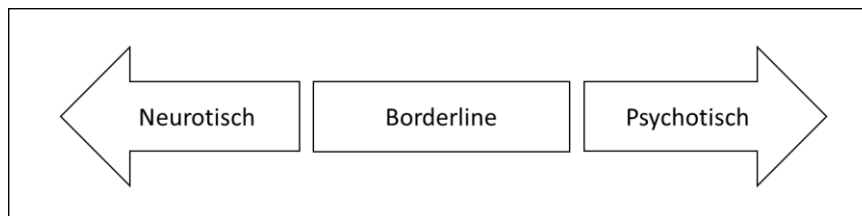
Innerhalb der psychodynamisch orientierten Psychotherapie gibt es den Begriff der Persönlichkeitsstruktur, der unterschiedliche Persönlichkeitsfunktionen zu einem Ganzen zusammenfasst. Ähnlich dem Begriff der Persönlichkeitsstörung beschreiben die aktuellen Konzepte der Persönlichkeitsstruktur biografisch geprägte Entwicklungsprozesse, die im Allgemeinen von einer temporalen Stabilität gekennzeichnet, jedoch veränderbar sind. Neben genetischen (Caspi et al. 2002) und möglichen neurobiologischen Faktoren (Stanley und Siever 2010) geht man davon aus, dass belastende Kindheitserfahrungen zu Entwicklungsdefiziten führen, die sich in diversen Einschränkungen widerspiegeln (Felitti et al. 1998). Diese Einschränkungen zeigen sich bei intrapsychischen und interpersonellen Prozessen und führen zu dauerhaften Beeinträchtigungen der Alltagsfunktion. Vor allem unter biopsychosozialen Belastungen nehmen die psychischen Symptome zu (Ehrenthal und Grande 2014; Krakau et al. 2021; Johansson et al. 2014; Felitti et al. 1998). Diese Einschränkungen können im Allgemeinen als Wahrnehmung, Steuerungsfähigkeit, Abwehrmechanismen, Kommunikationsfähigkeit bezeichnet werden (OPD 2023).

Die Einschätzung des Funktionsniveaus, neben der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, ist ein wertvoller Prädiktor für die Ausprägung unterschiedlicher Symptombelastungen und Behandlungsverlauf, -dauer und -prognose. Das Behandlungskonzept kann hierdurch auf die biografisch geprägten Einschränkungen und Symptombelastungen der Patienten zugeschnitten werden und in Abhängigkeit zu den Symptomen kann eine Behandlungshierarchie formuliert werden (Dulz et al. 2022). Diese Hierarchie spiegelt sich in der vorangestellten Arbeit an selbst- und fremdgefährdenden Anteilen sowie dem Realitätsbezug noch vor der Durcharbeitung von psychodynamischen Konflikten wider. Ziel ist es, hierdurch eine psychosoziale Stabilität zu gewährleisten, um die Arbeit weiterer selbst- und beziehungsgefährdenden Anteilen zu ermöglichen. Dieses Vorgehen findet einen schulübergreifenden Konsens und bildet ebenfalls den Kern von verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Persönlichkeitsstörungen, wie etwa der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Bohus 2019).

Noch bevor symptomatische Belastungen dargelegt werden, soll zunächst der Begriff der Persönlichkeitsstruktur näher betrachtet werden. Je nach Literatur wird der Strukturbegriff als Persönlichkeitsniveau, -funktion, -achse oder –organisation bezeichnet. Aktuell finden sich unterschiedliche Modelle zum Strukturbegriff. Hierzu zählen das angelsächsische Modell (Kernberg 1995), das deutschsprachige Modell (Arbeitskreis OPD 2023), das erste

psychoanalytische Modell nach Sigmund Freud (Freud 2022 (1923)) sowie das psychodynamische Modell nach Habib Davanloo (Davanloo 1995).

Das angelsächsische Modell der Persönlichkeitsstruktur findet überwiegend internationale klinische und wissenschaftliche Anwendung. Dieses Modell basiert auf der psychoanalytischen Weiterentwicklung der Überlegungen der Vertreter der Objektbeziehungstheorie und teilt nach Otto Kernberg die intra- und interpsychischen Prozesse in die drei Funktionsbereiche ein. Diese sind Identität, Abwehrmechanismen und Realitätsprüfung (Kernberg 1995). Unterschiedliche Ausprägungen der Funktionsbereiche finden sich innerhalb eines Spektrums wieder. Dabei stellt „neurotisch“ das gesunde Spektrum dar, das über die „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ zu dem eingeschränktesten Strukturanteil gelangt, der als „psychotische Persönlichkeitsorganisation“ bezeichnet wird (Kernberg 1995); dargestellt in Abbildung 1.



Persönlichkeitsstruktur nach O. Kernberg, Abbildung 1

Das diagnostische Spektrum reicht von stabiler Identität bis hin zur Identitätsdiffusion. Abwehrmechanismen werden in primär, sekundär und tertiär aufgeteilt. Ebenfalls findet die Einschätzung der Realitätsprüfung von intakt bis defizitär statt.

Patienten auf einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur erleben ihre Identität als stabil. Sie erkennen metaphorisch ausgedrückt den „roten Faden“, der sich konstant durch ihr Leben zieht. Sie nehmen wahr, dass sie ein Mensch mit einzigartigen Erfahrungen und Prägungen sind, die sie von anderen Menschen unterscheidet. Diese Menschen erleben ihr Handeln in Übereinstimmung zu ihren ersten Bezugspersonen. Sie sind befähigt, eigene Ziele und Wünsche zu formulieren, in Beziehung zu ihren Erfahrungen zu setzen und von jenen ihres Gegenübers zu unterscheiden. Sie können sich selbst reflektieren und sind befähigt, eigenes Denken und Handeln zu mentalisieren. Das bedeutet, dass sie beides als implizit und explizit motiviert verstehen. Eigene negative Anteile können wahrgenommen, ausgehalten und in einen biografischen Kontext gesetzt werden. Diese Fähigkeiten verhindern, dass zwischenmenschliche Konflikte ihr Leben dominieren, da sie eigene Anteile realistisch wahrnehmen und bei falschen Handeln adäquat Verantwortung übernehmen. Bei innerpsychischen Konflikten nutzen sie überwiegend sekundäre oder tertiäre

Abwehrmechanismen, die auch als reife Abwehrmechanismen bezeichnet werden. Hierzu gehören Intellektualisieren, Rationalisieren, Sublimieren, Aufschieben, Humor sowie Affektisolierung. Diese Mechanismen verzerren die Wahrnehmung der Realität nur geringgradig bis gar nicht. Die Mechanismen helfen, mit den überwiegend intra-, aber auch interpersonellen Belastungen produktiv umzugehen. Sie inhibieren zumeist nicht die Arbeits- und Beziehungsfähigkeit sowie die generelle Lust an einer Teilnahme am Leben. Das Ziel der Therapien dieser Patienten besteht in der Bewusstmachung des inneren Konflikts, ihrem Umgang mit Emotionen und vor allem dem Erleben des somatischen Anteils der Emotionen.

Patienten mit einer psychotischen Persönlichkeitsstruktur befinden sich in einem Zustand der Identitätsdiffusion. Sie sind nicht befähigt, den „roten Faden“ eines ausgeglichenen Selbstbildes mit Stärken und Schwäche wahrzunehmen. Eigene Stärken werden negiert oder überhöht, normale menschliche Schwächen werden mit Selbstvorwürfen bestraft, schamhaft zurückgehalten oder verleugnet. Sie erkennen keine klaren Identifikationen mit früheren wichtigen Bezugspersonen. Mehrere, nicht zueinander passende Persönlichkeitsanteile bestehen gleichzeitig und führen zu Verwirrung bis hin zu Denk- und Wahrnehmungsstörungen (Abbass und Schubiner 2020). Diese Widersprüche werden von den Patienten nicht als solche wahrgenommen. Dies wird in der Definition nach Seiffge-Krenke deutlich, die die Folgen der Identitätsdiffusion als „unreflektierte, chaotische Beschreibungen des Patienten von sich und anderen und (...) Unfähigkeit, diese Widersprüche zu integrieren oder überhaupt wahrzunehmen“ darlegt (Seiffge-Krenke 2012). Dies kann soweit führen, dass eine Geschlechtsdiffusion entsteht, in der Patienten nicht eindeutig benennen können, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen (Kernberg 1995). Dem zugrundeliegend ist die Angst, durch eine Identifikation mit männlichen Anteilen die weiblichen Anteile endgültig zu verlieren und durch die Identifikation mit Weiblichem das Männliche aufgeben zu müssen (Rieken et al. 2011), sodass die Diffusion einen innerpsychischen Schutz vor Vereinnahmung eines der beiden (zumeist elterlichen) Anteile bietet. Diese existenzielle Angst findet sich jedoch nicht nur in der Wahrnehmung der eigenen Person wieder, sondern auch in der der Umwelt. Sie erleben ihre Umwelt und therapeutische Versuche ihnen zu helfen zunächst als eine Bedrohung, die bis hin zur Angst vor Auslöschung geprägt sein kann. Um sich vor diesen übermäßigen Angst zu schützen, nutzen sie primäre (auch: unreife) Abwehrmechanismen (McWilliams 2011). Diese werden auch als psychotische Abwehrmechanismen bezeichnet und beinhalten psychotischen Rückzug, omnipotente Phantasien, Verleugnung der Realität, Dissoziationen und starke Somatisierungen. Grund hierfür ist eine strukturelle Schwäche, die auf defizitäre Entwicklungsschritte zurückzuführen ist. Abwehrmechanismen entstehen in einer vorhersagbaren Reihenfolge während der kindlichen Entwicklung. Der Begriff „primär“ und „unreif“ verweist dabei auf die ontogenetischen Entwicklungsschritte, innerhalb derer zunächst im Kleinkind Angst durch etwa Verleugnung, wunschhaftes Denken, omnipotente

Kontrolle, Somatisierung und psychotischen Rückzug (Rückzug in die eigene phantasierte Welt) gemildert wird. Während der kindlichen Entwicklung erfährt das Individuum durch die Spiegelung seiner Bezugspersonen und den empathischen Verweis auf die objektive Realität sein Vorgehen als subjektive Abwehrmechanismen und muss sich mit neuen Bewältigungsmechanismen seiner Angst auseinandersetzen. So werden unreife durch reifere Mechanismen wie etwa Intellektualisieren, Rationalisieren, Sublimierung entwickelt. Verleugnung („Nichts ist passiert“) entwickelt sich zur Verdrängung („Ich erinnere mich gerade nicht an das Geschehene“) und wird im Verlauf zum Aufschieben („Ich weiß um das Geschehene und werde mich dem zu einem passenden Zeitpunkt zuwenden). Der Umgang mit adäquaten Abwehrmechanismen, wie zuvor beschrieben, wurde ihnen durch ihre frühesten Bezugspersonen nicht zuteil (Cramer 2012; McWilliams 2011). Die unterschiedlichen Abwehrmechanismen liegen dem Schutz vor einem existenziellen Terror vor Auslöschung und Fragmentierung des Selbst zugrunde (McWilliams 2011). Diese Abwehr ist jedoch inadäquat, da sie zu einer fortwährenden Angstexazerbation bei fortbestehender Realitätsprüfung- und -einschränkung führt und die Steuerungs- sowie Kommunikationsfähigkeit fortwährend einschränkt (Frederickson 2021). Das Ziel der Therapien dieser Patienten besteht zunächst in dem Aufbau von Kapazität, um mit der Angst und der Realität umzugehen und der Bewusstmachung von selbstverletzenden Anteilen (Abbass und Schubiner 2020; Dulz et al. 2022).

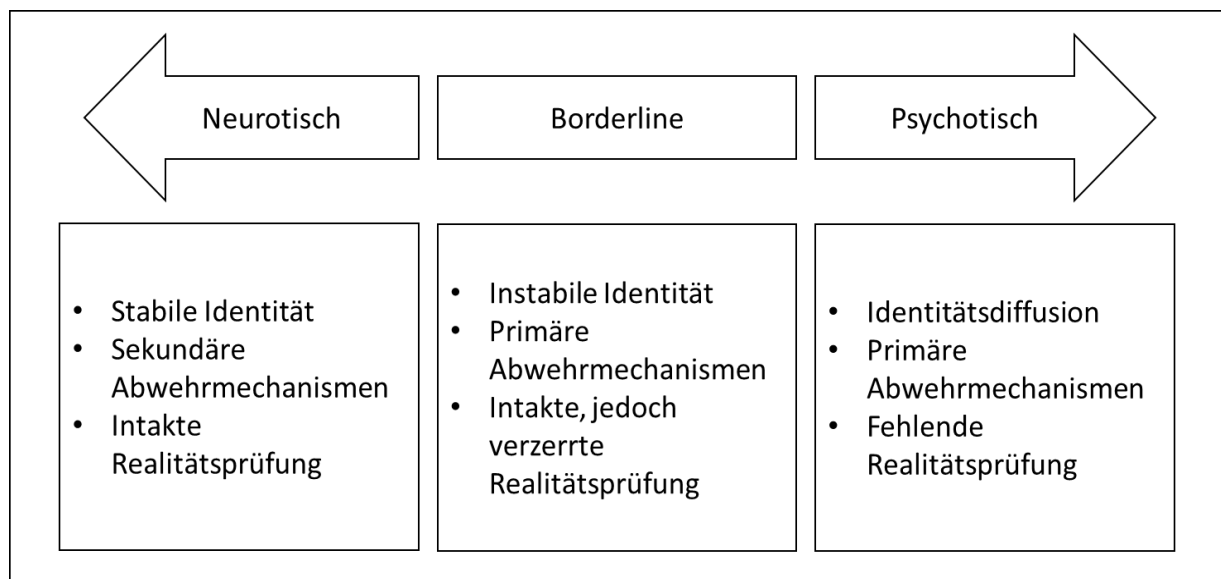
Zwischen den Polen von neurotisch und psychotisch befindet sich das Spektrum der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Diese Patienten nutzen charakteristische Abwehrmechanismen, die in ihrem Alltag zu wiederkehrenden zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen führen. Diese beinhalten: Projektion, Projektive Identifikation, Spaltung, Ausagieren, aber auch Dissoziationen. Das Ausagieren kann sich im Sinne von unterschiedlichen Formen der Selbstverletzungen zeigen. Dabei spielt in psychoedukativer Patientenliteratur sowie im gesellschaftlichen Verständnis des Krankheitsbildes vor allem das „Ritzen“ eine große Rolle. Neben oberflächlichen Verletzungen und schwerwiegend tiefen Schnittwunden, reicht das Spektrum jedoch auch von chronischer und akuter Suizidalität bis hin zu subtileren Formen. Dabei werden die subtileren Formen teils von Patienten nicht selbst wahrgenommen und bedürfen von Seiten der Therapeuten eine vertiefte Anamnese und zumeist eine Verhaltensbeobachtung während der (teil-)stationären Behandlung durch das gesamte Stationsteam, um diese Arten des Agierens zu verdeutlichen. Aus der eigenen klinischen Erfahrung gehören hierzu z.B. schamhaft nicht erwähntes riskantes Sexualverhalten, eine unzureichende Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr wie aber auch eine fehlende Einnahme von teils lebenswichtigen bis hin zu angstreduzierenden Medikamenten. Andererseits wiederum kann eine gesteigerte Einnahme von beruhigenden Mitteln wie Opiaten oder Benzodiazepinen, illegalen Drogen wie Cannabis, aber auch legalen wie Nikotin

oder Alkohol genutzt werden. Die Folgen sind, dass Konzentration-, Antrieb- und Leistungsminderungen, einer adäquaten therapeutischen Arbeit im Weg stehen und die depressive Symptomatik verstärken oder erst erzeugen (McWilliams 2011). Als Beispiel zeigte sich in der Behandlung eines sehr jungen Patienten eine deutliche Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörung. Diese steigerte sich zum Ende des Tages und war der zentrale Grund für seine klinische Behandlung. In der Exploration zeigte sich, dass der Patient bis zu den Sitzungen um 15 Uhr kein Wasser zu sich nahm und morgens nur einen Kaffee trank sowie mittags nur ein kleines Brötchen aß. Mit der Durcharbeitung dieser Selbstverletzung besserte sich die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme und führte zu einer rückläufigen Symptomatik. Das Ausagieren, aber auch die anderen bereits erwähnten Abwehrmechanismen führen zu wiederholten zwischenmenschlichen Konflikten. Im klinischen Kontext zeigt sich dies besonders zu Personal (Therapeuten, Kreativtherapeuten, Pflegekräften oder Physiotherapeuten) und Mitpatienten (Dulz et al. 2022). Zumeist liegt diesen Konflikten auch eine Projektion oder projektive Identifikation zugrunde. Projektion kann als ein Prozess bezeichnet werden, in dem eigene Anteile aus dem Bewusstsein abgewehrt und stattdessen im Gegenüber wahrgenommen werden. Hierzu mögen der eigene Wille zur Gesundheit, die eigenen Emotionen oder eigene Phantasien gehören, die im Sinne eines „Sie, aber nicht ich, wollen das ich gesunde“ an das Behandlungsteam projiziert wird (Frederickson 2021). Die projektive Identifikation kann wie folgt beschrieben werden: Der Patient nimmt den Therapeuten auf eine verzerrte Art wahr, die durch die frühesten Beziehungserfahrungen des Patienten geprägt ist. Dabei wird Druck auf den Therapeuten ausgeübt, sich wie frühere Familienmitglieder zu fühlen und zu handeln. Erst wenn Therapeuten sich mit diesen Anteilen identifizieren können und danach handeln, kommt es zu einer projektiven Identifikation (Wilson 1983). Durch dieses Verhalten kann, neben anderen Gründen, auch die Angst vor emotionalen Nähe zum Therapeuten abgewehrt werden. Die Folge ist, dass durch das mögliche (Fehl-)Verhalten des Therapeuten die verzerrte Wahrnehmung des Patienten weiter verfestigt wird und zum Beispiel in einem Ausspruch wie etwa „Ich habe es von Anfang an gewusst, sie sind genauso schrecklich wie mein Vater“ zum Ausdruck kommt. Diese Reaktionen haben einen Einfluss auf das emotionale Erleben, reichen aufgrund ihrer Heftigkeit und Abruptheit des Geschehens über die Sitzungen hinaus und können dem Therapeuten unverstanden und unaushaltbar erscheinen (Dulz et al. 2022; OPD 2023). Die Patienten sind sich zwar vieler Anteile ihrer Persönlichkeit bewusst, wehren jedoch ihre unangenehmen Anteile ab. Diese spiegeln vor allem die Beziehungsdynamik zu ihren primären Bezugspersonen wider.

Beim Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation bleiben Anteile der Realität intakt, führen jedoch zu Einschränkungen in der Selbst- und Objektwahrnehmung; siehe Abbildung 2. Innerhalb der Therapie? sollten Behandlungsziele hierarchisch formulieren und auf die Rahmenbedingungen der Therapie verwiesen werden (Dulz et al. 2022). Dies fördert die

Entwicklung einer integrierten Identität, ganzheitlichen Realitätswahrnehmung mit den eigenen Anteilen? für zwischenmenschliche Konflikte. Dabei besteht das Ziel, positive Selbstanteile wahrzunehmen, wichtige Mitmenschen trotz menschlicher Schwächen wohlwollend entgegenzutreten und Fähigkeiten zur Angstregulation und Emotionswahrnehmung aufzubauen, um die Abhängigkeit der destruktiven Abwehrmechanismen zu lockern sowie bestenfalls aufzulösen (McWilliams 2011). Das Vorhandensein von sekundären Abwehrmechanismen, wie bei neurotischen Patienten beschrieben, ist dabei jedoch kein Ausschlusskriterium für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern sollte während der klinischen Behandlung genau evaluiert werden.

Wie in Abbildung 2 beschrieben, können sich unterschiedlichen Ausprägungen der Borderline Persönlichkeitsorganisation präsentieren. So können sich Patienten näher am neurotischen wie aber auch am psychotischen Rand befinden.



Persönlichkeitsfunktionen nach O. Kernberg, Abbildung 2

Ogleich das angelsächsische Modell im deutschsprachigen Raumebenfalls zur Anwendung kommt (z.B. an dem Universitätsklinikum für Psychoanalyse und Psychotherapie in Wien oder am Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn), teilt der deutschsprachige Raum die Strukturachse größtenteils nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) in die vier Oberkategorien Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerung des Selbst und der Beziehung, emotionale Kommunikation und die Fähigkeit zur Bindung (Arbeitskreis OPD 2023). Es wird dabei in ein gutes, mäßiges, geringes und desintegriertes Strukturniveau gegliedert. Die vier Dimensionen setzen sich aus je 6 Untergruppen zusammen (Arbeitskreis OPD 2023); siehe Abbildung 3a. Das Strukturniveau kann als klinisches Interview durchgeführt werden oder, wie

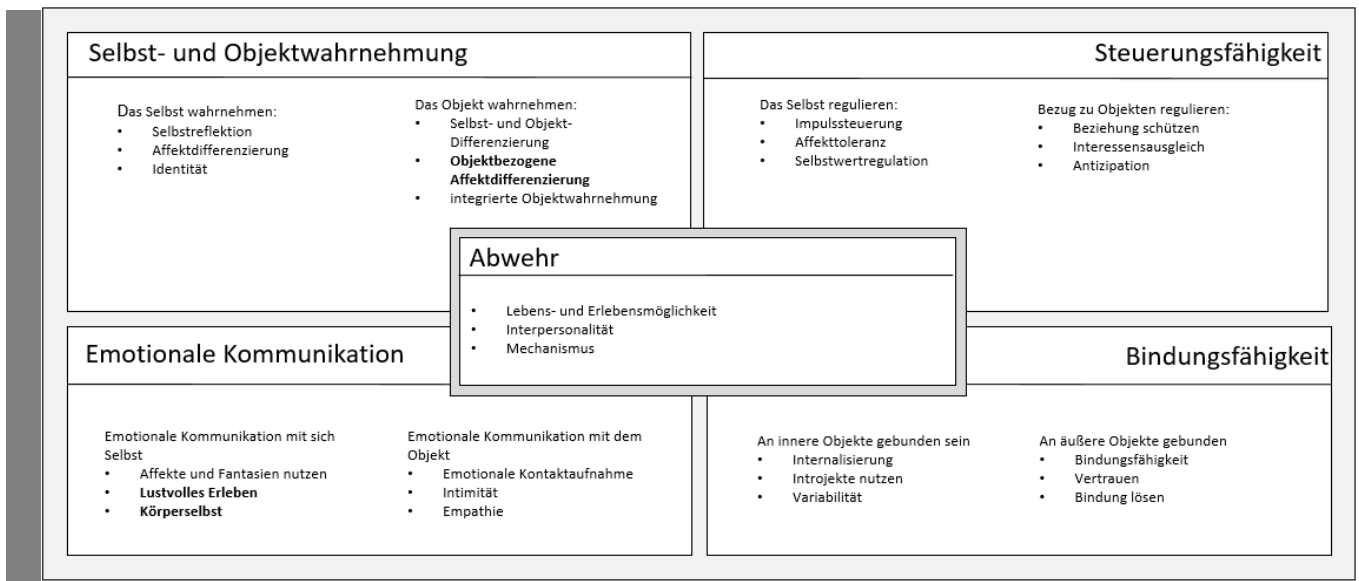
in der Dissertation durchgeführt, mithilfe der Fragebögen OPD-SF oder der Kurzversion OPD-SFK durch den Patienten selbst ausgefüllt werden. Anstatt der in Abbildung 3a beschriebenen vier Dimensionen werden dann drei Kategorien gebildet. Diese werden als Kontaktgestaltung, Beziehungsmodell und Selbstwahrnehmung bezeichnet (Ehrenthal et al. 2012; Ehrenthal et al. 2015).

Der Arbeitskreis der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, kurz OPD, teilt zunächst die Struktur als ein Spektrum von vier Dimensionen ein und erweiterte das Spektrum während dieser Dissertation um eine fünfte Dimension. Die neue Auflage der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik wurde nach der Durchführung der Dissertation veröffentlicht und nahm 2023 neue Kriterien der Struktur auf (OPD 2023). Seither bilden Abwehrmechanismen eine eigene Kategorie und fokussieren sich auf die Unterkategorie Lebens- und Erlebensmöglichkeit, Interpersonalität und Mechanismen. Auch die Kommunikation nach innen wurde durch den Begriff des Körper selbst und des lustvollen Erlebens erweitert.

Eine Gegenüberstellung findet sich in Abbildung 3a nach den Beschreibungen der OPD-2 und in Abbildung 3b nach OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2023).

<p>Selbst- und Objektwahrnehmung</p> <p>Das Selbst wahrnehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbild reflektieren und differenzieren • Affekte differenzieren • Eigene Identität entwerfen <p>Das Objekt wahrnehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbst- und Objektdifferenzierung • Andere ganzheitlich wahrnehmen • Realistisches Bild von anderen Entwerfen 	<p>Steuerungsfähigkeit</p> <p>Das Selbst regulieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulse steuern, integrieren und sich hiervon distanzieren • Distanz und Regulation von Affekten • Sich von Kränkungen distanzieren, Selbstwert regulieren <p>Bezug zu Objekten regulieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beziehung schützen, intrapsychisch statt interpersonelle Abwehr • Interessensausgleich • Reaktion von anderen antizipieren
<p>Emotionale Kommunikation</p> <p>Emotionale Kommunikation mit sich Selbst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affekte generieren und erleben • Fantasien entwerfen und nutzen • Eigene Körperwahrnehmung erleben <p>Emotionale Kommunikation mit dem Objekt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Kontaktaufnahme • Eigene Affekte zum ausdrücken und die anderer erleben • Empathie erleben 	<p>• Bindungsfähigkeit</p> <p>An innere Objekte gebunden sein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Internalisierung • Positive Introjekte (für sich sorgen, beruhigen trösten, helfen, schützen) • Triangulierungsfähigkeit <p>An äußere Objekte gebunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich emotional an andere binden • Hilfe annehmen können • Fähigkeit Bindungen zu lösen und Abschied zu nehmen

Persönlichkeitsfunktionen nach OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2023), Abbildung 3a



Persönlichkeitsfunktionen nach OPD-3 (OPD 2023), Abbildung 3b

Im Nachfolgenden wird das Strukturkonzept nach (OPD 2023) zitiert und erläutert:

Menschen mit einem gut integrierten Strukturniveau haben eine realitätsgerechte Wahrnehmung sowie ein autonomes Selbst, das innerhalb der eigenen Psyche Konflikte erleben und reflektieren kann. Sie erkennen den „roten Faden“ ihres Lebens, der sich aus frühkindlichen Erinnerungen und Fantasien zusammensetzt und durch Entscheidung und Verhalten seit der Adoleszenz verfestigt wurde. Unter Belastungen sind sie befähigt, sich selbst zu regulieren und Belastungssituation wie Veränderungen der Lebenssituation (z.B. Umzug, Kündigungen, partnerschaftliche Trennungen oder Tod ihnen nahestehender Personen) ohne größere Schwierigkeiten zu bewältigen. Dieses Strukturniveau spiegelt größtenteils Kernbergs Begriff der neurotischen Persönlichkeitsstruktur wider. Diese Menschen sind befähigt, Affekte und damit Impulse wahrzunehmen und zu steuern, ohne Impulsdurchbrüche zu erleben, da sie in der Regel keine hohe Anspannung und Angstsymptomatik erleben. Gleichzeitig können sie sich in andere hineinversetzen und deren Emotionen sowie implizite und explizite Intentionen nachvollziehen.

Menschen, die ein mäßig integriertes Strukturniveau aufweisen, haben die Fähigkeit, ein autonomes Selbstbild und eine stabile Identität zu erleben. Unter den oben aufgeführten und biografisch relevanten Belastungen kann es jedoch zu einer Absenkung der Regulationsfähigkeit kommen. Das Selbstbild ist dann geprägt von innerpsychischen Konflikten der Selbstentwertungen zum Schutz des Objektbezugs. Aversiv-Aggressive Affekte gegen frühere (z.B. Eltern und Geschwister), aber auch aktuelle Objekte (Partner, Kinder) werden zum Schutz der Beziehung gegen das eigene Selbst gerichtet. Hierzu mögen als übermäßig erlebte Versorgungswünsche, die eigene Bedürftigkeit, aber auch Wut gehören.

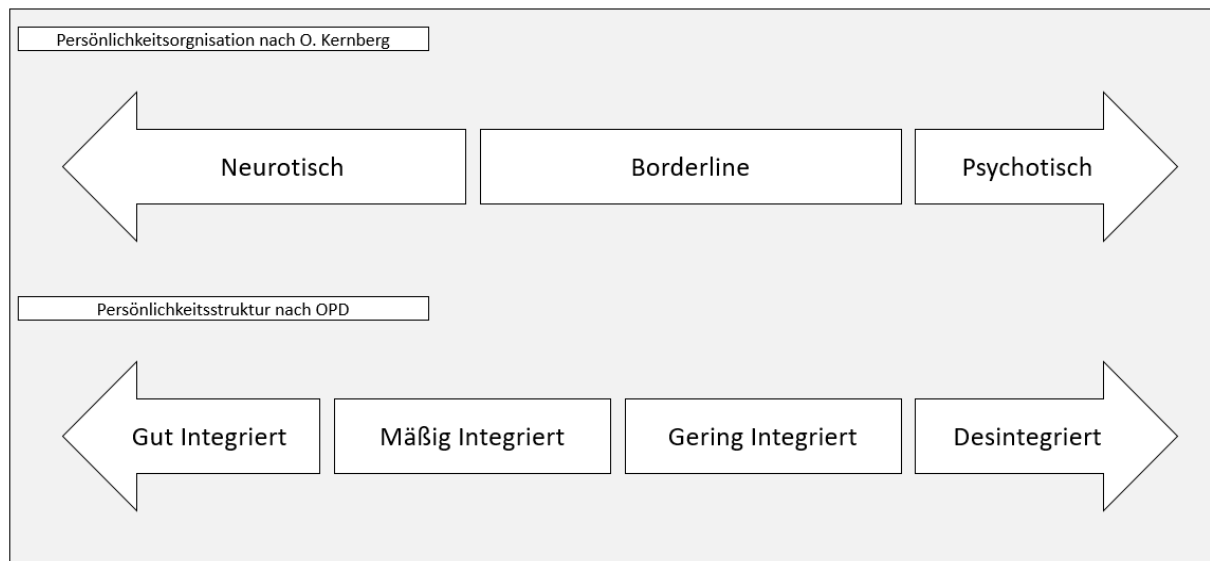
Vorherrschend sind dyadische Beziehungsmuster (Mutter-Sohn oder Vater-Tochter, statt Familie-Kind). Durch überwiegend intrapsychische Konflikte innerhalb der dyadischen Beziehungen werden autoaggressive Gedanken eingeschränkt, sodass die emotionale Nähe zu Mitmenschen und ebenfalls die Empathie-Fähigkeit leichtgradig eingeschränkt sind.

Bei gering strukturierte Menschen kommt es zu einer dauerhaften Reduzierung der regulatorischen Funktionen oder zu häufig wiederkehrenden, selbst nicht zu bewältigenden Krisen. Sie haben eine unzureichend entwickelnde Fähigkeit zur Selbstreflexion und einen eingeschränkten Binnenraum für psychische Konflikte. Sie erleben ihr Selbst überwiegend von interpersonellen statt intrapsychischen Konflikten geprägt, obgleich ihre Toleranz für aversive Affekte deutlich eingeschränkt ist. Es kommt zu Impulsdurchbrüche mit großer Kränkbarkeit. Hierdurch entstehende Ängste regulieren sie durch interpersonelle Abwehrmechanismen wie etwa der Spaltung, Idealisierung und Entwertung, sodass ein Circulus vitiosus entsteht, in der die früheren negativen Beziehungserfahrungen durch erneut auftretende interpersonelle Konflikte verstärkt werden. Beziehung führen zu Angst vor zu viel emotionaler Nähe innerhalb der sich die Patienten möglichen neuen Kränkungen und Konflikten ausgeliefert fühlen. Dieses Strukturniveau korreliert mit der oben nach O. Kernberg beschriebenen Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Der Wunsch nach Nähe bei gleichzeitiger Angst führt zu einer emotionalen Distanz, welche die Angstsymptome reguliert. Der Kontakt zu Mitmenschen geht so stets mit deutlichen Angstsymptomen einher. Die Selbstreflexion wird durch die wiederkehrenden negativen Beziehungserfahrungen eingeschränkt, sodass die Patienten die emotionalen Erfahrungen ihres Gegenübers weder erleben noch nachvollziehen können. Ihre Empathiefähigkeit fehlt.

Das mäßig bis gering-integrierte Strukturniveau überschneidet sich mit dem unteren Ende der neurotischen sowie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation.

Menschen mit desorganisiertem Strukturniveau können keinen Zusammenhang zwischen dem eigenen Selbst und den Affekten herstellen. Sie nutzen sehr unreife Abwehrmechanismen wie sie zuvor in der psychotischen Persönlichkeitsorganisation beschrieben wurden. Sie werden daher auch als psychotische Abwehrmechanismen bezeichnet, da sie einer realitätsgerechten Wahrnehmung im Weg stehen. Durch die unreifen Abwehrmechanismen mit fehlendem Realitätsbezug können eigene Handlungen weder wahrgenommen, noch reflektiert werden. Die Folge ist, dass Verantwortung hierfür ebenfalls nicht übernommen werden kann. Die Welt erscheint als Gefahr und wirkt bedrohlich. Das eigene Selbst glaubt, immer in existenzieller Angst zu sein, durch ein anderes Objekt zerstört oder vereinnahmt zu werden. Diese Entwicklungsschritte durch die Hilfsfunktion der Eltern spiegeln den fehlenden Objektbezug von Menschen mit desorganisiertem Strukturniveau wider und geben einen theoretischen Einblick in die Notwendigkeit einer stabilisierenden und

haltgebenden psychosomatischen und/oder psychiatrischen Krankenhausbehandlung. Dieses Strukturniveau kann jener psychotischen Persönlichkeitsorganisation nach O. Kernberg gegenübergestellt werden. Eine Veranschaulichung zeigt Abbildung 4.



Übersicht der Persönlichkeitsstrukturkonzepte, Abbildung 4

1.2 Persönlichkeitsstruktur und Persönlichkeitsstörung

Die zuvor beschriebenen strukturellen Einschränkungen stellen ein Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörungen dar (Ehrenthal et al. 2015; Zimmermann et al. 2015b; Livesley 1998). Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zeigen eine verminderte Kommunikationsfähigkeit mit sich selbst und anderen. Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung werden hierdurch negativ beeinflusst. Selbstreflexive Funktionen sind zu eingeschränkt, um die interpersonellen Schwierigkeiten wahrzunehmen. Im Gegensatz zur alleinigen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ermöglicht das Konstrukt der Persönlichkeitsstruktur klinisch tätigen und forschenden Medizinerinnen sowie Psychologen deskriptiv das patientenspezifische Spektrum affektiver, interpersoneller und intrapsychischer Faktoren einzuschätzen und Therapieimplikationen abzuleiten.

Mitunter liegen im klinischen Alltag strukturelle Defizite vor, obwohl die Schwelle für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 sowie DSM-IV noch nicht überschritten ist (Zimmerman et al. 2013; Leichsenring et al. 2019); siehe Abbildung 5 zum Ende des Kapitels Dies ist insofern relevant, als dass Patienten mit strukturellen Defiziten psychosomatische und psychiatrische Versorgungsleistungen häufiger in Anspruch nehmen, mehr Therapien abbrechen und eine schlechtere Prognosen aufweisen (Ehrenthal et al. 2015; Koelen et al. 2012; Reuter et al. 2014). Diese diagnostische Lücke des ICD-10 und DSM-IV, wird durch die Einführung der Neuauflage der Diagnoseleitlinien geschlossen. Die zuvor in der internationalen psychodynamischen Literatur diskutierte Thematik findet Einzug in die

verfahrensübergreifenden medizinischen Fachrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie der Psychologie.

1.3 Einzug der Persönlichkeitsstruktur in Diagnosemanuale

Mit der Einführung der neusten diagnostischen Leitlinien durch ICD-11 und DSM-V wird die kategoriale Einteilung der Persönlichkeitsstörung verlassen. Erstmals findet der traditionell psychodynamisch-geprägte Strukturbegriff in abgewandelter Form Einzug in die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Neben der bisherigen dichotomen Einschätzung, ob der Patient eine Persönlichkeitsstörung hat oder nicht, ermöglicht die Einführung eine strukturelle Einschätzung. Ähnlich der vorgestellten psychodynamischen Manuale bestimmt das alternative Modell der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 sowie ICD-11 zunächst den Schweregrad der Persönlichkeitsstörung, um im Verlauf Persönlichkeitsanteile zu bestimmen, aus denen Persönlichkeitsprofile gebildet werden können. Nach ICD-11 geht die Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere Persönlichkeitsstörung der Festlegung der fünf Persönlichkeitszüge negativen Affektivität, Dissozialität, Disinhibition, Distanziertheit und Zwanghaftigkeit voraus.

1.4 Persönlichkeitsstörung im ICD-10 und DSM-IV

Der ICD-10 beschreibt Persönlichkeitsstörung als tief verwurzelte, anhaltenden Verhaltensmuster, die gegenüber der Bevölkerung eine Abweichung in Wahrnehmung, Kognition und emotionalen Erleben darstellen und sich in unterschiedlichen Bereichen des Lebens zeigen (Freyberger und Cooper 2012). Der ICD-10 (1993) benennt zunächst die zu erfüllenden diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörungen. Zitiert nach ICD-10 aus Freyberger und Cooper (2012) zeigt sich die ersten Symptomatik während der Kindheit oder der Adoleszenz und besteht während des Erwachsenenalters fort. Normale kindliche und jugendliche Entwicklungsprozesse werden nicht der Symptomatik zugerechnet. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung müssen nach Freyberger und Cooper (2012) die folgenden Kriterien zunächst erfüllt sein.:

Diagnostische Kriterien des ICD-10 zusammengefasst nach Freyberger und Cooper 2012

- G1. Charakteristische und dauerhafte innere Erfahrungs- und Verhaltensmuster weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Normen ab. Die Abweichungen äußern sich in 1. Kognition 2. Affektivität 3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung 4. Zwischenmenschliche Beziehungen
- G2. Das resultierende Verhalten der Abweichung ist in vielen psychosozialen Situation unflexibel, unangepasst oder unzweckmäßig.
- G3. Persönlicher Leidensdruck und/oder nachteiliger Einfluss auf die Umwelt
- G4. Abweichung seit dem Kindesalter oder Adoleszenz
- G5. Abweichung kann nicht durch eine andere psychische Störung erklärt werden
- G6. Ausschluss einer organischen Hirnerkrankung oder deutlichen Funktionsstörung des Gehirns

Diagnostische Kriterien des ICD-10, Abbildung 6

Der Erarbeitung der Kriterien soll ausreichend Zeit zugestanden werden und nicht nur auf ein Aufnahmegespräch / eine Therapiesitzung begrenzt werden, um möglichst viele und unterschiedliche Belegungen für die Symptomatik herausarbeiten zu können. Innerhalb der Diagnostik sollte der persönliche Leidensdruck auf die einzelnen psychosozialen Bereiche wie etwa Arbeit, Familienleben, Freundschaften und Freizeitaktivitäten ausdifferenziert werden. Empfohlen ist es, unterschiedliche Informationsquellen und Fremdanamnesen im Sinne von Familien- oder Paargesprächen zu nutzen, um verschiedene, dem Patienten unter Umständen fremde Eindrücke, vorliegen zu haben. Sobald die diagnostischen Kriterien des ICD-10 erfüllt sind, kann die Diagnose einer im Verlauf weiter zu eruiierenden Persönlichkeitsstörung vergeben werden. Hierzu müssen weitere Kriterien erfüllt werden, die die jeweiligen, den Störungsbildern zugrundeliegende, Erfahrungs- und Verhaltensmuster darstellen. Je nach Persönlichkeitsstörung gibt es fünf bis neun Eigenschaften oder Verhaltensweisen, von denen nicht alle erfüllt sein müssen. Zu den insgesamt acht Störungsbildern gehören die paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile (Impulsiver oder Borderline-Typus), histrione, anankastische, ängstlich (vermeidende), abhängige sowie spezifische Persönlichkeitsstörungen. Zumeist werden unter Letzterem die narzisstische oder passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung klassifiziert. In der Diagnostik gibt es mit Ausnahme der allgemeinen Hauptkriterien keine obligate Eigenschaft oder Verhaltensweise, die der Patient erfüllen muss, stattdessen muss ein numerischer Wert erreicht werden. So müssen bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung vier von sieben Eigenschaften erfüllt werden, bei der schizoiden Persönlichkeitsstörung vier von neun während bei der histrionen Persönlichkeitsstörung vier von nur sechs Kriterien erfüllt sein müssen. Ebenfalls findet sich die kombinierte Persönlichkeitsstörung wieder. Diese Patienten erfüllen zwar die allgemeinen

Hauptkriterien, jedoch nicht die numerische Skala und das zu erwartende Symptombild der spezifischen Störungen.

Im DSM-IV fanden sich ebenfalls 6 Hauptkriterien wieder. Diese werden nach Saß et al. (2001) wie folgt zitiert:

Diagnostische Kriterien des DSM-IV zusammengefasst nach Saß 2001

- A. Überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten weichen von soziokulturellen Umgebung ab und manifestiert durch mindestens 2 Bereiche: 1. Kognition 2. Affektivität 3. Impulskontrolle 4. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
- B. unflexibel und tiefgreifende Verhaltensmuster in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
- C. klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in psychosozialen Funktionsbereichen
- D. stabil und langdauernd; Beginn bis in die Adoleszenz/frühes Erwachsenenalter
- E. Als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung nicht erklärbar
- F. Nicht durch Substanz oder medizinischen Krankheitsfaktor (z.B Hirnverletzung) erklärbar

Diagnostische Kriterien des ICD-10 nach Saß 2001, Abbildung 7

Der DSM-IV sowie der ICD-10 unterscheiden sich in ihren diagnostischen Hauptkriterien unmerklich und zumeist rein sprachlich voneinander. Der DSM-IV bildet auf dieser Grundlage insgesamt zehn spezifische Störungsbilder. Zu den Störungsbildern gehören die paranoide, schizoide, schizotypische, antisoziale, Borderline, histrionische, narzisstische, selbstunsichere, abhängige sowie zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. Eine weitere Aufteilung der Borderline Persönlichkeitsstörung gibt es nicht. Narzisstisch und schizotypisch finden sich als eigenständige Persönlichkeitsstörung wieder. Unterschiedlich ist, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im DSM-IV bereits während des Kindes- oder Jugendalters vergeben werden darf, wenn die Persönlichkeitszüge nicht auf die Entwicklungsperiode zurückzuführen sind und mindestens ein Jahr überdauern. Eine Ausnahme stellt hierbei die antisoziale Persönlichkeitsstörung dar.

1.5 Kritik an der Diagnostik der Persönlichkeitsstörung im ICD-10 und DSM-IV

Der Paradigmenwechsel der Persönlichkeitsdiagnostik wird nach Hauser et al. (2021) auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt. Am Beispiel der dissozialen Persönlichkeitsstörung zeigen die Autoren, dass nur drei von insgesamt sechs Merkmalen notwendig sind, um diese

Diagnose zu stellen. Dabei wird die Vielzahl der möglichen Kombinationen der Diagnose („Heterogenität“) der dissozialen Persönlichkeitsstörung nicht abgebildet, sodass Personen mit derselben Diagnose unterschiedliche Krankheitsausprägung und –verläufe aufzeigen. Wenden wir uns den Kriterien zu, ist es zum Beispiel denkbar, dass zwei Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeit zwei unterschiedliche Ausprägungen haben: Einer ist unfähig, eine dauerhafte Beziehung aufrechtzuerhalten, sich verantwortungsvoll gegenüber sozialen Normen und Pflichten in Beruf und Partnerschaft zu verhalten und unfähig, aus den hieraus resultierenden negativen Erfahrungen wie z.B. wiederholten Kündigungen und Beziehungsabbrüchen zu lernen. Ein anderer Patient mit derselben Diagnose zeigt eine Gleichgültigkeit gegenüber dem Leid anderer Menschen, dass er z.B. im Rahmen eines Verkehrsunfalls selbst verursacht hat und tendiert zu wiederholten Beschuldigungen seines Gegenübers und hat eine geringe Frustrationstoleranz, die wiederum zu einer niedrigen Schwelle für gewalttätig-aggressives Verhalten führt. So müsste er eigenes Versagen im Straßenverkehr nicht wahrnehmen, keine Verantwortung übernehmen und unempathisch-aggressiv ausagieren, um eigene Spannungszustände nicht zu erleben. Die in der Dissertation beschriebenen strukturellen Merkmale, die die Grundlage für die Therapieplanung bilden, kommen hierdurch nicht deutlich zum Ausdruck. Anderson et al. (2014), Regier et al. (2013) und Hauser et al. (2021) konnten ebenfalls die hohe Komorbidität der spezifischen Persönlichkeitsstörungen untereinander darstellen. Die Symptomatik einer spezifischen Persönlichkeitsstörung überlappte mit jenen anderer Persönlichkeitsstörungen. Grund für den Paradigmenwechsel war somit auch, dass die „Persönlichkeits-Traits“ (es wird immer das gesamte Wort in Anführungsstriche gesetzt) als die Störung per se in den Vordergrund gerückt wurden. Ein weiterer Grund stellen bisherige Untersuchungen der Langzeitverläufe der Symptomausprägung dar, die nachweisen konnten, dass sich über 6, 12 und 24 Monaten der Schweregrad und Symptomausdruck variabel zeigte und Remissionen stattfanden. Wohingegen die Charaktereigenschaften „Traits“ eine Stabilität zeigten (Grilo et al. 2004). Dies wiederum gab, neben dem Fokus auf die „Persönlichkeits-Traits“, Anlass für die Veränderung der Zeitspanne der ICD-10-Definition „lebensüberdauernd“ zur ICD-11 Definition von 2 Jahren. Der vorgestellten Studienlage entsprechend lässt sich parallel zum Strukturbegriff vermuten, dass psychosoziale Belastungen, ähnlich wie bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörung, zu psychischen Krisen führen und die Ausprägung ebenso wie die Spezifität der Persönlichkeitsstörung variiert.

Ein weiterer Kritikpunkt stellen diskontinuierliche „Cut-off-Werte“ dar, da die Grenze zwischen Persönlichkeitsstörung und „gesunder“ Persönlichkeit kontinuierlich sind und diagnostische Leitlinien variabel und nicht ausreichend klar definiert werden können (Berberich und Zaudig 2015).

1.6 Persönlichkeitsstörung im ICD-11 und DSM-V

Der Wandel in der Diagnostik zeigt sich im Mai 2019 verabschiedeten ICD-11. Mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung als einzige spezifische Persönlichkeitsstörung werden keine weiteren spezifischen Persönlichkeitsstörungen mehr kategorisiert. Stattdessen wird das Krankheitsbild als Persönlichkeitsstörung mit drei Schweregraden (leicht, mäßig, schwer) bezeichnet. Der Schweregrad wird in Abhängigkeit zu den Funktionseinschränkungen gegliedert. Diese Einschränkungen decken sich weitestgehend mit den im ICD-10 erwähnten Bereichen der Kognition sowie der Affektivität innerhalb der Selbstfunktionen und innerhalb von Beziehungen (Hauser et al. 2021).

Die Selbstfunktionen bestehen aus Identität, Selbstwert, selbstreflexiven Funktionen und der eigenen affektiven Steuerungsfähigkeit. Die Identität reicht dabei bis zur Identitätsdiffusion. Der Selbstwert beinhaltet Selbsthass, -sabotage und -entwertung. Die selbstreflexiven Funktionen können selektiv vorhanden bis vollkommen abwesend sein. Auch die Steuerungsfähigkeit kann vollkommen fehlen oder sich als mangelnde Kompetenz innerhalb eines bestimmten Lebensbereiches zeigen. Mit diesen Einschränkungen des Selbst gehen auch Einschränkungen der Antizipationsfähigkeit einher. Je nach Schweregrad können Patient*innen die Auswirkungen ihrer eingeschränkten Selbstfunktionen auf die eigenen Wünsche und Ziele nur teilweise wahrnehmen, jedoch nicht unterbinden oder teils gar nicht antizipieren. Die Selbstfunktionen decken sich mit den innerhalb der Dissertation beschriebenen strukturellen Teilbereichen.

Auch die interpersonellen Funktionen decken sich mit den Definitionen des Strukturniveaus. Jene sind zusammengesetzt aus der Empathiefähigkeit, Fähigkeit zur emotionalen Nähe, der Fähigkeit zur Intimität, und dem Interessensausgleich innerhalb von Beziehungen. Letzterer setzt ein grundsätzliches Interesse für biografische Besonderheiten und die affektive Welt innerhalb von Freund- und Partnerschaften voraus und beschreibt die Befähigung, Hilfe anzunehmen und Bindungen zu lösen.

Im Gegensatz zu den bisherigen Manualen muss die Symptomatik nicht bereits seit der Kindheit oder Adoleszenz bestehen und zeitstabil sein, sondern seit mindestens zwei Jahren (WHO 2020). Die Ausprägung des Schweregrads wird anhand der Symptomstabilität innerhalb der Anzahl der möglichen Lebensbereiche diagnostiziert.

Zitiert nach Hauser et al. (2021) gilt eine Persönlichkeitsstörung als leicht, wenn die Funktionseinschränkungen in einer milden Form in einer Vielzahl von Funktionsbereichen auftreten oder wenn in einem Teilbereich Einschränkungen vorherrschen, die die Menschen jedoch trotz interpersoneller Schwierigkeiten Beziehungen aufrechterhalten können. Selbst-

und Fremdgefährdung sollten nicht vorhanden sein. Eine mittelgradige Persönlichkeitsstörung hingegen stellt sich in allen zwischenmenschlichen Funktionsbereichen dar und führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsfunktion (Beruf, Familie, Partnerschaft, Bildung). Grund hierfür ist vor allem der dysfunktionale Umgang mit Konflikten durch z.B. Rückzug, Ausagieren, devoter Unterwerfung oder dominanter Kontrolle. Unter Belastungen können selbst- und fremdgefährdende Anteile auftreten. Als eine schwere Persönlichkeitsstörung definieren die Autoren eine solch ausgeprägte Einschränkung in den Funktionsbereichen, dass soziale Normen nicht mehr erfüllt werden können. Aufgrund der selbst- und fremdgefährdenden Anteilen zeigt sich eine massive Einschränkung in allen Lebensbereichen. Am Ende des Kapitels werden die strukturellen Einschränkungen durch klinische Beispiele verdeutlicht und es wird ebenfalls auf die Ausprägungsgrade der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11 verwiesen.

Auf den Schweregrad können die Persönlichkeitsmerkmale, auch Trait-Domänen genannt, folgen. Nach ICD-11 können diese angewandt werden, um zu erfassen, welche Persönlichkeitsbeeinträchtigung am stärksten ausgeprägt ist. Fünf Persönlichkeitsmerkmale werden angeführt. Hierzu gehören: negative Affektivität (unangemessen-intensive-negative Affekte), Distanziertheit (Verleugnung des Wunschs emotionaler Nähe), Dissozialität (manipulativ-gefühllose Selbstbezogenheit), Enthemmung (rücksichtslose Impulsivität und fehlende Antizipationsfähigkeit) und Zwanghaftigkeit (rigide Kontrolle und Absicherung) (Hauser et al. 2021). Das klassisch deskriptive Bild spezifischer Persönlichkeitsstörungen ist nicht mehr vorhanden.

Der DSM-V bietet zwei Möglichkeiten zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Zum einen wird der kategoriale Ansatz mit den zuvor beschriebenen Persönlichkeitsstörungen des DSM IV unverändert fortgeführt. Zum anderen wird ein neues „alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen“ eingeführt (Falkai et al. 2018), dass Persönlichkeitsstörungen, ähnlich dem ICD-11, anhand von einer Einschätzung der globalen Funktionsbeeinträchtigungen (Kriterium A) und problematischen Persönlichkeitsmerkmale (Kriterium B) definiert.

Die Funktionsbereiche des Kriterium A sind definiert als Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe und werden wie im ICD-11 in Selbstfunktionen (Identität und Selbststeuerung) und zwischenmenschliche Funktionen (Empathie und Nähe) gegliedert. Die Funktionsbereiche umfassen jeweils drei Unterbereiche, die mittels „Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit“ (SEFP) definiert werden (Zimmermann et al. 2020). Jene unterteilt die Beeinträchtigung in fünf Schweregrade, die von keiner (L0) bis hin zu extremer Beeinträchtigung reichen (L4) und im DSM-V präzise definiert werden. Das Kriterium A des

DSM-V ist erreicht, wenn mindestens zwei der vier Funktionen mittelgradig (L2) beeinträchtigt sind. Falkai et al. (2018) beschreibt die jeweils drei Untergruppen wie folgt:

Nähe :

1. Fähigkeit tiefe und dauerhafte Beziehungen mit anderen Menschen einzugehen
2. Wunsch und Fähigkeit anderen Menschen nahe zu sein
3. respektvoller Umgang mit anderen Menschen

Empathie :

1. Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer
2. Toleranz gegenüber unterschiedlichen Sichtweisen
3. Verstehen der Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere

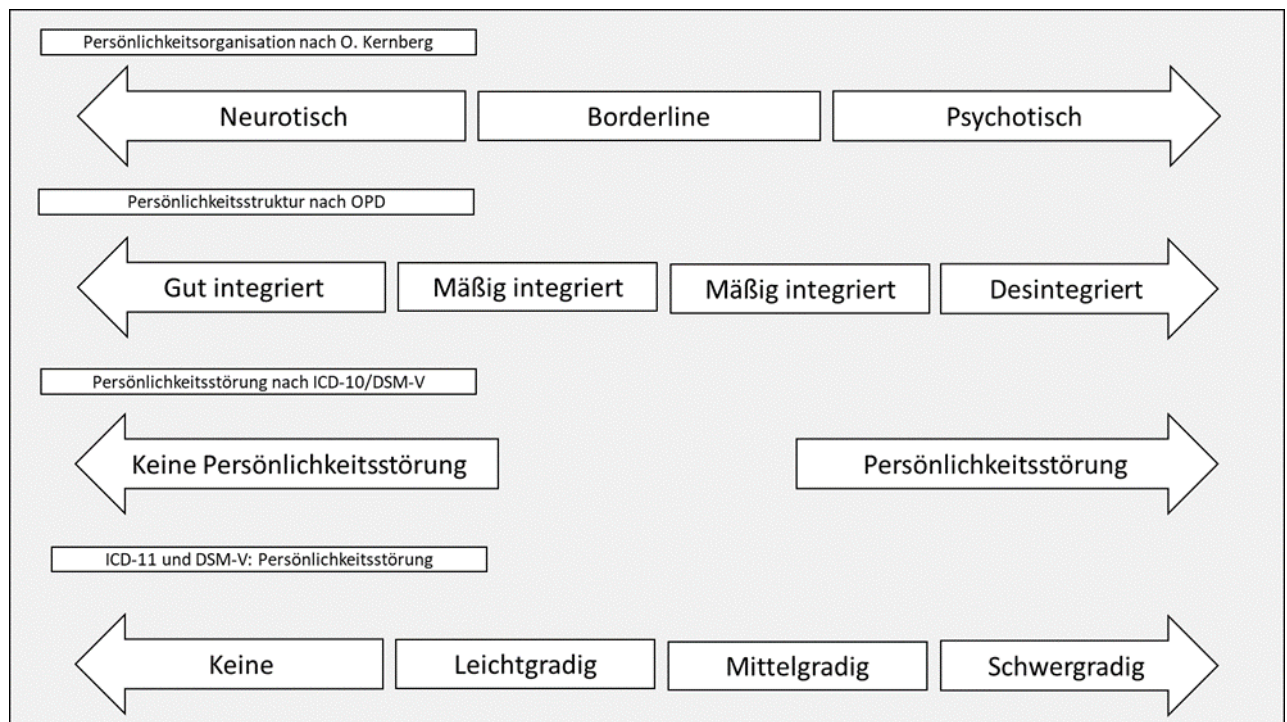
Identität:

1. Fähigkeit sich als eigenständige Person mit klaren Selbst-Objektgrenzen wahrzunehmen
2. stabiles Selbstwertgefühl und gute Selbsteinschätzung
3. Fähigkeit eine große Bandbreite an Gefühlen zu erleben und zu regulieren

Selbststeuerung:

1. Fähigkeit sinnvolle Ziele kurz- und langfristig zu verfolgen
2. Fähigkeit das Verhalten an konstruktiven und prosozialen Maßstäben zu orientieren
3. Fähigkeit auf produktive Weise über sich selbst nachzudenken

Mit dem Einzug dieser Veränderung wurden weitere diagnostische Instrumente wie der Selbsteinschätzungsfragebogen LPFS - Level of Personality Functioning Scale entwickelt (Weekers et al. 2019; Hutsebaut et al. 2016) oder von denselben Autoren durch ein teilstrukturiertes Interview für Persönlichkeitsfunktionen STIP-5.1 (Hutsebaut et al. 2017; Zetl et al. 2019) operationalisiert (Zimmermann et al. 2015a).



Gegenüberstellung der Persönlichkeitsstruktur – und Persönlichkeitsstörungskonzepte, Abbildung 5

1.7 Einzug der Persönlichkeitsstruktur in Diagnosemanuale

Bei der oben ausgeführten Veränderung im ICD und DSM fällt unverkennbar auf, dass die zuvor beschriebenen psychodynamisch orientierten Konzepte der Persönlichkeitsstruktur von O. Kernberg wie aber auch dem OPD den Einzug in die neuen diagnostischen Leitlinien gefunden haben. Dabei beziehen sich die Autoren namentlich auf O. Kernbergs Konzept der Objektbeziehungstheorie. Der OPD wird trotz seiner Nähe und Überschneidungen nicht namentlich erwähnt, obgleich die Aspekte der Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerungsfähigkeit, emotionalen Kommunikation sowie (der Wunsch nach) Bindungsfähigkeit zu einem integralen Bestandteil geworden sind. Dies zeigt sich auch in dem starken Zusammenhang der Messinstrumente des LPDS-BF, des OPD-SF sowie IPO-16 (Spitzer et al. 2021). Aktuell wird der OPD-Strukturfragebogen zur Einschätzung der Schweregrads von Persönlichkeitsstörungen neben dem LPFS (englische Version) und dem SEFP (deutsche Version) empfohlen (Zimmermann et al. 2015a). Zimmermann et al. (2012) gehen zudem davon aus, dass die Strukturachse des OPD sogar eine genauere Differenzierung der einzelnen Subskalen von schwerst-strukturell gestörten Patienten zulässt.

Deutlich wird in Übersichtsarbeiten zum alternativen Modell der Persönlichkeitsstörung und dem neuem ICD-11 Modell, dass die Neukonzeptionierung Bezug auf überschneidende Konzepte nahm (Zimmermann et al. 2015a; Hentschel 2014; Doering und Hörz 2012) und die

in Abbildung 5 bestandene Lücke der kategorialen Aufteilung zu einem dimensionalen Modell mit klar definierten Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktion verändert wurde.

Die Neukonzeption erlaubt der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie nun, das Kontinuum einer gesunden Persönlichkeit bis hin zur Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Diagnose adäquater abzubilden. Die Behandlungsziele, die sich bislang ohnehin an den Persönlichkeitsfunktionen orientierten, können Patienten deutlich widergespiegelt werden. So werden die Selbstwertstörungen unter dem Begriff der Identität subsumiert. Depressive Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung kann verdeutlicht werden, dass das ausgeprägte Scham und Schuldgefühle und der Verlust des Selbstvertrauens auf die strukturelle Einschränkung zurückgeführt werden könnte. Die Schwierigkeit berufliche und private Ziele zu erreichen und das hieraus entstehende Kränkungsleben kann unter der Kategorie der Selbststeuerung zusammengefasst werden. Ebenso können partnerschaftliche und kollegiale Konflikte in Zusammenhang mit Grenzen der Empathie und Nähe gesetzt werden.

1.8 Literaturdiskussion

Während die Verbesserung psychischer Symptome durch ambulante und stationäre psychotherapeutische Kurz- und Langzeitbehandlungen gut belegt ist (Liebherz und Rabung 2014; Ernst et al. 2023; Leichsenring et al. 2019; Leichsenring et al. 2023) und Langzeitkatamnesen auf eine Stabilität hinweisen (Seidler et al. 2019; Huber et al. 2009), zeigen sich die Befunde zu struktureller Veränderung weniger eindeutig bezüglich des Behandlungszeitraum, -modalität und -erfolgs. Im Nachfolgenden wird ein Überblick über die bisherige Studienlage vermittelt. Dabei wird neben bisherigen Forschungsergebnissen auf Schwächen der Arbeiten und offene bzw. noch nicht ausreichend belegte Fragestellungen verwiesen.

In einer Metaanalyse sowie einem Umbrella-Review verweisen Leichsenring et al. auf die Effektivität psychodynamischer Therapien im Hinblick auf strukturelle Einschränkungen (Leichsenring et al. 2023; Leichsenring und Rabung 2008). In ihrer Metaanalyse untersuchten Leichsenring und Rabung (2008) die Effektivität von Langzeittherapien gegenüber Kurzzeittherapien. Als Langzeittherapie definieren die Autoren eine Mindestzahl von 50 Therapiestunden. Die Metaanalyse wertete insgesamt 23 Studien (elf randomisierte kontrollierte Studien und zwölf Beobachtungsstudien) aus. Insgesamt wurden so die Daten von 1053 Patienten mit durchschnittlich 151 (Median = 73.50) Therapiestunden ausgewertet. Die Dauer lag im Mittel bei 95 Behandlungswochen, sodass die Veränderungen vor allem analytisch-orientierten Langzeittherapie entsprechen. Insgesamt wurde bei 134 Patienten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben (Leichsenring und Rabung 2008). Diese Metaanalyse verweist auf positive Veränderung der Persönlichkeitsfunktionen, indem sie auf die Besserung des sozialen Funktionsniveaus, die Veränderung der Abwehrmechanismen und

die Verbesserung interpersoneller Schwierigkeiten verweist. Die Studie führt als Beleg hierfür die Ergebnisse von acht der insgesamt 23 Studien an. Das soziale Funktionsniveau wurde mittels Global Assessment of Functioning (GAF) in nur drei von acht Studien bestimmt und die Symptomlast mittels SCL-90 in ebenfalls nur drei von acht Studien. Zwei von acht Studien stellten eine Verbesserung interpersoneller Probleme mittels des Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et al. 1988); Svartberg et al. 2004; Bateman und Fonagy 1999). Der Fragebogen zu den Abwehrmechanismen (Defense Style Questionnaire) wurde in der Durchschau der acht Studien nicht gefunden. Nur drei Studien untersuchten mittels ausführlicher Diagnostik durch SKID-2 Interview und weiterführenden Fragebögen wie etwa dem Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et al. 1988) sowie umfangreicheren Messungen zur Impulsivität und Aggressivität strukturelle Teilbereiche (Bateman und Fonagy 1999; Clarkin et al. 2007; Svartberg et al. 2004).

Der GAF repräsentiert die Achse V des DSM-IV und nutzt eine Bewertungsskala, um Einschränkungen in den beruflichen, sozialen und psychischen Bereichen einzuschätzen. Die Einschätzung bezieht sich auf einen Zeitraum von sieben Tagen und gibt auf einem Kontinuum von 100 bis 0 die allgemeine psychische Gesundheit wieder. Die Durchführung wird von psychiatrischen und psychosomatischen Diagnosemanualen (Arbeitskreis OPD 2023; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed* 1994) empfohlen. In der affektfokussierten psychodynamischen Psychotherapie findet es Anwendung zur orientierenden Ersteinschätzung des Funktionsniveaus, um die mögliche Therapiedauer und eine Interventionshierarchie abzuleiten (McCullough et al. 2019). Der GAF stellt gleichwohl keine Einschätzung des Persönlichkeitsniveaus mit den zuvor ausführlich beschriebenen Unterkategorien dar. Diese Meinung wird ebenfalls durch prominente Forscher vertreten (Bender et al. 2011). Der SCL-90 ist ein reines Instrument zur Messung der Symptommaße, nicht der Persönlichkeitsstruktur. Leichsenring und Rabung beschreiben zwar symptomatische Verbesserung sowie Veränderungen in einem einzelnen Teilbereich der Persönlichkeitsfunktion, lassen aber nur bedingte Rückschlüsse auf die globale Persönlichkeitsstruktur zu. Weitere Limitationen sind die geringe Fallzahl, die überdurchschnittliche Behandlungsdauer sowie in der Literatur mehrfach erwähnte didaktische Schwächen (Bhar et al. 2010; Beck und Bhar 2009; Roepke und Renneberg 2009). Die Autoren brachten vor allem drei Kritikpunkte an. Erstens seien beim Vergleich der Effektivität von Lang- und Kurzzeittherapie bei fünf der klinischen Studien als Kurzzeittherapien keine Standardtherapieverfahren durchgeführt worden. Stattdessen habe man Warteliste-Kontroll-Bedingungen, Ernährungsberatungstermine, niedrigschwellige Kontakte oder ambulante psychiatrische Behandlungen genutzt. Ein solcher Vergleich sei für eine Metaanalyse problematisch. Zweitens gäbe es einen Auswahl-Bias, da Studien von denselben Autoren zunächst als Kurzzeittherapien und im Verlauf als Langzeittherapien

beschrieben wurden. Drittens wiesen die acht Studien zur psychodynamischen Langzeittherapie methodische Schwächen auf (z.B. keine Kontrolle von multiplen Störfaktoren zwischen den Vergleichsgruppen). Die untersuchten Langzeittherapien spiegeln ebenfalls nicht die internationale Behandlungs- und Forschungsrealität wider. In Metaanalysen internationaler Katamnese-Studien gelten zumeist 16 Therapiestunden als lange Therapieverläufe, 20 Stunden werden selten überschritten und zumeist mit Kurzzeittherapien von acht Stunden verglichen. Teils findet die Unterscheidung nicht in der Stundenanzahl, sondern durch die Therapiefrequenz statt. (z.B. acht Stunden über acht Wochen vs. acht Stunden über zwölf Wochen). Hierbei übersteigt die Behandlungsdauer selten 16 Wochen (Juul et al. 2023). Abschließend lässt sich sagen, dass diese Metaanalyse nicht zur Bestätigung einer Verbesserung des Strukturniveaus herangezogen werden sollten.

In dem aktuellen Umbrella Review von Leichsenring et al. (2023) wurde erneut die Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie auf psychische Symptome untersucht. Die jeweilige Behandlungsdauer der Studien wurden dabei nicht genau beschrieben. Der Review nutzt neue Kriterien zur Untersuchung von evidenzbasierten psychotherapeutischen Behandlungen (Tolin et al. 2015). Die Autoren empfehlen, bisherige Metaanalysen anstelle individueller klinischer Studien zu bewerten, die Studienqualität zu überprüfen und die Langzeitergebnisse statt der reinen Kurzzeiteffektivität zu evaluieren. Ebenfalls sollte neben der Symptomverbesserung auch auf andere wichtige Gesundheitsparameter (z.B. das Strukturniveau) geachtet werden. Neue Studien sollten die diagnostische Komplexität sowie Syndrom-Komplexe anstelle der reinen Symptomatik hervorheben. Ebenfalls sollten Studien inkludiert werden, die die klinische Behandlungsrealität statt ausschließlich randomisierter Kontrollstände widerspiegeln. Bei den inkludierten Studien wurde neben dem erwähnten GAF (Keefe et al. 2020; Lambert 2013) zweimalig das Inventory of Interpersonal Problems Score (IPP) verwendet (Keefe et al. 2020; Lambert 2013). Während es sich bei Keefe et al. (2020) um eine Metaanalyse handelt, widmet sich Lambert (2013) den bisherigen Studienergebnisse der psychodynamischen Psychotherapie im „Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes“. Die inkludierte Metaanalyse, die die Behandlungsrealität widerspiegeln sollte, überprüfte die Effektivität der Symptomverbesserung, jedoch nicht jene der Struktur (Gaskell et al. 2023). Eine Einschätzung der Persönlichkeitsfunktion mit einem der validierten Selbsteinschätzungsfragebögen IPO-16, OPD-SF oder OPD-SFK fand nicht statt. Eine Einteilung in die neuen Diagnosekriterien des DSM-V oder ICD-11 ebenfalls nicht, sodass auch der Umbrella Review von Leichsenring et al. aus dem Jahre 2023 ebenfalls nicht ohne Einschränkungen zur Bestätigung einer Verbesserung des Strukturniveaus herangezogen werden sollte.

In einer eigenen klinischen Studie untersuchte (Leichsenring et al. 2019) Veränderungen in der Persönlichkeitsfunktion von 2596 stationären Patienten nach einer stationären psychodynamischen Psychotherapie (Leichsenring et al. 2019). Die Studie beinhaltete 1444 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeits-Organisation (BPO) und 1152 ohne diese (NBPO). Die Persönlichkeitsfunktion wurde mittels dem auf O. Kernberg Konzept basierenden Borderline-Personality Inventory (BPI) gemessen. Innerhalb jeder Gruppe erfüllten ungefähr die Hälfte der Patienten (680/ 1152 und 628/ 1444) die Kriterien zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10, was das zuvor beschriebene Kontinuum der Persönlichkeitsfunktionen verdeutlicht und auf die bisherigen diagnostischen Schwächen der kategorialen Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung hinweist. Nach einer stationären Behandlungsdauer (Mittelwert) von 88 Tagen für Patienten mit BPO und 77 Tagen für Patienten ohne BPO (NBPO), zeigten sich Verbesserungen in den Teilbereichen Identitätsdiffusion und primitiven Abwehrmechanismen. Das Patientenkollektiv NBPO zeigte keine Veränderung der mangelnden Realitätsprüfung. Dies kann auf die hohen Ausgangswerte (Fehlen eines Mangels an Realitätsprüfung) zurückgeführt werden. Patienten mit einem niedrigen Strukturniveau wiesen deutlich mehr Symptome auf als Patienten mit einem höheren Strukturniveau. Andere Studien wie von Scherg et al. (2017) konnten keine statistisch signifikante Besserung der strukturellen Beeinträchtigung über eine vier- bis sechswöchige Behandlung mittels dem auf Kernbergs Konzept basierenden Fragebogen IPO-16 feststellen. Frank und Huber (2021) maßen ebenfalls mit dem IPO-16 und konnten Verbesserungen der strukturellen Fähigkeiten bei Patienten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung feststellen. Dies zeigte sich für die Gesamtskala ebenso wie für die einzelnen Subskalen der Identitätsdiffusion, primitiven Abwehr und mangelnden Realitätsprüfung über eine vorher vereinbarte Therapiedauer von sechs oder zwölf Wochen.

Zwei kürzlich veröffentlichte Studien zeigten eine Besserung der Persönlichkeitsfunktion bei Patienten mit schwerer depressiver Symptomatik, jedoch nicht mit mittelgradigen und leichten Depressionen, die in der sechs-Monatskatamnese fortbestand (Frank et al. 2021). Franz et al. (2020) schätzten die strukturellen Veränderungen neben der Heidelberger Umstrukturierungsskala ebenfalls mittels IPO-16 ein und konnten ebenfalls eine Verbesserung der IPO-Gesamtwertes nachweisen. Sie bereinigten ebenfalls die Veränderung der Persönlichkeitsorganisation um den Störfaktor der depressiven Symptomlast. Der Effekt blieb statistisch signifikant. Als dem Promovenden einzige bekannte Studien untersuchten Kraus et al (2021) die Strukturveränderungen im Rahmen einer elf-wöchigen stationären Psychotherapie durch die Kriterien des OPD-SF, der Langversion des OPD-SFK mit insgesamt 95 Items und dem auf dem angelsächsischen basierenden Fragebogen (IPO-16). Die Autoren wiesen auf eine signifikante Veränderung der Persönlichkeitsstruktur hin. Der Vergleich zwischen den Arbeiten von Kraus et al. (2021) und Scherg et al. (2017) lässt

vermuten, dass signifikante Veränderungen des Strukturniveaus einer längeren Therapie bedürfen und in vier bis sechs Wochen noch keine ausreichende Veränderungen zu erwarten ist. Jedoch findet sich hierzu noch keine ausreichende Studienlage (z.B. Verlaufskontrollen).

Die Forschung zur strukturellen Veränderung steht noch am Anfang und zeigt eine heterogene Studienlage, die teils auf generelle Verbesserung des Strukturniveaus hinweist, teils gegen sie spricht. Zudem ist die Effektivität einzelner Strukturbereiche nicht geklärt. Der Zusammenhang zwischen struktureller und symptomatischer Veränderung in dem zeitlich begrenzten, aber intensiven Behandlungssetting ist noch wenig untersucht, jedoch insbesondere wegen des Einflusses struktureller Einschränkungen auf psychosomatische, psychische, internistische und chirurgische Erkrankungen relevant.

Ein gering integriertes Strukturniveau ist mit höherer Belastung von psychischen und körperlichen Symptomen assoziiert (Leichsenring et al. 2023). Dies konnte für die Depressivität (La Parra et al. 2017), die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung (Baie et al. 2020) und für das Wahrnehmen von Schmerzen (Albrecht et al. 2015; Grant et al. 2008) dargelegt werden. Der genaue Einfluss auf andere medizinische Fachrichtungen kann aufgrund der unzureichenden Studienlage aktuell noch nicht geklärt werden. Wissenschaftliche Studien zu den Wechselwirkungen zwischen Strukturniveau und chronischen Erkrankungen unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen bleiben weiterhin eine Seltenheit. Untersuchungen fokussieren sich vor allem auf das Krankheitsbild der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, auch BPD bezeichnet. Während eine Studie erhöhte Prävalenzen für kardiologische, neurologische, gastro- und endokrinologische Erkrankungen findet und auf die generell erhöhte Prävalenz von körperlichen Erkrankungen verweist (Doering 2019), zeigt eine der größten bevölkerungsbasierten Studien mit insgesamt 34600 Teilnehmern nach einer Bereinigung von sozioökonomischen und -demografischen Faktoren sowie anderen psychischen Erkrankungen wie etwa Angststörungen, Suchterkrankungen, aber auch anderen Persönlichkeitsstörungen, ein differenzierteres Bild. Obgleich die Autoren deutlich signifikante Assoziation zu kardiovaskulären Erkrankung wie Arteriosklerose, Herzinfarkten, Bluthochdruck, Arthritis und gastroenterologischen Erkrankungen sahen, zeigte sich keine Assoziation für Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfälle oder Adipositas (El-Gabalawy et al. 2010). Die Autoren selbst bleiben bei diesen Befunden zurückhaltend und verweisen in ihrer Diskussion nachdrücklich auf das erhöhte Risiko von körperlichen Erkrankungen, niedriger Lebensqualität und Suizidalität. Berücksichtigen wir jedoch auch die neuesten Diagnosemanuale und die zuvor beschriebene Theorie der Persönlichkeitsstruktur, so erscheint diese Bereinigung von anderen Persönlichkeitsstörungen sowie psychischen Symptomen arbiträr. Vor allem unter dem zuvor beschriebenen Gesichtspunkt der generell ausgeprägten Depressivität, Schmerzsymptomatik,

aber auch Angstsymptomen wird deutlich, dass monomorbide Borderline-Störungen (ohne Depressivität, Angst- oder Essstörungen etc.) eine Rarität darstellen.

Zunächst lässt sich festhalten, dass man der Literatur nach von einer Assoziation zwischen strukturellen Defiziten und einer erhöhten Prävalenz von internistischen, chirurgischen und psychiatrischen Krankheitsbildern ausgehen kann.

2019 legte eine Studie von Ehrental et al. nahe, dass die Persönlichkeitsstruktur und nicht etwa depressive Symptome der Prädiktor für das Ansprechen eines Schulungsprogramms zur Verbesserung im Umgang mit Diabetes Mellitus Typ 2 war (Ehrental et al. 2019). Dabei wurde nicht eine spezifische Persönlichkeitsstörung, sondern die Persönlichkeitsstruktur gemessen. Die Einschätzung der Struktur erfolgte mittels des OPD-SFK. Die Studie unterstützt die dargelegte Theorie und legt Vermutungen nahe, dass der Verlauf der Erkrankung mit wiederholten hyper- und hypoglykämien Entgleisung, einer eigenverantwortlichen Medikationsapplikation und notwendigen Lebensstilveränderung (z.B. sportliche Aktivität, Ernährungsumstellung und Suchtmittelkonsum) deutlich eingeschränkt sein könnte. Diese Studie lässt ebenfalls die Vermutung nahelegen, dass sich die Folgen des eingeschränkten Strukturniveaus im Umgang mit Erkrankungen zeigen und für diverse medizinische Fachrichtungen, vor allem in den Spätfolgen, relevant sein könnten. Es wurde noch keine Studie durchgeführt, die untersucht, ob strukturschwache Patienten mit Diabetes mellitus mehr Spätfolgen erfahren als jene mit einem guten Strukturniveau.

Zum Einfluss des Strukturniveaus auf akute Erkrankungen z.B. chirurgische Eingriffe oder internistische Erkrankungen, die einen akuten Klinikaufenthalt erforderlich machen, gibt es ebenfalls eine unzureichende Studienlage. Über Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) wurde durch den Promovenden ausführlich nach den Suchbegriffen „personality disorder“ und „personality functioning“ in unterschiedlichen Variationen mit den Begriffen „somatic disorders“, „somatic disease“, „physical health“, „acute illness“, „recovery“, „wound healing“ sowie „urgent medical care“ gesucht. Die einzige relevante Studie zeigte anhand eines stationären psychosomatischen Patientenkollektivs, gemessen mittels OPD-SFK, Zusammenhänge zu neurologischen, dermatologischen, urogenitalen und muskuloskelettalen Erkrankungen. Dabei korrelierte die Krankheitslast mit dem Strukturniveau (Spitzer et al. 2022). Daten zu akuten Erkrankungen wie etwa hausärztlichen und notfallmedizinischen Vorstellungen liegen nicht vor, sodass kein Rückschluss bezüglich der Prävalenz, Korrelation, Aufenthaltsdauer und Rekonvaleszenz gezogen werden kann.

In Übersichtsarbeiten zeigten sich symptomspezifische Einschränkungen des Strukturniveaus bei Patienten mit somatoformen Erkrankungen in der Selbstwahrnehmung (Obbarius et al. 2019) und dem emotionalen Erleben (Subic-Wrana et al. 2010). Besonders Affektwahrnehmung, Affekttoleranz und Affektdifferenzierung (emotionale Kommunikation

nach innen) sowie die Fähigkeiten, Bindungen zu lösen, zeigen sich nach OPD eingeschränkt (Albrecht et al. 2015). Depressive Patienten zeigten neben der Selbstwahrnehmung vor allem Einschränkungen in der Kontaktgestaltung und im Beziehungsmodell (Regulation des Objektbezugs, Bindung nach innen und außen (La Parra et al. 2017).

Erste empirische Untersuchungen in einem (teil-)stationären, psychodynamisch-orientierten Setting haben Besserungen struktureller Einschränkungen bei somatoformen Erkrankungen über den Verlauf einer Behandlung ergeben (Subic-Wrana et al. 2010). Andere Studien weisen neben der strukturellen Verbesserung auch auf die Reduktion der depressiven Symptomatik (Frank et al. 2021), Somatisierung und Angst (Frank und Huber 2021) sowie die allgemeine Symptomlast (Scherg et al. 2017) hin, untersuchten jedoch nicht die Wechselwirkung.

Bislang haben nur Frank und Huber (2021) mittels IPO-16 und Leichsenring et al. (2019) mittels BPI nachweisen können, dass die Veränderung der Struktur mit einer Symptomveränderung zusammenhängt. Während die zuvor genannten Studien eine Assoziation zwischen der Ausprägung der strukturellen Einschränkung und Symptomatik sahen, untersuchte keine Studie den Einfluss der strukturellen Veränderung auf die Symptomveränderung. Untersuchungen mittels OPD-SFK liegen nicht vor.

Aktuell geht man zunächst von einer Besserung der Symptomlast vor Veränderung der strukturellen Fähigkeiten aus. (Howard et al. 1993; Liebherz und Rabung 2014)

Die aktuelle Studienlage zeigt, dass ein eingeschränktes Strukturniveau mit einer ausgeprägten Belastung durch psychische und körperliche Symptome einhergeht. Dies kann entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell verstanden werden. Obgleich einige Studien vermuten lassen, dass diese strukturellen Schwächen durch Psychotherapie behandelbar sind, liegen aktuell noch keine Studien mittels des in Deutschland üblichen Messinstruments OPD-SF/OPD-SFK für die klinische Behandlung vor. Die Dissertation versucht, diese Lücke zu schließen und ebenfalls den Einfluss von strukturellen Veränderungen auf die Symptomatik zu überprüfen. Unter Berücksichtigung der hier diskutierten neuen Diagnosemanuale scheint dies dringend notwendig.

Noch bevor wir uns den Hypothesen dieser Dissertation zuwenden, sollen kurz das psychosomatische Behandlungssetting sowie drei klinische Vignetten vorgestellt werden, um Unterschiede des Strukturniveaus sowie deren Behandlungsmöglichkeiten weiter zu verdeutlichen.

1.9 Einführung in das psychosomatische Behandlungssetting der Universitätsmedizin Mainz

Die in dieser Dissertation eingeschlossenen Patienten durchliefen entweder eine tagesklinische (teilstationäre) oder stationäre Behandlung. Zum Zeitpunkt der Dissertation und Datenerhebung bestand die Klinik aus einer Station, einer Tagesklinik und einer integrativen Station, bestehend aus Tagesklinik und Station. Zeitgleich konnten 30 stationäre und 27 tagesklinische Patienten behandelt werden. Das Konzept der integrativen Station ermöglicht es Patienten ihre Fortschritte, nach einer stationären Stabilisierung durch eine angeschlossene tagesklinische Behandlung fortzusetzen und diese unter zunehmender Alltagsbelastungen zu konsolidieren.

Die Behandlung findet in einem multimodalen Konzept statt, deren einzelne Therapieangebote in der Abbildung 8 dargelegt werden.

Therapeutisches Angebot	Häufigkeit und Länge/ Woche
Einzelpsychotherapie	75 Minuten/ Woche
Gruppenpsychotherapie	2x 75 Minuten/ Woche
Oberarztvisite	1/ Woche (individuelle Zeit)
Pflegegespräch	30 Minuten/ Woche
Tanztherapie	2x 50 Minuten/ Woche
Kunsttherapie	100 Minuten/ Woche
Physiotherapeutische Entspannungsverfahren	2x 30 Minuten/ Woche
Wochenabschlussrunde	50 Minuten/ Woche

Therapieangebote, Abbildung 8

Die psychotherapeutischen Einzelgespräche können je nach Krankheitsbild, Rücksprache mit den Patienten und Oberärzten in voller Länge oder zeitlich aufgeteilt durchgeführt werden. In Krisensituation werden zusätzliche Termine durch Therapeuten und Pflegekräfte ermöglicht. Im Fokus stehen die vorrangigen Abwehrmechanismen, das Übertragungsgeschehen, die Bildung von Hypothesen zur Krankheitsentstehung und die Erarbeitung des bestmöglichen Behandlungsansatzes. Die Pflegekräfte berichten in den täglichen Übergaben und wöchentlichen Teambesprechungen von ihren Eindrücken. Jede Woche treffen sich alle Behandler in einer Teambesprechung, um den aktuellen Behandlungsstand gemeinschaftlich zu besprechen und abzugleichen. Besonders die erwähnten strukturellen Einschränkungen können hier therapieübergreifend aufgezeigt und besprochen werden, sodass das Therapiekonzept individuell angepasst und zusammen umgesetzt werden kann. Patienten werden nach einer Einführung ermutigt, eigenständig psychoedukative Angebote wie etwa

KEN-Online (Akronym: „Kraft der eigenen Emotionen nutzen“) wahrzunehmen (Becker et al. 2016). Es handelt sich dabei um ein Selbsthilfeprogramm, das Konzepte der psychodynamischen affektphobischen Therapie (McCullough et al. 2019) aufgreift. Es wurde auf Basis der amerikanischen Selbsthilfeliteratur von J. Frederick (2009) und dessen Adaption konzipiert und auf Wirksamkeit untersucht (Johansson et al. 2013). Ziel ist es, den Umgang mit eigenen Emotionen und psychischen Erkrankungen besser zu verstehen.

1.9.1 Indikation einer klinischen Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz steht Patienten aller Altersstufen ab dem 18. Lebensjahr zu Verfügung, die ein multimodales und interdisziplinäres Therapieangebot benötigen. Die Indikationskriterien können der Website entnommen werden. In der Literatur wurden sie von Hölzer et al. (2018) ausformuliert und lauten modifiziert wie folgt:

- Versagen ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlungen aufgrund eines:
 - Mangels an Motivation,
 - Mangels an Krankheitseinsicht oder Leidensdruck trotz erheblicher Beeinträchtigungen
 - Mangels an Beziehungsfähigkeit
- Erhebliche Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung
- Ambulante Therapie bietet keinen ausreichenden Erfolg, da die Diagnose, Komorbidität/Komplexität und der Schweregrad der Störung zu ausgeprägt sind
- Ambulante Therapie kann nicht in Anspruch genommen werden, da die Diagnose, Komorbidität/Komplexität und der Schweregrad der Störung zu ausgeprägt sind
- Herausnahme aus einem pathogenen Umfeld
- Akute psychosoziale Dekompensation mit einer erheblichen Krise und Selbstgefährdung im Sinne von selbstschädigenden Verhaltensweisen. (Ausschluss: akute Suizidalität ohne Fähigkeit zur Distanzierung und Fremdgefährdung)
- Umfassende Abklärung des Krankheitsbildes

Die (teil-)stationäre Therapie ist somit Patienten vorbehalten, deren Diagnose nicht nur leicht- bis mittelgradige akute affektive Erkrankungen beinhaltet, sondern jenen, die durch das Vorliegen einer komplexen Symptomatik, komorbiden Persönlichkeitsstörungen oder eines Mangels an Krankheitseinsicht, keine Motivation oder Beziehungsfähigkeit für eine ambulante therapeutische Arbeit mitbringen.

1.9.2 Klinische Vignette

Die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen werden anhand dreier klinischen Vignetten veranschaulicht, die über die Dissertation herangezogen werden, um klinische Theorien, das stationäre Behandlungssetting, aber auch das Behandlungskonzept der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Unimedizin Mainz mit individueller Therapieplanung zu verdeutlichen.

Der erste Abschnitt umfasst Aufnahmeindikation und Anamnese, bei der strukturelle Einschränkungen fokussiert und somit die hieraus entstehenden biopsychosozialen Folgen verdeutlicht werden. Diese Patienten sind durch den Promovenden innerhalb seiner klinischen Tätigkeit behandelt worden. Geschlecht, Anzahl von Familienmitgliedern sowie andere soziodemografische und -ökonomische Daten wie etwa Beruf, Herkunft, Einkommen wurden verändert, um die Anonymität der Patienten zu gewährleisten. Die Beispiele sollen die Einschränkungen im klinischen sowie privaten Alltag darstellen. Ebenfalls soll die Therapie von strukturbezogenen Merkmalen und Einflussfaktoren auf die Genesung dargelegt werden.

1.9.3 Die desorganisierte Persönlichkeitsstruktur

Ein 24-jähriger Patient war zuletzt aufgrund der rapiden Zunahme seiner psychosozialen Beschwerden stationär aufgenommen worden. Er berichtet von wiederkehrenden Konflikten mit Kollegen bei seiner Arbeit. Nach einer abgebrochenen Ausbildung habe er als Verkäufer in einem Sportgeschäft angefangen zu arbeiten. Seine Ausbildung als Altenpflegerhelfer sei ihm nicht möglich gewesen. Er habe das Leid der Menschen in sich gespürt und es habe ihn „innerlich zerrissen“, teils habe er die Lebensüberdrussgedanken der Senioren während der Pandemie als Aufforderung zum Handeln seinerseits gesehen und hieraufhin starke körperliche Ängste und Zwangsgedanken („Ich werde jemanden umbringen“) entwickelt. Zuletzt habe er dann die Ausbildung abgebrochen. Ihm sei seine zweite Anstellung als Verkäufer während der Probezeit gekündigt worden. Seine dritte Anstellung stehe aktuell vor der Kündigung. Er fühle sich häufig von eigenen Emotionen überrumpelt, ziehe sich auf die Mitarbeitertoilette zurück und weine. Er vergesse dabei die Zeit und könne nicht sagen, wie lange er dort bleibe. Erhalte er von seinem Vorgesetzten Anweisungen, erlebe er ein „innerliches Chaos“, wisse nicht wie ihm geschehe und habe bereits Sportartikel des Geschäfts um sich geschmissen. Er melde sich nach solchen Vorfällen stets krank. Er gehe davon aus, dass andere Menschen, vor allem Kollegen, ihn entwerten könnten. Sein Vorgesetzter sei ihm nicht wohl gesonnen. Obgleich er dafür keinen Anhalt benennen konnte, sei er sich diesbezüglich sicher. Er könne dies in den Blicken der Mitarbeiter erkennen, die ihn mit Wut und Ärger heimtückisch taxieren würden. Man könnte ihn jeder Zeit angreifen, zurechtweisen und ihn kritisieren, und ihn, so wie ihm seit seiner Kindheit bekannt sei, in den Keller einsperren oder schlagen. Ebenfalls beschrieb der Patient diverse körperbezogene Ängste, die er teils auf „chemische Plastik-Dämpfe“ des Sportartikelgeschäfts zurückführe. Er

plane Arztbesuche, sage diese teils wieder ab, da er die schulmedizinischen Therapien als „falsch“ ansehe. Teils nehme er die Termine wahr, führe die vorgeschlagenen Diagnostik und fachärztliche Konsultationen nicht durch. Nachdem der Patient bei einer erfahrenen ambulanten Psychotherapeutin von einem Konflikt mit seiner Mutter berichtete (jene rief das Ordnungsamt aufgrund der heftigen Verschmutzung seiner Wohnung), habe sie es zur Bedingung der Behandlung gemacht, dass seine 1-Zimmer Wohnung frei von Ungeziefer sei. In unserer Exploration wurde der Patient gebeten, Bilder der Wohnung anzufertigen. Hier zeigten sich Insekten (Maden und Fliegen), verschmutzte Wände und Schimmel auf altem Geschirr. Das Mobiliar war teils zerbrochen. Dies wurde von uns als erstes Therapieziel festgesetzt, um die Grundlage einer ambulanten Weiterbehandlung zu gewährleisten. Die Notwendigkeit hierfür konnte er selbst kaum reflektieren. Hiermit konfrontiert, beschrieb er einerseits eine Unfähigkeit, sich mit diesen Hausarbeiten auseinanderzusetzen und verwies andererseits auf seine eigene Autarkie. Er sei nicht abhängig von anderen Menschen, könne sein Leben selbstständig führen und brauche keine elterlichen Vorsätze. Er sei kein Kind mehr. Die Überzeugung dieser Aussage wurde seinen Anstellungs- und Wohnverhältnissen entgegengesetzt, um einen Realitätsbezug herzustellen. Er sei noch nie in einer Partnerschaft gewesen und habe keine sexuellen Erfahrungen gemacht, er sei offen für eine Partnerschaft, ob mit Mann oder Frau sei ihm erstmal egal. Er wisse generell noch nicht, wo er seine sexuellen Präferenzen sehe. Es gäbe einen guten Freund, mit dem er sich gelegentlich treffe. Aus der Biographie zeigten sich Trennungen von Kernfamilie, emotionale und körperliche Gewalt. Hierzu gehörten das wiederholte Aufwachsen in unterschiedlichen Pflegefamilien, körperliche Bestrafung oder Kontaktabbrüche zum linksextremen Vater und zur Mutter. Mangelnde elterliche Fürsorge und emotionale Vernachlässigung seitens der Eltern seien der Grund für den Wechsel in verschiedene Pflegefamilien.

1.9.4 Die gut bis mäßig integrierte Persönlichkeitsstruktur

Eine 55-jährige Patientin stellte sich mit rezidivierenden depressiven Symptomen vor, die trotz ihrer ambulanten Therapie keine Besserung zeigten. Neben einer Antriebs- und Freudlosigkeit zeigte sich eine Interessenlosigkeit in ihrem aktuellen Beruf als selbstständige Unternehmenscoach. Sie könne sich trotz einer Vielzahl von Aufträgen nicht motivieren, Termine zu planen. Ihr Mann und ihre beiden Töchter unterstützten sie bestmöglichst und hätten sie, trotz ihrer Scham, zur Vorstellung in einer tagesklinischen Behandlung motiviert. Im Aufnahmegespräch konnten Auslösesituationen ohne große Schwierigkeiten exploriert werden und die Patientin benannte, vor acht Jahren ihren Beruf als Firmenchefin verloren zu haben. Sie habe erstmals depressive Symptome entwickelt. Grund hierfür sei die Weitergabe des Familienunternehmens an die nächste Generation gewesen, die einen neuen,

kompromisslosen Kurs fahren wollte. Sie selbst sei noch von „der alten Schule“ und habe langjährige Mitarbeiter vor Kürzungen schützen wollen. Sie habe 28 Jahre in dem Unternehmen gearbeitet. Im Verlauf habe sie ihr Eigenheim nicht mehr finanzieren können und die Familie sei in eine kleine Wohnung gezogen. Die Familie habe keine größeren Schwierigkeiten gehabt, da die Patientin gemeinsam mit ihrem Mann schnell gehandelt und die Abfindung finanzielle Sicherheit geboten habe. Nachdem ihre Kinder die Wohnung zum Studium verließen, verkleinerte sich die Wohnsituation erneut. Die dysthymen Symptome erlebte sie als aushaltbar. Familienfeiern, die Unterstützung von Freunden und von ihrer Familie, aber auch die Arbeit in einem Sportverein halfen ihr dabei diese Phasen zu überstehen. Sie baute sich eine Selbstständigkeit als Coach auf. Mit dem plötzlichen Tod ihrer ambivalent besetzten Mutter vor zwei Jahren kam es zum erneuten depressiven Symptomen, die sie trotz einer ambulanten Therapie nicht zu bewältigen wusste. Sie habe ihre Mutter bewundert, da sie neben der Versorgung ihrer Familie, Karriere in der Pharma-Industrie machte und ihre Familie zu gleichen anspornte. Andererseits erlebte sie ihre Mutter auch als überkritisch und entwertend gegenüber ihrer eigenen beruflichen Entwicklung. Der Verlust der Führungsposition, sei von der Mutter zunächst mit einem Schulterzucken beantwortet worden und habe sich im Verlauf vor allem durch eine generelle Unzufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung der Tochter gezeigt. Als im Erstgespräch bereits die Gefühle gegenüber der Mutter exploriert wurden, konnte der Patientin aufgezeigt werden, wie sie mal rational, mal intellektuell über ihre Gefühle sprach, sie jedoch körperlich nicht erlebte. Stattdessen erlebte sie stets, bei der Exploration der Emotionen eine Wendung gegen das eigene Selbst durch schuldhaftes Grübeln. Sie wiederholte die Sätze: „Ich bin ja auch nicht genug“, „ich habe nichts aus meinem Leben gemacht“ oder „ich bin eine Versagerin“. Im ersten Therapiegespräch konnte die Motivation zum körperlichen Erleben der Emotionen noch nicht erlebt werden. Die Patientin nahm aber wahr, wie sie bei der Thematik ihrer Mutter-Tochter Beziehung und damit zusammenhängendem Leistungsstreben rational-distanziert und selbstentwertend wurde und ihre depressiven Symptome zunahmen.

1.9.5 Die gering integrierte Persönlichkeitsstruktur

Eine 29-jährige Patientin begann nach einem abgebrochenen Studium der Germanistik, Anglistik und Philosophie eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie war in Ausbildung zur Graphikdesignerin. In der Anamnese zeigte sich, dass sie acht Jahre ohne Abschluss studierte. Es sei zu wiederholten Krankheitssemestern wegen Migräne, Tinnitus, depressiven Symptomen, aber auch Angstsymptomen gekommen. Sie habe Vorträge und Gruppenvorträge nicht wahrgenommen, da sie Angst vor der Be- und Entwertung durch Kommilitonen und Professoren gehabt habe. Zwei ambulante Psychotherapien habe sie abgebrochen, da sie sich nicht verstanden und ausreichend unterstützt gefühlt habe. Ihre Beziehung bestünde seit knapp sechs Jahren. Sie liebe ihren Partner einerseits, sei aber auch

immer wieder von seinen Wünschen nach Nähe, Sexualität und gemeinschaftlichen Aktivitäten genervt. Komme er ihr körperlich oder emotional zu nah, spanne sich ihre Brust an und sie bekomme „kaum noch Luft“. Als er sich eine Beziehungspause vor einem Jahr wünschte, hatte sie zum ersten Mal Panikattacken und dauerhafte Angstsymptome. Obwohl sie eigentlich mit ihm zusammen sein wolle, da er für die Wohnung und Einkäufe zahle und sie gleichzeitig am besten verstehe, wolle sie ihm nicht nah sein. Sie hasse ihn für seine nette und freundliche Art. Er Sorge für Sicherheit in ihrem Leben, obwohl er sie langweile und nerve. Durch ihre Ausbildung erhalte sie nun ein Einkommen und hoffe, sich hierdurch selbstständiger machen zu können. Grund für die Aufnahme seien neben den weiterbestehenden Angst- und Panikattacken vor allem Vermeidungsverhalten durch Krankmeldungen bei Präsentationen, aber auch Selbstverletzungen an der durch Unterwäsche verdeckten Hüfte oder durch „zufälliges Verbrennen“ an Herd und Backofen. Diese komme vor allem bei heftigster Kritik durch ihren Vorgesetzten vor oder wenn ihr Freund mit seinen Freunden einen „Jungsabend“ plane. Ihr Chef sei schrecklich, erbarmungslos und habe keine Empathie. Ihre Schwierigkeiten und Wünsche nach Unterstützung nehme der Chef nicht wahr. In einem Nachbarteam sei dies ganz anders und sie wolle einen Wechsel beantragen, könne aber nicht erklären, warum sie es bislang noch nicht gemacht habe. Biografisch erwähnte sie, dass sie erstmals mit dreizehn Jahren mit Selbstverletzungen (oberflächliches Ritzen ebenfalls an der Hüfte und Oberschenkel, exzessiver Alkoholkonsum auf Partys, intoxikiertes ungeschützter Geschlechtsverkehr) anfang. Ihre Mutter sei der Grund für ihre Selbstverletzungen, die immer wieder kritisch ihre Leistungen und Anstrengungen entwertet habe während ihr Vater sich in sein Zimmer zurückzog.

1.9.6 Diskussion der Fallbeispiele

Diese drei Beispiele verdeutlichen die unterschiedlichen Struktureinschränkungen. Betrachtet man nach Otto Kernbergs Strukturmodell die drei Bereiche der Abwehrmechanismen, Realitätsprüfung und Identität, so fällt bereits im ersten Beispiel auf, dass die führende Abwehrmechanismen Projektion, Verleugnung, wunschhaftes Denken, Rückzug, Wendung gegen das Selbst dominieren und dabei die Realitätsprüfung einschränken. Dies verdeutlicht sich vor allem an dem erwähnten Konflikt mit der Mutter, die das Ordnungsamt aufgrund des Zustandes der Wohnung rief. Der Patient konnte dies nicht nachvollziehen und sah auch die Bedingung einer stationären Behandlung und ein Mindestmaß an Hygiene durch die ambulante Psychotherapeutin nicht als notwendig an. Stattdessen verwies er auf Selbstständigkeit, die sich jedoch in der fehlenden Selbstfürsorge nicht bemerkbar machte. Arztbesuche mögen dies noch weiter unterstreichen. Auch innerhalb seiner eigenen Identität erlebt er keinen klaren roten Faden. Die Schwierigkeit die eigene Person zu beschreiben und eine Geschlechtsidentität zu definieren, wurde von uns als noch nicht ausgereifte Identität wahrgenommen. Beschreibt man den Patienten nach den neuen Diagnosekriterien, fällt auf,

dass alle vier Entitäten eingeschränkt sind. Eine Selbststeuerung ist nicht vorhanden, da er kaum berufliche und persönliche Ziele definieren kann, geschweige denn verfolgen könnte. Die Nähe zu anderen Menschen ist durch wiederholten sozialen Rückzug, Streitigkeiten und Wutausbrüche geprägt. Die Identität wurde bereits diskutiert. Die Empathie zeigt sich auch eingeschränkt, da er das Handeln und die Sorgen der ihm engsten Personen kaum wahrnimmt und wenig Bereitschaft hat, sich in deren Sichtweisen hineinzuversetzen. Es handelt sich um schwere strukturelle Einschränkungen in allen vier Entitäten, die durch den OPD-SFK im stationären Setting gut abgebildet worden sind. Nach ICD-10 vergaben wir eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Nach ICD-11 hätten wir eine schwere Persönlichkeitsstörung vergeben.

In unserem zweiten Beispiel zeigt sich der Umgang einer strukturell gesünderen Frau mit Kränkungserfahrungen und einem anhaltenden Trauerprozess. Sie kennt chronisch depressive Symptome und erlebte vor der Aufnahme eine Zunahme, die sich auch unter ambulanter Therapie nicht besserte. Sie zeigt in der Kategorie der Nähe geringgradige Einschränkung. Sie ist seit Jahrzehnten in einer Partnerschaft, hat einen guten Kontakt zur Familie und gerät nicht in zwischenmenschliche Konflikte. Jedoch sprach sie auch nicht von ihren schwersten Belastungen mit ihrer Familie, da die Überzeugung bestand, eine Last für sie sein zu können. Innerhalb der Einzeltherapie kann sie die Folgen dieses Verhaltens für ihren Mann und ihre Kinder mentalisieren und empathisch nachvollziehen. Sie ist bereit, die Sichtweisen anderer für sich anzunehmen. Es zeigen sich hiermit wenig Einschränkungen. Die Selbststeuerung ist adäquat ausgeprägt. Begrenzungen finden sich, da während den Sitzungen deutlich wurde, dass ihre beruflichen Wünsche vor allem an den Wünschen und Werten ihrer Eltern motiviert waren und sie diese vor allem für die Anerkennung von außen verfolgte. Trotz allem war sie in der Lage, diese Wünsche zu verfolgen. Innerhalb ihrer Karriere baute sie sich eigene Aufgabenbereiche, in denen sie ihre persönlichen Ziele verfolgen konnte. Nach der beruflichen Kränkung war sie in ihrer neuen Lebenslage befähigt, eine neue berufliche und private Entwicklung zu vollziehen. Sie ist in der Lage, sich ihren Lebensumständen anzupassen. Ihre Identität zeigte leichte Begrenzungen. Sie erlebt sich als müsse sie ständig Leistung erbringen, da sie sonst nicht liebenswert und wertvoll sei. Sie ging selbst bei ihren Kindern hiervon aus. Diese leicht bis mittelgradigen Einschränkungen traten bei der Exploration der Symptomatik auf und konnten überwunden werden. Wie bei jedem Patienten bestanden Widerstände. Diese waren im Sinne einer neurotischen Abwehr präsent. Vorwiegend Rationalisieren, Intellektualisieren, Sublimieren, aber auch Wendung gegen das Selbst. Die Patientin war offen für die Sichtweisen des Therapeuten, konnte diese selbstständig reflektieren und erkannte im Verlauf die Konsequenzen für ihr Leben. Sie nahm wahr, dass sie durch Abwehrmechanismen die eigene Wut auf die Vorgesetzten, wie aber auch im Verlauf auf ihre Mutter, nicht wahrnehmen musste. Sie stellte sich aktiv hiergegen und

erlebte eine Besserung ihrer Symptomatik. Im Sinne des ICD-10 vergaben wir eine Mittelgradige Depressive Episode sowie eine Dysthymia. Obgleich zwei der vier diagnostischen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung leichtgradig eingeschränkt waren, lag keine mittlere bis hohe Beeinträchtigung des Funktionsniveaus vor. Im Sinne des ICD-11 hätten wir nicht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben.

Bei der dritten Patientin erkennen wir deutlich ausgeprägte psychische Symptome: Depressivität mit markantem Schuld- und Schamerleben, Angst- und Panikstörungen mit ausgeprägtem Sicherheits- und Vermeidungsverhalten. Dem zugrunde liegen jedoch strukturelle Einschränkungen. O. Kernberg und dem OPD folgend erkennen wir deutlich projektive Ängste vor Entwertung, die jedoch ihren eigenen strengen Vorstellungen entsprechen. Spaltungstendenzen sind präsent. Drei der vier Funktionsmerkmale sind allesamt mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Patientin kann zwar ein Mindestmaß an emotionaler Nähe zulassen, ist jedoch nicht in der Lage körperliche und emotionale Nähe in ihrer Partnerschaft zu erleben. Stattdessen zeigt sich auch hier ein Rückzug. Diese Einschränkungen traten bereits im Sexualverhalten während ihrer Adoleszenz und der Eltern-Kind-Beziehung zu Tage. Die Selbststeuerung ist ebenfalls noch nicht ausgereift. Sie konnte weder ihr Studium abschließen, eine Ausbildung eigenständig beginnen oder den Arbeitsplatz wechseln. Eine Thematisierung der Schwierigkeiten mit ihrem Vorgesetzten ist nicht möglich. Die Empathie ist ebenfalls eingeschränkt. Im Einzelgespräch kann sie die Folgen für ihre Partnerschaft, die möglichen Emotionen und das Erleben ihres Partners nicht antizipieren. Sie hat kein Verständnis für das Erleben und die Motive ihres Freundes. Während der Therapie führt die unterschiedliche Sichtweise des Therapeuten zu Kränkungserfahrungen. Sie fühlt sich in ihrer Wahrnehmung der Umwelt bestätigt, hat den Wunsch sich zurückzuziehen und die Therapie abzubrechen. Auch diese Wirkung des Rückzugs auf den Therapeuten und die therapeutische Gemeinschaft kann sie nur bedingt anerkennen.

1.9.7 Behandlung

Die Behandlung der drei klinischen Vignetten wird am Ende der Dissertation dargestellt. Diese soll dabei helfen, die Ergebnisse der Studie und die Notwendigkeit für eine Einschätzung des Strukturmodells zu Behandlungsbeginn zu verdeutlichen.

2 Ziel der Dissertation

Anstelle der vorrangig auf dem angelsächsischen Strukturbegriff basierenden Forschung ist es das Ziel dieser Arbeit, die Möglichkeit zur Strukturveränderung mittels der im deutschsprachigen Raum üblichen Diagnostik (OPD-SFK) zu überprüfen und zu erweitern. Ebenfalls untersucht die Dissertation den Zusammenhang zwischen der Struktur- und

Symptomveränderung unter multimodaler, zeitlich begrenzter (teil-)stationärer psychosomatischer Behandlung, um die Effektivität des multimodalen Behandlungsansatzes auf die neuen dimensional diagnostischen Kriterien des ICD-11 zu überprüfen. Dem aktuellen Forschungsstand entsprechend soll überprüft werden, ob Patienten mit strukturellen Störungen weniger von psychosomatischen Akutbehandlungen profitieren als Patienten ohne strukturelle Störungen. Zudem soll der Einfluss der strukturellen Veränderung auf die symptomatische Veränderung überprüft werden. Spezifisch sollten die folgenden Hypothesen empirisch überprüft werden:

1. Die Persönlichkeitsstruktur verbessert sich durch eine multimodale Behandlung.
2. Eine größere Strukturverbesserung ist mit einer stärkeren Abnahme der Symptombelastung assoziiert.
3. Stärkere strukturelle Einschränkungen zu Behandlungsbeginn sind mit einem geringeren Ansprechen auf symptomatischer Ebene assoziiert.

3 Material und Methoden

3.1 Stichprobe

In dieser Dissertation wurde die Basisdokumentation, der zwischen März 2018 und Dezember 2019 in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz stationär und tagesklinisch behandelten Patienten ausgewertet. Es handelte sich um die Verlaufsdaten eines gemischten, konsekutiven (teil-)stationären Patientenkollektivs. Die Fragebögen wurden von Patienten selbstständig zum Behandlungsbeginn und -ende ausgefüllt. Die Datensätze wurden nach der Behandlung digitalisiert und vom Promovenden einer Datenbank manuell hinzugefügt. Insgesamt konnten die Datensätze von 720 Patienten untersucht werden. Zu den Einschlusskriterien gehörten vollständig ausgefüllte Fragebögen zu Behandlungsbeginn und – ende. In der Überprüfung der Datensätze wurden 402 Patientendaten ausgeschlossen, da sie die Fragebögen nur unvollständig ausfüllt waren: Patienten mit akuten Psychosen und aktiver Alkoholabhängigkeit wurden nicht aufgenommen. Der Ausschluss erfolgte somit aus dem Datensatz. Insgesamt wurden die Prä-Post-Daten von 318 Patienten untersucht.

3.2 Instrumente

Die unten aufgeführten Symptome wurden mittels den deutschsprachig validierten Selbsteinschätzungsfragebögen Generalized Anxiety Disorder Scale - GAD-7 (Löwe et al.

2007; Spitzer et al. 2006), Patient Health Questionnaire - PHQ-9 (Kroenke et al. 2001; Spitzer et al. 1999; Löwe et al. 2002), Symptom-Checkliste-9 - SCL-9 (Klaghofer und Brähler 2000; Derogatis et al. 1973) und Social Phobia Inventory (mini-SPIN, (Wiltink et al. 2017; Connor et al. 2001) erhoben. Die strukturelle Veränderung wurde mittels dem OPD-SFK (Ehrenthal et al. 2015) erhoben.

3.3 Instrument zur Messung der Depressivität

Der PHQ-9 ist ein Screening-Instrument zur Messung der Depressivität und stellt wie auch der GAD-7 ein Modul des PHQ-D dar. Dieser wurde entwickelt, um eine Einschätzung der psychischen Symptome im Rahmen der allgemeinmedizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen zu ermöglichen. Der Fragebogen weist eine hohe Sensitivität (80%) und Spezifität (92%) auf und basiert auf den neun DSM-IV Kriterien zur Diagnose einer „Major Depression“ (Gilbody et al. 2007; Kroenke et al. 2001). Im klinischen Alltag wird der Fragebogen kategorial ausgewertet. Dabei werden die Skalensummenwerte der neun Fragen zusammengezählt. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „überhaupt nicht“ 0 Punkte, über „an einzelnen Tagen“ 1 Punkt und „an mehr als der Hälfte der Tage“ 2 Punkte zu „beinahe jeden Tag“ 3 Punkte. Die Depressivität wird durch die folgenden Summenwerte nach Schweregrad aufgeteilt: 0 – 4 minimal depressive Symptomatik, 5 – 9 milde depressive Symptomatik, 10 – 14 leichtgradige depressive Symptomatik, 15 – 19 mittelgradige Depression, 20 – 27 schwere depressive Symptomatik. Der PHQ-9 kann ebenso als reiner Summenwert ausgewertet werden. Die Auswertung auf Basis der Summenwerte wurde in der vorliegenden Studie für die hier aufgeführten Fragebögen verwendet.

3.4 Instrument zur Messung der Ängstlichkeit

GAD-7 erfasst die Symptomschwere der generellen Ängstlichkeit. Der Fragebogen basiert auf den Diagnosekriterien des DSM-IV für die „Generalized Anxiety Disorder“ (Spitzer et al. 2006). Der Fragebogen bildet einen Summenwert aus der Frequenz der Symptome. Es kann eine kategoriale Aufteilung in von 0 - 4 in minimale, 5 - 9 in mild ausgeprägte, 10 – 14 in mittelgradig ausgeprägte und 15 - 21 in schwer ausgeprägte Angstsymptome gefunden werden. Für den Cut-off-Wert für eine mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik findet sich eine hohe Sensitivität (89%) und Spezifität (82%) (Spitzer et al. 2006).

3.5 Instrument zur Messung sozialer Ängste

Bei dem mini-SPIN handelt es sich um eine Kurzevaluation sozialer Ängste mittels dreier Items, die auf dem 17-Item Fragebogen des Social-Phobia-Inventory (SPIN) basieren. Wie in der amerikanischen Fassung (Connor et al. 2001) erwies sich für die deutsche Übersetzung ebenfalls ein Cut-off von 6 als optimal hinsichtlich Sensitivität und Spezifität für das Screening bzgl. sozialer Ängste (Wiltink et al. 2017). Im Gegensatz zu Fragebögen zur Erfassung von

Depressivität und Angst korreliert der mini-SPIN stärker mit der Lebensqualität und dem subjektiven Gesundheitserleben der Patienten (Wiltink et al. 2017).

3.6 Instrument zur Messung der Symptombelastung

Die Symptom-Checkliste-9 (SCL-9) ist die Kurzversion der SCL-90, eines multidimensionalen Screening-Instruments für die psychische Symptombelastung. Die 90-Item Version überprüft unterschiedliche psychische Symptome (Derogatis et al. 1973). Hierzu gehören neben der Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Vermeidung des Sozialkontaktes und Depressivität auch (phobische) Ängstlichkeit sowie interpersonelle Symptomatik der Aggressivität, des paranoiden Denkens und Psychotizismus¹. Der SCL-90 findet als Messinstrument große Verbreitung. Es wurde vielfach auf psychometrische Schwächen hingewiesen (Hessel et al. 2001). Rief et al. (1991) und Cyr et al. (1985) zitiert nach Prinz et al. (2008) führen hierfür vor allem die hohe Interkorrelation der einzelnen Symptomskalen, sodass vor allem der Gesamtscore ausgewertet wird (GSI). Die Kurzversion SCL-9 wurde entwickelt, um in kurzer Zeit die generelle Belastung im klinischen Alltag einschätzen zu können. Hierzu wurden die Items mit der höchsten Korrelation im Global-Severity-Index aufgenommen. Der GSI wird berechnet indem die Summe der Einzelwerte durch die Anzahl der Items geteilt wird. Jene Items, die oberhalb des Wertes liegen, weisen die höchste Korrelation zur Symptomlast auf (Klaghofer und Brähler 2000). Die Validität der Kurzversion zeigte sich zufriedenstellend und der Fragebogen daher als Screening-Instrument geeignet (Prinz et al. 2008)

3.7 Instrument zur Messung der Persönlichkeitsstruktur

Der OPD-SFK ist eine validierte Kurzfassung der 95-Item OPD-SF. Sie setzt sich aus insgesamt zwölf Items zusammen (Ehrenthal et al. 2015; Obbarius et al. 2019) und wird zur Messung des Strukturniveaus nach OPD verwendet. Je vier Fragen bilden hierbei die Subskalen Selbstwahrnehmung, Kontaktgestaltung und Beziehungsmodell. Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 48, wobei höhere Werte eine strukturelle Einschränkung ausdrücken und niedrigere Werte für ein gut integriertes Strukturniveau sprechen. Ehrenthal et al. konnten zeigen, dass der OPD-SFK Summenwert bei Patienten mit der (Verdachts-)Diagnose einer Persönlichkeitsstörung signifikant höher lag (Summenscore: $M = 27.65$ ($SD = 9.19$)). Psychosomatische Patienten in klinischen Behandlungen ohne eine solche Diagnose wiesen niedrigere Werte auf (Summenscore: $M = 24.30$ ($SD = 9.28$)). In der Kontrollgruppe ambulanter Patienten lag der Summenscore bei 18.32 ($SD = 9.16$) (Ehrenthal et al. 2015). Ähnliche Unterschiede zeigten sich auch in einer Vergleichsstudie, die auf die Eignung des Kurzfragebogens zur Evaluierung der strukturellen Veränderung zwischen Beginn und Therapieende verwies (Lübke et al. 2021). In einer Vergleichsstudie, die die OPD-SF mit der

¹ Im Gegensatz zu H.J.Eysencks Definition, spiegelt Psychotizismus im SCL-90 Symptome der Isolation, Entfremdung sowie psychotischen Symptomen wieder.

deutschen Version des GAPD (General Assessment of Personality Disorder) verglichen, konnte nachgewiesen werden, dass die OPD die allgemeinen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung nach dem alternativen DSM-5 Modell erfasst (Zimmermann et al. 2015b). Dies deckte sich auch mit den Ergebnissen einer Expertenfremdeinschätzung und Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Dinger et al. 2014). Der OPD weist, wie bereits aufgeführt, ebenfalls eine diagnostische Nähe zum LPFS auf (Ehrenthal et al. 2015).

3.8 Erläuterung der Subskalen des OPD-SFK

Die Items 1, 2, 5 und 8 bilden die Subskala Selbstwahrnehmung. Die Items 4, 6, 10 und 11 bilden jene der Kontaktgestaltung und die Items 3, 7, 9, 12 bilden die Skala des Beziehungsmodells und werden in der unten aufgeführten Abbildung 9 dargestellt.

Selbstwahrnehmung
Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.
Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.
In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.
Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.
Kontaktgestaltung
Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen.
Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.
Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.
Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.
Beziehungsmodell
Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.
Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.
Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.
Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.

Subskalen des OPD-SFK, Abbildung 9

3.8.1 Limitationen des Fragebogens zur Persönlichkeitsstruktur

In der Literatur wird auf die eingeschränkte Nutzbarkeit des OPD-SF und OPD-SFK hingewiesen, da der Selbsteinschätzungsfragebogen durch depressive Symptome negativ beeinflusst werden könnte. (Zimmermann et al. 2015b) konnten den Einfluss depressiver Symptome auf die Selbsteinschätzungen nachweisen. Die Autoren konnten nach einer Adjustierung jedoch ebenfalls zeigen, dass die Depressivität die strukturellen Einschränkungen nur leichtgradig veränderte. Die Korrelation reduzierte sich von 0,91 auf 0,86.

3.9 Statistische Analyse

Die statistischen Auswertungen wurden in R Version 4.1.1 vorgenommen. Zur Überprüfung, ob es zu statistisch signifikanten Verbesserungen der Persönlichkeitsstruktur kommt, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben verwendet. Die Mittelwerte wurden aus dem Summenscore des Strukturniveaus mittels OPD-SFK gebildet.

3.10 Statistische Analyse der ersten Hypothese

Zur Überprüfung, ob es zu statistisch signifikanten Verbesserungen der Persönlichkeitsstruktur kommt, wurden t-Tests für abhängige Stichproben sowie Effektstärken berechnet.

3.11 Statistische Analyse der zweiten Hypothese

Zur Überprüfung, ob größere Strukturveränderungen mit einer stärkeren Abnahme der Symptombelastung assoziiert sind, wurden Regressionsmodelle jeweils für die Symptommaße berechnet. Die Symptommaße setzten sich aus Depression (PHQ-9), Ängstlichkeit (GAD-7), sozialen Ängste (mini-SPIN) und Symptombelastung (SCL-9) zusammen. Eine lineare Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um den Zusammenhang von mehreren Prädiktoren, hier Symptommaße, und einer abhängigen Variable, hier die Struktur nach OPD-SFK, zu testen. Zur Berechnung der Veränderung des Strukturniveaus wurde der Wert des Strukturniveaus bei Entlassung (T1) von demjenigen bei Aufnahme (T0) subtrahiert (T0-T1). Da ein höherer Wert auf der Skala ein geringeres Ausmaß struktureller Integration anzeigt, bedeutet ein positiver Veränderungswert eine Verbesserung des Strukturniveaus und ein negativer Veränderungswert eine Verschlechterung. Die notwendigen Voraussetzungen für lineare Regressionsanalysen wurden überprüft.

3.12 Statistische Analyse der dritten Hypothese

Zur Überprüfung, ob ausgeprägte strukturelle Einschränkungen zu Behandlungsbeginn mit einem geringeren Ansprechen auf symptomatischer Ebene assoziiert sind, wurde für die vier Symptommaße jeweils eine einfaktorielle Varianzanalyse für abhängige Stichproben (ANOVA) berechnet. Da für den OPD-SFK keine validierten Cut-off-Werte vorliegen, wurde ein Mediansplit der Stichprobe basierend auf dem Strukturniveau bei Aufnahme (Baseline) vorgenommen. Dieses Vorgehen deckt sich mit dem aus vorangegangenen Arbeiten (z.B. (Obbarius et al. 2019; Ehrental et al. 2015)). Diese empfehlen, den Gesamtsummenscore als

Parameter für das Strukturniveau sowie einen Mediansplit zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt als Veränderungsparameter zu nutzen (Ehrenthal et al., 2015; Lübke et al., 2021). Der Median des Strukturniveaus zum Aufnahmezeitpunkt lag bei der vorliegenden Stichprobe bei 26.5. Über einen Mediansplit wurden Patienten mit einem relativ niedrigeren (> 26.5) bzw. relativ höheren Strukturniveau identifiziert.

3.13 Erweiterte Überlegungen zur Analyse

Bei den Daten handelt es sich um eine fortlaufende Auswertung von Patientendaten, die noch vor der hier durchgeführten Dissertation zur Qualitätssicherung der Behandlungen angelegt wurde. Eine Vielzahl von unterschiedlichen Fragebögen wurden bei der Aufnahme und Behandlungsabschluss erfragt. Die Studie führte explorative Analysen durch.

4 Ergebnisse

4.1 Soziodemografie

Die eingeschlossenen Patienten waren im Durchschnitt 39,95 Jahre alt. Die Standardabweichung lag bei 14.65. 52,2 % waren Frauen. Mit 52.4% befand sich die Hälfte der Patienten in einer Partnerschaft. Die weiteren soziodemografischen Charakteristika wie etwa Schulabschluss, Berufstätigkeit und Anzahl der Kinder gehen aus Tabelle 1 hervor.

4.2 Allgemeine klinischen Charakteristika

Der überwiegende Anteil der Patienten berichtete einen aktiven Zigarettenkonsum. 74.2 % waren Raucher, wohingegen 66.1% keinen Alkohol bis unregelmäßigen Alkoholkonsum angaben. Letzterer war als Alkoholkonsum bis maximal 1x/ Monat definiert. 5.7 % gaben einen regelmäßigen Drogenkonsum an, der jedoch nicht Konsum im Sinne einer Suchterkrankung entsprach. Mit 56,2% betätigten sich nur etwa die Hälfte aller Patienten mindestens einmal wöchentlich körperlich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag im Median bei 43.61 Tagen mit einer Standardabweichung von 17.22 Tagen. Tagesklinische Patienten machten 47.8% aus, während vollstationäre Patienten 52.2 % darstellten. Die eingeschlossenen Patienten waren im Schnitt im Alter von knapp 40 Jahren. Knapp die Hälfte lebte in einer Partnerschaft, nur 24 % waren Vollzeit berufstätig, während jeder 5. arbeitslos oder bereit berentet war. Sie waren psychisch hoch belastet, und ein Drittel litt unter einer Persönlichkeitsstörung. Die inkludierten Patienten wiesen eine höhere soziale Belastung z.B. mehr als doppelt so häufig arbeitslos.

N		Inkludierte Patienten (N=318)	Exkludierte Patienten (N=402)	P
Geschlecht <i>N</i> (%)	Weiblich	166 (52.2)	234 (59.1)	0.077
	Männlich	152 (47.8)	162 (40.9)	
Alter <i>M</i> (<i>SD</i>)		39.95 (14.65)	37.74 (14.63)	0.045
Feste Partnerschaft <i>N</i> (%)	Nein	149 (47.6)	102 (51.3)	0,474
	Ja	164 (52.4)	97 (48.7)	
Anzahl Kinder <i>N</i> (%)	Keine	208 (65.6)	131 (65.2)	0.414
	1	39 (12.3)	35 (17.4)	
	2 oder mehr	70 (21.7)	35 (17.4)	
Berufstätigkeit <i>N</i> (%)	Vollzeit	68 (23.7)	36 (20.9)	0.012
	Teilzeit	51 (17.8)	36 (20.9)	
	Nicht Berufstätig (Hausmann/-frau)	21 (7.3)	24 (14.0)	
	In Ausbildung (Schule/Berufsausbildung/Studium)	108 (30.3)	59 (28.5)	
	Arbeitslos	39 (13.6)	9 (5.2)	
	Rente (Zeitrente/ Dauerhaft berentet)	19 (6.6)	17 (9.9)	
	Sonstiges	2 (0.7)	1 (0.7)	
Schulabschluss <i>N</i> (%)	derzeit Schüler/in	8 (2.6)	9 (4.7)	0.135
	kein Abschluss	25 (8.0)	18 (9.4)	
	Hauptschule/Volksschule	74 (23.6)	50 (26.2)	
	Realschule	76 (24.3)	50 (26.2)	
	Fachabitur/Abitur	116 (37.1)	50 (26.2)	
	Sonstiger Abschluss	14 (4.5)	14 (7.3)	
Zigarettenkonsum <i>N</i> (%)	Ja	235 (74.2)	119 (59.8)	0.001
	gar nicht/ unregelmäßig	205 (66.1)	125 (62.8)	
Alkoholkonsum <i>N</i> (%)	Regelmäßig	105 (33.9)	74 (37.2)	0.503
	Nein	298 (94.3)	97 (48.7)	
Drogenkonsum <i>N</i> (%)	Ja	10 (5.1)	18 (94.3)	0.930
Körperliche Aktivität <i>N</i> (%)	einmal wöchentlich oder mehr	176 (56.2)	128 (66.0)	0.108
	Gar nicht/unregelmäßig	137 (43.8)	126 (34.0)	
Behandlungslänge, Tage <i>M</i> (<i>SD</i>)		43.61 (17.22)	38.72 (22.16)	0.002

Depressivität, <i>M (SD)</i>		15.04 (5.52)	14.92 (5.79)	0.822
Ängstlichkeit, <i>M (SD)</i>		12.14 (5.04)	12.08 (5.38)	0.901
soziale Ängstlichkeit, <i>M (SD)</i>		5.74 (3.25)	5.84 (3.66)	0.726
Allgem. Symptomlast, <i>M (SD)</i>	Nein	16.82 (7.45)	17.22 (3.25))	0.593
Persönlichkeitsstörung <i>N(%)</i>	Ja	102 (32.1)	44 (10.9)	<0.001
	Nein	216 (67.9)	358 (89.1)	
Persönlichkeitsstörungsdiagnose als Hauptdiagnose <i>N(%)</i>	ja	75 (23.6)	31 (7.7)	<0.001
	Vollstationär	166 (52.2)	223 (56.9)	0.241
Behandlungssetting <i>N(%)</i>	Tagesklinik	152 (47.8)	169 (43.1)	

Tabelle 1 Soziodemographische Vergleich der Stichproben

4.3 Allgemeine Symptomatik

Die Symptomatik zur Aufnahme geht ebenfalls aus Tabelle 1 hervor. Der Median der Depressivität gemessen mittels PHQ-9 lag bei 15.04 (SD 5.52) und entsprach somit dem klinischen Bild einer mittelgradigen Depression. Die Ängstlichkeit lag bei 12.14 (SD 5.04). Dies entspricht einer mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik. Die soziale Ängstlichkeit gemessen mittels mini-SPIN entsprach 5.74 (SD 3.25). Der Cut-off-Wert von 6 gilt als optimal hinsichtlich Sensitivität und Spezifität, sodass auch hier davon ausgegangen werden kann, dass eine soziale Ängstlichkeit bei den untersuchten Patienten vorliegt. Hinsichtlich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lag diese bei 32.1 % der Patienten vor, die bei 23.6 % als Hauptdiagnose geführt wurde.

4.4 Soziodemografie und Klinische Charakteristika der ausgeschlossenen Teilnehmer

Um die Repräsentativität der Analysestichprobe zu untersuchen, verglich der Promovend diese inkludierten Patienten (N=318) mit den nicht in die Studie aufgenommenen Patienten (N=402) hinsichtlich der vorliegenden Parametern. Patienten, die in die Studie aufgenommen wurden, berichteten einen höheren Nikotinkonsum und waren länger in stationärer Behandlung als Patienten, die nicht analysiert werden konnten. Die inkludierten Patienten wiesen mehr Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung auf und führte diese auch als überwiegende Hauptdiagnose. Das Strukturniveau sowie die Symptomatik zeigten keine Abweichung, sodass sich hinsichtlich der Kriteriums- und Prädiktorvariablen keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben.

4.5 Überprüfung der ersten Hypothese (Die Persönlichkeitsstruktur verbessert sich durch eine multimodale Behandlung.)

Es findet sich eine statistisch signifikante Verbesserung des Strukturniveaus über den Therapieverlauf. Die Effektstärken waren gering. Mit Bezug auf die Subskalen der OPD konnte die stärkste Veränderung auf der Skala Selbstwahrnehmung, gefolgt von der Skala Kontaktgestaltung festgestellt werden. Für die Subskala Beziehungsmodell fand die Dissertation keine statistisch signifikante Veränderung. Zwischen der Behandlungsdauer und der Veränderung des Strukturniveaus fand die Dissertation keine Zusammenhänge. Die jeweiligen Mittelwerte des Gesamtwerts sowie der Subfacetten des Strukturniveaus zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt sowie die Ergebnisse der t-Tests können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2. Mittelwerte (SD) und Effektstärken des Strukturniveaus bei Aufnahme und Entlassung

	Aufnahme M (SD)	Entlassung M (SD)	t(137)	p	95 % KI	Cohen's d
OPD-SFK Gesamtwert	25.36 (8.96)	23.69 (9.59)	4.06	<.001	1.66 [0.86; 2.47]	0.18
OPD-SFK Skala Selbstwahrnehmung	7.81 (4.20)	6.96 (4.25)	4.54	<.001	0.85 [0.48; 1.22]	0.20
OPD-SFK Skala Kontaktgestaltung	8.63 (3.48)	8.12 (3.54)	3.14	.001	0.52 [0.19; 0.84]	0.15
OPD-SFK Skala Beziehungsmodell	8.62 (4.03)	8.91 (3.85)	1.64	0.101	0.29 [-0.06; 0.64]	-

Anmerkung. N = 318. KI = Konfidenzintervall

4.5.1 Zusammenhang der Symptommaße

Zur weiteren Verdeutlichung der Rechnung sind in Tabelle 3a und 3b die bivariaten Korrelationen zwischen dem Alter der Patienten und den Variablen Strukturniveau, Depressivität, Ängstlichkeit und der Allgemeinen Symptombelastung zwischen Aufnahme und Entlassung sowie der Strukturveränderung berichtet. Es ergeben sich mittlere bis starke Zusammenhänge zwischen den Symptombereichen Ängstlichkeit, Depressivität sowie mit der allgemeinen Symptombelastung. Dabei waren die Zusammenhänge zwischen den Konstrukten, gemessen zum gleichen Messzeitpunkt, jeweils größer im Vergleich zu den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten. Die Zusammenhänge zwischen den Konstrukten nahmen zwischen Aufnahme und Entlassung zu. Für die Zusammenhänge zwischen dem Strukturniveau und den verschiedenen Symptommaßen zeigte sich ein ähnliches Muster. Auch hier waren die Zusammenhänge stärker, wenn die Konstrukte zum gleichen Messzeitpunkt erfasst wurden. Gleichsam werden die Zusammenhänge zwischen dem Strukturniveau und den jeweiligen Symptommaßen zwischen Aufnahme und Entlassung stärker. Das Strukturniveau weist bei Aufnahme und Entlassung jeweils die stärkste Korrelation mit der sozialen Ängstlichkeit auf. Zwischen dem Ausmaß der Strukturveränderung und den Symptommaßen bei Aufnahme bestehen keine oder geringfügig

ausgeprägte Zusammenhänge. Allerdings ergeben sich mittlere negative Zusammenhänge mit den Symptommaßen erhoben zum Zeitpunkt der Entlassung. Jüngere Patienten berichteten leicht erhöhte Symptomlast und eine stärkere Einschränkung in ihrer Persönlichkeitsstruktur.

Tabelle 3 a Bivariate Korrelationen zum Behandlungsbeginn

	OPD T0	OPD-S T0	OPD-K T0	OPD-B T0	PHQ-9 T0	GAD-7 T0	Mini-Spin T0	SCL-9 T0	Alter	ΔOPD 9	ΔPHQ-9	ΔGAD-7	ΔMini-Spin	ΔSCL-9	Behandlungsdate r
OPD-T0	1***	0.79**	0.77**	0.78**	0.52***	0.49***	0.59***	0.57***	-0.25***	0.32**	0.12	0.1	0.16	0.12	0.27***
OPD-S T0		1***	0.42**	0.38**	0.5***	0.52***	0.39***	0.57***	-0.36***	0.21*	0.1	0.06	0.1	0.12	0.3***
OPD-K T0			1***	0.45**	0.38***	0.29***	0.61***	0.35***	-0.11	0.28**	0.08	0.08	0.13	0.02	0.22**
OPD-B T0				1***	0.34***	0.31***	0.41***	0.4***	-0.09	0.26**	0.1	0.09	0.15	0.13	0.12
PHQ-9 T0					1***	0.68***	0.4***	0.75***	-0.11	0.04	0.5***	0.22**	0.11	0.23**	0.27***
GAD-7 T0						1***	0.37***	0.74***	-0.06	0.07	0.31***	0.46***	0.17	0.27**	0.27***
Mini-Spin T0							1***	0.44***	-0.18	0.15	0.15	0.1	0.49***	0.11	0.22**
SCL-9 T0								1***	-0.09	0.12	0.34***	0.24**	0.18	0.43**	0.22**
Alter									1***	0	0.06	0.09	0	0.05	-0.23**
ΔOPD										1***	0.32***	0.36***	0.39***	0.54**	-0.01
ΔPHQ-9											1***	0.69***	0.4***	0.65**	0.01
ΔGAD-7												1***	0.38***	0.68**	0
ΔMini-Spin													1***	0.46**	-0.02
ΔSCL-9														1***	-0.07
Behandlungslänge															1***

N = 318. Messzeitpunkte: T0 = Erhebung bei Aufnahme (Baseline), OPD-S = OPD Subskala Selbstwahrnehmung, OPD-K = OPD Subskala Kontaktgestaltung, OPD-B = OPD Subskala Beziehungsmodell, Es wurden Pearson-Produkt-Moment Korrelationen berechnet. *** = $p < .001$; ** = $p < .01$, * = $p < .0$, Δ Veränderung von T0 auf T1

Tabelle 3b Bivariate Korrelationen zum Behandlungsende

	OPD T1	OPD-S T1	OPD-K T1	OPD-B T1	PHQ-9 T1	GAD7 T1	Mini- Spin T1	SCL-9 T1	Alter	ΔOPD 9	ΔPHQ- 7	ΔGAD- 7	ΔMini- Spin	ΔSCL-9	Behandlungsdauere r
OPD-T1	1***	0.82**	0.8***	0.81**	0.6***	0.57**	0.6***	0.7***	-0.24**	-	-0.13	-0.19	-0.15	-0.3***	0.26***
OPD-S T1	1***	1***	0.49***	0.46**	0.57**	0.59**	0.43***	0.68**	-	-0.15	-0.22**	-0.11	-	-	0.28***
OPD-K T1	1***	1***	1***	0.51**	0.47**	0.38**	0.65***	0.53**	-0.14	-0.1	-0.13	-0.16	-	-	0.18
OPD-B T1	1***	1***	1***	1***	0.42**	0.39**	0.4***	0.49**	-0.1	-0.07	-0.1	-0.09	-	-0.18	0.18
PHQ-9 T1	1***	1***	1***	1***	1***	0.81**	0.53***	0.79**	-0.17	-	-	-0.27***	-	-	0.27***
GAD-7 T1	1***	1***	1***	1***	1***	1***	0.46***	0.81**	-0.14	0.27**	0.45**	0.44**	-	0.39**	-
Mini-Spin T1	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	0.56**	-0.19	-0.22**	-0.21**	-0.42***	-	-	0.25***
SCL-9 T1	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	-0.13	-	-	-0.4***	-0.25***	-	0.28***
Alter	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	0	0.06	0.09	0	0.05	-0.23**
ΔOPD	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	0.32**	0.36**	0.39***	0.54**	-0.01
ΔPHQ-9	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	0.69**	0.4***	0.65**	0.01
ΔGAD-7	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	0.38***	0.68**	0
ΔMini-Spin	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	0.46**	-0.02
ΔSCL-9	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	-0.07
Behandlungslänge	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***

Anmerkung. N = 318. T1 = Erhebung bei Entlassung. OPD-S = OPD Subskala Selbstwahrnehmung, OPD-K = OPD Subskala Kontaktgestaltung, OPD-B = OPD Subskala Korrelationen berechnet. *** = p < .001; ** = p < .01, * = p < .05.

4.6 Überprüfung der zweiten Hypothese (Eine Strukturverbesserung ist mit einer Abnahme der Symptombelastung assoziiert.)

Die zweite Hypothese, ob das Ausmaß der Veränderung im Strukturniveau statistisch bedeutsam mit einer geringeren symptomatischen Belastung zum Entlassungszeitpunkt assoziiert ist, konnte bestätigt werden. Es fanden sich signifikante Zusammenhänge der symptomatischen Besserung mit dem jeweiligen Baseline-Wert der Symptombelastung für die Depressivität, generalisierte Angst, soziale Angst und allgemeine Symptomlast. Während das Alter kleine statistisch signifikante Zusammenhänge mit Depressivität und generalisierter Angst zeigte, so war das weibliche Geschlecht signifikant mit Depressivität und der allgemeinen Symptomlast assoziiert. Die Hinzunahme der Veränderung im Strukturniveau im nächsten Schritt trug in allen drei Modellen signifikant zur Varianzaufklärung des Kriteriums bei. Es zeigte sich, dass ein größeres Ausmaß der Verbesserung des Strukturniveaus mit einer niedrigeren Symptomlast bei Entlassung assoziiert war. Die Ergebnisse können Tabelle 4 entnommen werden.

Tabelle 4 Hierarchische Regressionsanalysen

	Modell 1: Depression			Modell 2: (Generalisierte)Angst			Modell 3: Soziale Ängstlichkeit			Modell 4: Allgemeine Symptomlast		
	Modell 1a			Modell 2a			Modell 3a			Modell 4a		
	β	Se	p	β	Se	p	β Spin	Se	p	β	Se	p
Interzept	12.111	0.769	<.001	10.468	0.753	<.001	5.356	0.444	<.001	14.493	1.127	<.001
Alter	-0.042	0.017	0.014	-0.039	0.017	0.021	-0.019	0.009	0.071	-0.043	0.025	0.080
Geschlecht (männlich)	-1.097	0.499	0.029	-0.781	0.492	0.113	-0.352	0.286	0.210	-1.585	0.738	0.033
Baselinewert	0.515	0.046	<.001	0.539	0.048	<.001	0.540	0.445	<.001	0.556	0.049	<.001
	<i>Adj. R²=0.319</i>			<i>Adj. R²=0.297</i>			<i>Adj. R²=0.338</i>			<i>Adj. R²=0.313</i>		
	Modell 1b			Modell 2b			Modell 3b			Modell 4b		
Interzept	11.955	0.722	<.001	10.301	0.701	<.001	5.222	0.414	<.001	14.016	0.95	<.001
Alter	-0.042	0.016	0.009	-0.038	0.016	0.014	-0.016	0.009	0.080	-0.041	0.021	0.052
Geschlecht (männlich)	-0.907	0.469	0.054	-0.569	0.458	0.215	-0.231	0.267	0.387	-1.026	0.624	0.101
Baselinewert	0.527	0.043	<.001	0.563	0.046	<.001	0.584	0.042	<.001	0.617	0.042	<.001
Veränderungswert	-0.212	0.032	<.001	-0.221	0.031	<.001	-0.129	0.018	<.001	-0.484	0.042	<.001
OPD-SFK												
	<i>Adj. R²=0.400</i>			<i>Adj. R²=0.391</i>			<i>Adj. R²=0.427</i>			<i>Adj. R²=0.513</i>		
Modellvergleich	<i>Test F=43.817(1,313), p <.001</i>			<i>Test F=49.827(1,313), p <.001</i>			<i>Test F=48.95(1,313), p <.001</i>			<i>Test F=48.95(1,313), p <.001</i>		

Anmerkung. Der Baseline-Wert bezieht sich jeweils auf die Messung der Kriteriumsvariable zum Aufnahmezeitpunkt

4.7 Überprüfung der dritten Hypothese (Stärkere strukturelle Einschränkungen zu Behandlungsbeginn sind mit einem geringeren Ansprechen auf symptomatischer Ebene assoziiert)

Die dritte Hypothese, ob ein niedrigeres Strukturniveau zum Zeitpunkt der Aufnahme einen schlechteren symptomatischen Verlauf vorhersagt, konnte nicht bestätigt werden. Wie im

Verlauf aufgeführt, sagte ein niedrigeres Strukturniveau zu Behandlungsbeginn zwar das Fortbestehen der psychischen Symptome bis zum Behandlungsende auf, jedoch profitierten sie von der symptomatischen Veränderung, relativ zu jenen Patienten mit höherem Strukturniveau, stärker von der Behandlung. Die mittleren Symptomwerte bei Aufnahme und Entlassung sowie die Effektstärken über den Behandlungsverlauf können Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5. Mittelwerte und Effektstärken der Symptommaße bei Aufnahme und Entlassung stratifiziert nach Strukturniveau bei Aufnahme

	Depressivität (PHQ-9)			Generalisierte Ängstlichkeit (GAD-7)			Soziale Ängstlichkeit (Mini-Spin)			Allgemeine Symptomlast (SCL-9)		
	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>
Alle	15.04 (5.52)	9.92 (5.37)	0.938	12.14 (5.04)	8.55 (5.20)	0.701	5.74 (3.25)	4.47 (3.13)	0.397	16.82 (7.45)	11.91 (7.83)	0.642
Gut bis mäßiges Strukturniveau	12.7 (5.24)	8.25 (4.99)	0.872	10.1 (4.97)	7.11 (5.04)	0.603	4.01 (7.46)	3.29 (2.86)	0.256	13.4 (6.93)	9.29 (7.06)	0.574
Geringes Strukturniveau	17.4 (4.79)	11.6 (5.23)	1.340	14.1 (4.28)	9.99 (4.97)	1.704	7.46 (2.67)	5.56 (2.94)	1.027	20.3 (6.28)	14.5 (7.73)	1.245

Anmerkung. Gut bis mäßig integriertes (OPD-SFK < 26.5) beziehungsweise geringes Strukturniveau (OPD-SFK ≥ 26.5) wurde über einen Mediansplit definiert.

Für alle Symptomvariablen reduzierte sich die Symptomlast zwischen Aufnahme und Entlassung (Depressivität: $F(1, 316) = 314.547$, $p < .001$, Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 169.601$, $p < .001$, soziale Ängstlichkeit $F(1, 316) = 61.454$, $p < .001$, allgemeine Symptombelastung: $F(1,316) = 147.474$, $p < .001$). Auch für den Faktor Strukturniveau ergaben sich in allen Modellen signifikante Haupteffekte (Depressivität: $F(1, 316) = 66.511$, $p < .001$, Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 54.367$, $p < .001$, soziale Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 112.715$, $p < .001$, allgemeine Symptombelastung: $F(1,316) = 80.775$, $p < .001$), Personen mit einem schlechter integrierten Strukturniveau hatten sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung eine höhere Symptomlast. Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Strukturniveau und dem Behandlungszeitpunkt war in allen Modellen statistisch signifikant (Depressivität: $F(1, 316) = 5.049$, $p = 0.025$, Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 4.120$, $p < .001$, soziale Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 11.325$, $p < .001$, allgemeine Symptombelastung: $F(1,316) = 4.175$, $p = 0.042$). Tukey-korrigierte bedingte Mittelwertsvergleiche zeigten allerdings, dass sich Patienten mit niedrigerem Strukturniveau zu allen Zeitpunkten signifikant in ihrer Symptomausprägung unterschieden (Aufnahme: Depressivität: $T(316) = -8.246$, $p < .001$; Generalisierte Angst: $T(316) = -7.679$, $p < .001$; Soziale Ängstlichkeit: $T(316) = -11.129$; allgemeine Symptomlast: $T(316) = -9.295$, $p < .001$; Entlassung: Depressivität: $T(316) = -5.833$, $p < .001$; Generalisierte Angst $T(316) = -5.118$, $p < .001$; Soziale Ängstlichkeit: $T(316) = -7.249$, $p < .001$; allgemeine Symptomlast: $T(316) = -6.313$, $p < .001$). Die Tukey korrigierte Analyse der Kontraste

(paarweise Mittelwertsvergleiche) zeigte signifikante Unterschiede zwischen den meisten Kombinationen der Faktorstufen. Eine Ausnahme war der Vergleich der Symptomlast der Personen mit niedrigem Strukturniveau bei Entlassung und der Personen mit hohem Strukturniveau bei Aufnahme. Für die Symptommaße Depressivität ($T(1,316)=1.97$, $p = 0.202$), generalisierte Angst ($T(316)=0.291$, $p=0.992$) sowie allgemeine Symptomlast ($T(316) = -1.462$, $p = 0.462$) ist hier kein signifikanter Unterschied zu finden, was anzeigt, dass Personen mit niedrigem Strukturniveau über den Behandlungsverlauf in etwa die Symptomlast erreichten, die Patienten mit hohem Strukturniveau zu Behandlungsbeginn aufwiesen. Eine Visualisierung der Symptomverläufe in Abhängigkeit des Strukturniveaus bei Aufnahme kann Abbildung 10 entnommen werden. Die dritte Hypothese wurde nicht bestätigt.

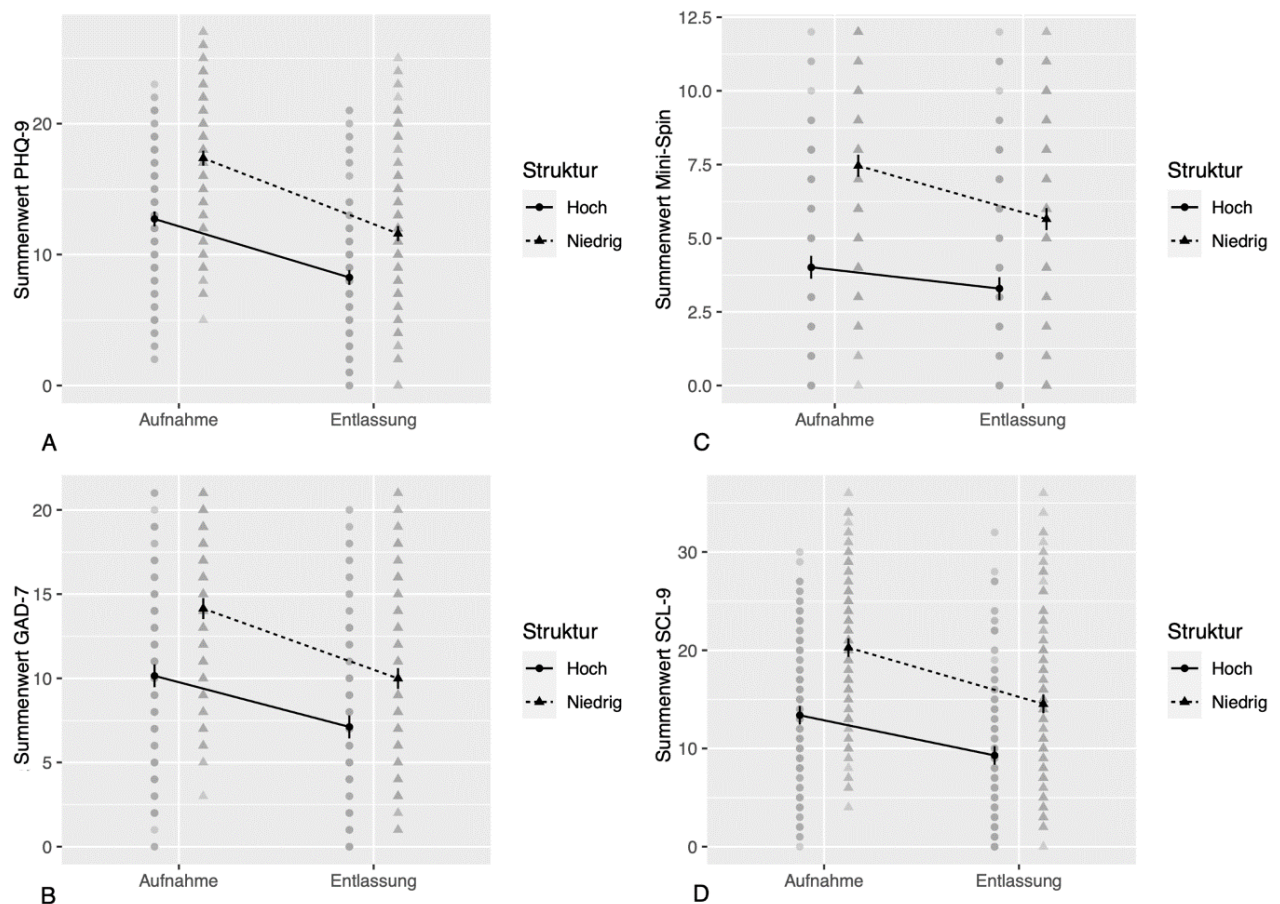


Abbildung 10. Visualisierung der ANOVAS. Dargestellt ist die Symptomentwicklung (A. Depressivität, B. Generalisierte Angst, C. Soziale Ängstlichkeit, D. Allgemeine Symptomlast) zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik in Abhängigkeit des Strukturniveaus bei Aufnahme.

4.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Dissertation die erste Hypothese bestätigen konnte. Durch eine (teil-)stationäre Behandlung verbessert sich das Strukturniveau der Patienten. Die größten Veränderungen ergaben sich auf der Skala Selbstwahrnehmung, gefolgt von der Skala Kontaktgestaltung. Für die Subskala Beziehungsmodell fand die Dissertation keine statistisch signifikante Veränderung.

Die zweite Hypothese, dass die Verbesserung des Strukturniveaus mit einer Abnahme der gesamten Symptomlast bei Entlassung assoziiert war, konnte bestätigt werden. Die Bestätigung der zweiten Hypothese erscheint unter den explorativen Ergebnissen weitaus relevanter, da die Ausprägung des Strukturniveaus zu Beginn der Behandlung in den Modellen signifikant mit der Symptomausprägung (Depressivität, Ängstlichkeit, soziale Ängstlichkeit, allgemeine Symptombelastung) assoziiert war. Personen mit einem niedrigeren Strukturniveau bei Aufnahme wiesen sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung höhere Symptombelastungen auf als Patienten mit einem besser integrierten Strukturniveau. Erstere erreichten bei Entlassung in etwa das Ausgangsniveau jener Patienten mit einem höheren Strukturniveau. Dieser Befund verdeutlicht die körperliche sowie psychische Belastung von Patienten mit strukturellen Störungen im Sinne des neuen Persönlichkeitsstörungskonzepts. Gleichzeitig zeigt der Befund deutlich die Effektivität einer (teil-)stationären Behandlung auf und verdeutlicht die Notwendigkeit ebenso.

Die dritte Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Strukturelle Einschränkungen zum Zeitpunkt der Aufnahme sagten keinen schlechteren symptomatischen Verlauf voraus. Patienten mit niedrigerem Strukturniveau waren auch nach der stationären Behandlung kränker als Patienten mit hohem Strukturniveau. Sie profitieren jedoch stärker von der Therapie als jene mit einem besseren Strukturniveau, was sich bei den Symptommaßen Angst, soziale Angst und allgemeine Symptomlast in den doppelt bis viermal höheren Effektstärken zeigte. Auch die Depressivität wies eine größere Effektstärke auf. Diese lag bei etwa einem Drittel. Hierbei müssen jedoch Bodeneffekte berücksichtigt werden: Patienten mit einem niedrigeren Strukturniveau haben zu Beginn der Behandlung stärker ausgeprägte Symptommaße und können daher höhere Symptomverbesserungen erreichen als jene mit höherem Strukturniveau. Ein Zusammenhang von der Behandlungsdauer konnte nicht gezeigt werden.

4.9 Verdeutlichung der Ergebnisse durch klinische Vignetten

4.9.1 Klinische Vignette eines desorganisierten Patienten

Wir setzen die Vignette des 24-jährigen Patienten fort, dessen Strukturniveau nach OPD als desorganisiert, nach O. Kernberg als psychotisch und nach ICD-11 als Persönlichkeitsstörung

betrachtet werden könnte. Nach einer Anamnese, Befundzusammenschau und dem Zusammentragen unterschiedlicher Eindrücke im Team wurde gemeinschaftlich ein Behandlungskonzept entwickelt. Das Erleben des Teams kam zunächst dem von besorgten Eltern gleich, die ihr Kind vor den vermeintlichen Gefahren der Umwelt schützen wollten und doch auch Angst hatten, dies nicht gut genug erreichen zu können. Ähnlich dem Erleben von Eltern, die die ersten unabhängigen Gehversuche oder Kitabesuche betrachten, fühlte sich das Team hoffnungsvoll und doch besorgt um plötzliche Stürze mit Verletzungen. Eben jene Sorge zeigte sich nicht nur als rein imaginiert oder bloße Gegenübertragung, sondern in seinen realen Handlungen verankert.

Durch die Pflege-, Therapeuten-, Gruppen- und Oberarztgespräche wurde bereits in der Aufnahmewoche deutlich, dass die wiederholten Abbrüche der Ausbildungen, der Zustand seiner Wohnung wie aber auch die wiederkehrenden Konflikte, die zu wiederholten zwischenmenschlichen Schwierigkeiten und Zurückweisungen führten, einen selbstverletzenden Charakter hatten. Gleichzeitig wurde mehr und mehr deutlich, dass diese Konflikte vor allem dann auftraten, wenn sich seine Mitmenschen, seien es Kollegen, Eltern, Ärzte oder Vorgesetzte, besorgt und bemüht zeigten und eben jene elterlichen Gefühle empfanden wie wir diese erlebten. Der Patient fühlte sich durch die wohlwollende Zuwendung entwertet, in seinen Individuationsbestrebungen nicht gesehen und in eine Abhängigkeit gedrängt. Trotziger Rückzug durch Abbrüche und Konflikte einerseits, aber auch Selbstvernachlässigung, die als Behauptungsversuche seiner Autonomie gesehen wurde, folgten.

Seine Wahrnehmung konnten wir in der Biografie-Arbeit auf seine frühesten Kindheitserfahrungen zurückführen, in denen es keine festen Bezugspersonen gab. Seine Mutter, die Schwierigkeiten in ihren eigenen Beziehungen und Erziehung hatte, erhielt Unterstützung vom Jugendamt und Erziehungshelfer, teils kam der Patient in Kinderheimen unter; mal bei Pflegefamilien. Die Mutter betonte gelegentlich die Versorgung wieder aufrecht erhalten zu können, nahm ihn aus dem unterstützenden Umfeld heraus, um nach kurzer Zeit und erneut überfordert, die elterliche Versorgung an Institutionen abzugeben. Seine längste Zeit bei einer Pflegefamilie ging über ein Jahr und er beschrieb wie er bei aggressivem Verhalten, aber auch Widerworten, ohne Licht in den Keller gesperrt wurde. Seinen Vater lernte er mit achtzehn Jahren kennen. Dieser teilte ihm dabei seine eigenen psychischen Schwierigkeiten mit und nahm seither nur Kontakt auf, wenn er selbst in suizidalen Krisen verharrte, politische Meinungen äußern wollte und Unterstützung von seinem Sohn verlangte.

Es wurde deutlich, dass dem Patienten keine haltgebenden und vertrauenswürdigen Bezugspersonen zur Seite standen, die wohlwollend sein Verhalten spiegelten und ihm neue Umgangsformen ermöglichten.

Hier wird das Entwicklungsdefizit deutlich. Die strukturellen Schwierigkeiten zeigten sich nach OPD-3 in nahezu allen Bereichen. Der Patient hatte Schwierigkeiten in der ganzheitlichen Selbst- und Objektwahrnehmung, der Steuerungsfähigkeit, der Bindungsfähigkeit, der emotionalen Kommunikation und der Abwehr.

Auch nach ICD-11 und DSM-V zeigten sich Einschränkungen in den vier Entitäten Nähe, Selbststeuerung, Empathie und Identität. Der Patient hatte noch nie eine feste Beziehung, war noch nie verliebt, hielt emotionale Nähe zu Menschen nicht aus und noch schlimmer, erlebte diese sogar als eine Bedrohung. Die Selbststeuerung mit dem wohlwollenden Verfolgen eigener Ziele wie etwa einer Ausbildung war ihm nicht gegeben und es erschien ihm zunächst unmöglich, die Sorge der Behandler um seine Zukunft und Gründe für dieses Erleben nachzuvollziehen. Seine Identität war schwer zu beschreiben und er gab zur Mitte der Behandlungszeit an, sich weder als Mann noch als Frau und sich weder zum einen noch zum anderen Geschlecht hingezogen zu fühlen. Er könne keinen roten Faden innerhalb seines Lebens, seiner dysfunktionalen Verhaltensmuster und Denkschemata sehen.

An den Abwehrmechanismen zeigte sich, dass der Patient die Schwere seiner Einschränkungen verleugnete, interpersonelle Abwehrmechanismen wie etwa das Ausagieren verwendete, aber auch seine eigenen Wünsche nach Abhängigkeit und Versorgung auf die anderen projizierte - ebenso wie er auch die eigene Entwertung und Kritik in den Blicken der anderen sah. Schließlich war er es, der unsere Hilfe wollte und nicht wir es, die ihm unseren Willen aufdrängen wollten. Entwertungen und Kritik übte keiner an ihm aus. Im Verlauf zeigte sich auch noch Spaltung auf der Station. So wie er in seinem Leben und bei seiner Arbeit Menschen in Gut und Schlecht unterteilte, erlebte er einen Teil der Station als gut und engagiert während er einen anderen als ablehnend und entwertend erlebte. Grautöne gab es keine. Dabei wurde auch deutlich, dass er zumeist eine Omnipotenz erlebte und glaube, alle seine beruflichen und privaten Ziele ohne äußere Hilfe umzusetzen. Bei zunehmender therapeutischer Fokussierung auf die Ziele des Patienten regredierte dieser. Er nahm den Therapeuten als omnipotent wahr, der ihn fast wie durch magisches Zutun heilen könnte.

In der kurzen Übersicht des Behandlungsbeginns zeigt sich deutlich die Fülle der strukturellen Einschränkungen. Diese können während eines zwei- bis dreimonatigen Aufenthalts nicht ausreichend bearbeitet werden. Parallel zu den zuvor benannten Behandlungskonzepten entschieden auch wir uns für eine klare Behandlungshierarchie. Die Bearbeitung des selbstverletzenden und -sabotierenden Verhalten stand an erster Stelle, die Reduktion des Misstrauens und der Angstsymptome an zweiter Stelle. Wiederholt thematisiert wurde das selbstverletzende Verhalten innerhalb der Therapie, aber auch während zweier Krisengespräche mit dem Dienstarzt aufgrund akuter Suizidalität. Zunehmend erkannte der Patient, dass vor allem Wut auf Menschen, die ihm wichtig waren, vor allem seine Eltern, aber

auch der Therapeut, kaum zu ertragen war und er zum Schutz vor dem erneuten Verlust der Bindung die Wut gegen sich selbst wendete. Er erkannte im Zuge dessen, dass komplexe Gefühle zu Angst führten. Dabei war es ihm noch nicht möglich, diese detailliert zu unterscheiden, vielmehr erlebte er eine Mischung aus Wut, Liebe und Trauer sobald das Behandlungsteam das selbstverletzende Verhalten thematisierte.

Innerhalb der zwölfwöchigen Behandlung konnte der Patient erleben, dass seine Angstsymptomatik durch komplexe Emotionen entstand, die ihn an seine frühesten aversiven Kindheitserfahrungen erinnerten. Die hierarchische Arbeit an strukturellen Schwierigkeiten führte zu einer Symptomreduktion des Patienten, zu einer verbesserten Selbstwahrnehmung und im Verlauf auch zu objektivierbaren Veränderungen. Er putzte und strich die Wohnung, nahm die Unterstützung einer Hilfsorganisation an und kehrte zu der ambulanten Therapeutin zurück.

4.9.2 Klinische Vignette eines gut bis mäßig organisierten Patienten

Wir setzen die Vignette einer 55-jährigen Frau fort, der wir nach OPD eine gut- bis mäßig organisierte Persönlichkeitsstruktur, nach O. Kernberg eine überwiegend neurotische Persönlichkeitsorganisation und nach ICD-11 keine Persönlichkeitsstörung geben konnten.

Die Eindrücke im Team führten im Gegensatz zur vorherigen desorganisierten Patientin zu keinen heftigen elterlichen Gegenübertragungen. Vielmehr spürte man eine tiefe Traurigkeit über den Verlust der Mutter und ihrer beruflichen Zukunft. Diese Emotionen entsprachen der Gefühlslage der Patientin. Das Team nahm wahr, dass sie seit Jahren in einer dysthymen Haltung verharrte, die im Sinne einer Double-Depression durch Kränkungserfahrungen ausgelöst wurde. Obgleich man die Trauer spürte, vernahm das Team doch auch eine Wut über die Entwertungen der Mutter. Ebenso gab es Wut auf die Firmennachfolge, die die aufopfernde Haltung der Patientin für das Unternehmen nicht wahrnahm und eine langjährige und wichtige Führungskraft entließ. Diese Wut schien die Patientin nicht zu spüren.

Nach ICD-11 hatte sie keine Schwierigkeiten bezüglich emotionaler Nähe, da sie sich seit Jahren in einer Partnerschaft befand und zu ihren Kindern sowie Enkeln erfüllende Beziehungen aufbauen konnte. Diese waren jedoch kaum geprägt von emotionalen Selbstoffenbarungen als vielmehr von funktional-finanzieller Unterstützung. Die Steuerungsfähigkeit war gut ausdifferenziert. Sie verfolgte seit ihrer Jugend ihre beruflichen und privaten Ziele und konnte sich auch trotz Kränkungen und Rückschlägen neue Ziele setzen und verfolgen. Eine Einschränkung zeigte sich dennoch: Sie schien vor allem jene Ziele zu verfolgen, die ihr Anerkennung und Zuspruch von außen zukommen ließen. Obgleich ihre Kinder und ihr Mann sich deutlich davon distanzieren und ihr vehement verdeutlichen, dass

man sie unabhängig von ihren Leistungen schätze, bildete dies einen wichtigen Teil ihrer Identität. Diese hatte einen klaren roten Faden: „Ich bin nur genug, wenn ich Leistung bringe“. Die Empathiefähigkeit war uneingeschränkt. Es fiel auf, dass die Patientin dem eigenen Erleben sowie dem ihres Gegenübers weniger Aufmerksamkeit zukommen ließ, da sie es als nicht essentiell erlebte und es ihren Zielen nach beruflicher und privater Anerkennung im Weg stand.

Im Sinne des OPD zeigten sich vor allem die Selbstwertregulation, die ganzheitliche Affektwahrnehmung und das lustvolle Erleben eingeschränkt. Die Abwehrmechanismen waren intrapsychisch, statt interpersonell.

In der Einzeltherapie fokussierte sich die Therapie auf das emotionale Erleben ihrer selbstständig eingebrachten Schwierigkeiten. Vor allem die Affekte gegenüber ihrer Mutter, aber auch gegenüber den Firmenerben konnten zunehmend erarbeitet werden und die Patientin erkannte neben Traurigkeit auch Wut, die sie aus Zuneigung und Loyalität nicht ausdrückte und zu Angst führte. Wut passte nicht zu ihrem Selbstbild. Noch zaghaft erlebte sie in der Kunst- und Tanztherapie neue Wahrnehmungsformen ihrer Wut. Rote Kreise um Figuren und Häuser. In der Tanztherapie nahm sie ihren Wunsch zur Selbstbehauptung wahr, der sich im Wunsch zeigte, Mitpatienten von sich wegzudrücken. In der Gruppentherapie trat sie zunächst als hilfreiche Coach auf, die für jeden Mitpatienten mit Rat und Tat zur Seite stand. Als ihr dies immer mehr als eine Abwehr vor der emotionalen Nähe durch den Therapeuten und Mitpatienten aufgezeigt wurde, sprach die Patientin allmählich ihre Belastungserfahrungen an und erlebte die Wut der Mitpatienten als eine Hilfsfunktion, um eigen verdrängte Emotionen zu erkennen. In der Körpersprechstunde wurden sportliche Betätigung und andere Aktivitätspläne erarbeitet. Zur Mitte der Behandlung spazierte sie während der therapiefreien Zeit und motivierte sich zu Zoo und Schwimmbadbesuchen mit ihren Enkelkindern. Nach sechs Wochen erlebte sie, dass sie auf der Station ohne Leistung geschätzt wurde und eine ganzheitliche Emotionswahrnehmung zu einer Verbesserung ihrer depressiven Symptome führte. Vor dem Therapieende organisierte sie sich zwei Erstgespräche und plante, ihre ersten Fortschritte fortzusetzen. Ihr Ziel war es, zunehmend besser ihre Emotionen gegenüber ihren Geschwistern und Eltern zu verstehen und alte eingefahrene Muster abzulegen, um als Coach ihre Klienten noch besser unterstützen zu können.

Wir sahen die Veränderung ihrer Symptomatik vor allem durch die Arbeit an ihren leichtgradig eingeschränkten strukturellen Fähigkeiten beeinflusst, die bislang immer wieder für ihre Dysthymia verantwortlich waren.

4.9.3 Klinische Vignette eines gering-organisierten Patienten

In unserer letzten klinischen Vignette wenden wir uns der 29-jährigen Patientin zu, deren Strukturniveau zwischen den beiden vorangegangenen Beispielen zu verorten ist.

Das Team sieht die Schwierigkeiten der Patientin vor allem in der Beziehung zu ihrem Freund. Ihre eigenen ambivalenten Gefühle, die gegensätzlich und kaum vereinbar scheinen, führen zu einer Zunahme der Symptomatik ihrer komplexen Angststörung. Mit seiner Distanzierung schien die Symptomatik ihrer generalisierten Angststörung und sozialen Ängste zugenommen zu haben und erstmals zu Panikattacken zu führen. Tinnitus und Migräne kommen nun verstärkt vor. Das Team beurteilt die Schwierigkeiten zunächst gleich und vermutet, dass sie ihre Wut und Schuldgefühle auf den ambivalent besetzten Freund innerlich nicht aushalten konnte und durch impulsive Handlungen abbauen wollte.

Nach kurzer Zeit beginnen sich im Team zwei Lager zu bilden: Die einen, die sie als schutzloses Opfer erleben, das man schützen müsste, während andere sie mit ihren ständigen Externalisierungen, Entwertungen und aggressiv getönten Forderungen nach Versorgung und Selbstverletzungen bei Versagung als quälende „Täterin“ erleben. In der Teambesprechung werden diese beiden Lager deutlich und die Teammitglieder erkennen, dass sie sich einigen Mitgliedern gegenüber anders verhält. Der interpersonelle Abwehrmechanismus der Spaltung wird deutlich und die einzelnen Teammitglieder erkennen wie sich nur mit einem Teil ihres Erlebens identifizieren und den anderen Teil verleugnen. Eben dies findet sich in der eigenen Dynamik der Patientin wieder, in der sie selbst zwischen ihren Opfer-Täteranteilen, aber auch jenen ihres Gegenübers hin- und herzuwechseln scheint. Eine ganzheitliche Wahrnehmung mit menschlichen Schwächen und Stärken scheint ihr noch nicht möglich zu sein. Es handelt sich um den interpersonellen Abwehrmechanismus der projektiven Identifikation, Spaltung und Projektion.

Nach O. Kernberg sehen wir bei der Patientin die Kriterien einer Borderline-Strukturniveaus erfüllt, nach OPD sehen wir ein geringes Strukturniveau und nach ICD-11 können wir die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ vergeben. Strukturell sehen wir die interpersonelle Abwehr, die zu einer eingeschränkten Selbst- und Objektwahrnehmung führt, eine deutlich reduzierte Steuerungsfähigkeit, Einschränkungen in der emotionalen Kommunikation mit sich selbst sowie mit anderen. Die Bindungsfähigkeit, die mit Vertrauen und Hilfeannahme einerseits, aber auch dem Lösen von Bindung andererseits einhergeht, sind eingeschränkt.

Das Team beschließt, in der Behandlungshierarchie die Reduktion der Selbstverletzung an erste Stelle und die symptomorientierte Arbeit an Angstsymptomen an zweite Stelle zu setzen. An dritter Stelle nimmt man die ganzheitliche Objektwahrnehmung auf. Da die Patientin nach einiger Zeit durch Skills, Entspannungsverfahren und Notfallgespräche mit der Pflege ihre

Selbstverletzungen und Angstsymptome reduziert, kann ihr Beziehungserleben erarbeitet werden. Der Therapeut zeigt ihr deutlich anhand von Beispielen innerhalb der Therapie, innerhalb des Behandlungsteams, aber auch innerhalb ihrer Beziehung zu ihrem Freund und ihren Eltern auf, dass sie immer wieder nur einen Anteil der Menschen wahrnimmt. Zunächst weist sie dies von sich. In einer imaginativen Übung, in der der Therapeut sie bittet, sich ihre Mutter mit ihren entwertenden Anteilen, aber auch mit ihren unterstützenden Anteilen vorzustellen, erlebt die Patientin ihre bekannte Enge auf der Brust, Sehstörungen und Tinnitus. Kleinschrittig werden die Angstsymptome in Zusammenhang mit ihrem emotionalen Erleben gebracht. Die Patientin erkennt, dass sie die Spaltung nutzte, um ihre Ängste bei ambivalent besetzten Menschen zu regulieren. Vor allem das erlebte Machtgefälle von Oberarzt und Studienabbrecherin setzte sie selbst unter Druck. In den letzten Behandlungswochen erkennt sie, dass sie die Angst vor den Oberarztvisiten stets regulierte, indem sie ihn gedanklich als einen „arroganten Arsch“ entwertete. Dabei erkannte sie, dass er sich ihr stets wohlwollend und unterstützend zuwandte und sie fragte, wie er sie bei der Umsetzung ihrer Ziele unterstützen könnte und sie bei der wohlwollenden Haltung Ängste erlebte. Sie mentalisierte, in welche Position sie den Oberarzt durch die Zuweisung des Täterbildes brachte. Innerhalb der Gruppentherapie wiederholte sich dieses Verhalten ebenfalls mit einem Mitpatienten. Die Gruppe half ihr dabei, das Erleben ihres Gegenübers zu verstehen: Sie spiegelten ihr neben komplexen Gefühlen von Wut und Traurigkeit auch das Erleben von Hilflosigkeit und Mitgefühl. Die interpersonelle Abwehr im Sinne einer Entwertung, die Spaltung und Projektion waren ihr Versuch, mit dem noch nicht ausgereiften Handwerkszeug ihre Ängste zu regulieren. Die Wahrnehmung führte zu einer weiteren Angstreduktion und zu einem zunehmenden Wechsel von interpersonellen zu intrapsychischen Abwehrmechanismen.

Die Patientin schrieb etwa zwei Monate nach ihrer Entlassung, dass sie ihr Studium wiederaufgenommen hätte. Zwar merke sie weiterhin Angstsymptome, jedoch seien diese nicht mehr so ausgeprägt. Sie kehre dann stets zu dem Gelernten zurück und versuche innerhalb des Verhaltens ihres Gegenübers zu überprüfen, ob es wirklich Gründe für Entwertungen und ein Machtgefälle gäbe. Zumeist finde sie keines. Migräne habe sie keine gehabt, es komme jedoch gelegentlich noch zu einem Tinnitus für einige Minuten.

5 Diskussion

Diese Dissertation stellte zunächst die Theorie der Persönlichkeitsstruktur mit ihrer gedanklichen Einbettung innerhalb der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung dar und verwies auf die Überschneidungen zur Neugestaltung der internationalen Diagnosemanuale. Ebenfalls zeigte der Promovend bisherige Untersuchungen zum Zusammenhang der Persönlichkeitsstruktur und der psychischen und somatischen Symptomatik auf. Es wurde

aufgezeigt, dass es bezüglich der (teil-)stationären Behandlungsmöglichkeit eine unzureichende Studienlage gibt. Die Studienlage basierte vor allem auf Untersuchungen mittels angelsächsischer Diagnostik. Hinsichtlich der deutschsprachigen Diagnostik fanden sich kaum Studien. Zusammenhänge zwischen der Veränderung des Strukturniveaus nach OPD und der Symptomlast lagen bislang noch nicht vor.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

In dieser Dissertation wurde ein gemischtes und konsekutives stationäres und teilstationäres Patientenkollektiv untersucht. Alle Patienten wurden in einem multimodalen psychotherapeutischen Gruppensetting behandelt. Dieses bestand aus psychodynamischer Gruppentherapie, Kunst- sowie Tanztherapie in der Gruppe. Regelmäßige psychotherapeutische Einzelgespräche in einer Länge von 75 Minuten/Woche und Entspannungsverfahren in der Gruppe ergänzten das Setting (Henning et al. 2020).

Auf die bisherige Studienlage aufbauend, untersuchte die Dissertation neben der Veränderung der Depressivität, Ängstlichkeit, sozialen Ängstlichkeit und globalen Symptomlast auch die Strukturveränderung mittels OPD-SFK. Wie in anderen Prä-Poststudien zeigten sich starke Effekte bei der Veränderung der Symptomatik. Die Effektstärken der Veränderungen des Strukturniveaus waren hingegen klein (Cohen 1988). Da strukturelle Veränderungen, analog zu chronischen Erkrankungen, einer langfristigen Behandlung bedürfen und mit den zuvor beschriebenen Schwierigkeiten einhergehen, wird in der Literatur empfohlen, statt der klassischen Einteilung der Interpretation der Effektstärke nach Cohen in kleinen Effekt $d=0,2$, mittleren Effekt $d=0,5$ und großen Effekt $d=0,8$ die Effektstärken aus Vergleichsstudien zu verwenden (Thompson 2007). Diese zuvor genannten Vergleichsstudien mittels anderer Fragebögen sowie das Ergebnis einer Metanalyse, ebenfalls mit anderen Fragebögen, decken sich mit den Effektstärken (Roberts et al. 2017). Gleichzeitig stellt diese Studie überhaupt erst eine Vergleichsstudie zur Veränderung der Persönlichkeitsstruktur nach OPD-SFK dar, sodass es noch weitere Studien aus anderen Versorgungseinrichtungen bedarf, um die aktuelle Effektstärke adäquat einzuordnen.

Ogleich die Persönlichkeitsstruktur in der Literatur als biografische Konstante diskutiert wird, sprechen die Ergebnisse dafür, dass signifikante Verbesserungen des Strukturniveaus über eine multimodale klinische Akutbehandlung möglich sind. Dieser Befund ergänzt die herrschende Meinung, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung nur von Langzeittherapien profitieren könnten, indem sie auf die Effektivität von Akutbehandlungen verweist. Die Ergebnisse stehen ebenfalls Scherg et al. (2017) entgegen und bestätigen Resultate der kürzlich veröffentlichten Studien von Kraus et al. (2021) und Lübke et al. (2021), welche auch durch Frank et al. mittels Selbsteinschätzungsbogen IPO-16 gedeckt werden (Frank et al. 2021).

Es sei angemerkt, dass der Median des Summenscores der Persönlichkeitsstruktur in dieser Dissertation, jene von Ehrental et al. (2015) überstieg. So lag unsere klinische Stichprobe bei 25.36 (SD 8.96), wohin gegen die Klinik-Stichprobe von Ehrental et al. von ausschließlich stationären Patienten bei 21.82 (SD 9.93) und die Werte der Allgemeinbevölkerung bei 18.32 (SD 9.16) lagen. Dies weist darauf hin, dass an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Unimedizin Mainz strukturell deutlich eingeschränkte Patienten behandelt werden als bei Ehrental et al. (2015). Grund hierfür könnte auch die Spezialisierung auf Stationen (Depersonalisation und –realisation) und der überweisenden Spezialambulanzen sein. Diese decken vor allem Krankheitsbilder ab, deren Ausprägung durch das Vorliegen von strukturellen Störungen begünstigt werden. Beispiele bilden hier neben der Depersonalisations-Sprechstunde auch jene von familiärem Missbrauch (Krakau et al. 2021), Spielsucht (Maclaren et al. 2011) und eine Trauma-Ambulanz (Baie et al. 2020).

Diese Arbeit konnte nachweisen, dass sich die Persönlichkeitsfunktion im Allgemeinen nach einer Akutbehandlung verbessert und somit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen von einer psychosomatischen Akutbehandlung profitieren. Die stärkste Veränderung zeigt sich vor allem in der Selbstwahrnehmung, gefolgt von der Skala Kontaktgestaltung. Erstere beinhaltet die Subskalen der Selbstreflexion, Affektdifferenzierung sowie Affekttoleranz, während letztere die Subskalen Selbstwertregulation, Antizipation, Kontaktaufnahme und Affektmitteilung beinhaltet. Innerhalb des Modells der Beziehungsgestaltung zeigte sich jedoch keine signifikante Besserung. Das Beziehungsmodell mit den Subskalen der Internalisierung, Selbst-Objekt-Differenzierung und realistischer Objektwahrnehmung lässt vermuten, dass diese Prozesse einer längeren Behandlungskonstante bedürfen. Dies scheint mit dem „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard übereinzustimmen, demzufolge soziale Veränderungen und die Umstrukturierung der Beziehungsgestaltung längerer Therapieprozesse bedürfen (Howard et al. 1993; Orlinsky 2009). McFarquhar et al. (2018) verweisen in ihrer Metaanalyse auf ein differenzierteres Bild, dass ebenso mit den Befunden dieser Dissertation übereinstimmt. Die Autoren zeigen auf, dass auch Kurzzeittherapie zu einer Verbesserung von interpersonellen Schwierigkeiten führen können, jedoch das Gefühl von Zugehörigkeit beziehungsweise die Affiliation (der Wunsch nach einer Kontaktaufnahme) entscheidend für den Therapieerfolg ist. Bei Patienten mit einer niedrigen Wunsch nach Kontaktaufnahme wäre von einem gestörten Beziehungsmodell auszugehen, in dem eine realistische Objektwahrnehmung und Internalisierungsprozesse noch nicht ausgereift sind. Es lässt nahelegen, dass für Patienten mit diesen strukturellen Störungen eine ambulante Anschlusstherapie und gegebenenfalls klinische Intervallbehandlungen notwendig sein könnte, um frühkindlich geprägte, chronifizierte und nicht bewusst erinnerbare Beziehungserfahrungen weiterzubehandeln. Bislang liegen keine Studien vor, die erste (teil-)stationär begonnene therapeutische Prozesse in einer ambulanten Psychotherapie begleitet

haben. Um diese Fragestellung ausreichend zu klären, sollten weitere klinische Studien durchgeführt werden. Denkbar wäre etwa die strukturellen Veränderungen der Beziehungsgestaltung im Patientenkollektiv zu untersuchen, das im Rahmen von wiederholten (2 und mehr) Intervallbehandlungen vorstellig wird. Ebenfalls ist wissenschaftlich noch nicht belegt, ob die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Kontaktgestaltung nach einer Akutbehandlung positiven Einfluss auf die Veränderung der Beziehungsgestaltung selbst ohne weiterführende Therapie haben könnte.

Diese Fragestellungen könnten durch eine Katamnesestudie eruiert werden, die ein Patientenkollektiv durch die bereits verwendeten Selbsteinschätzungsfragenbögen jeweils nach 6 Monaten, 12 Monaten und 60 Monaten vergleicht. Die Patienten könnten hierzu in drei Kategorien eingeteilt werden: Patientenkollektiv mit (teil-)stationären Intervallbehandlungen, Kollektiv mit einer ambulanten Anschlussbehandlung und Kollektiv ohne jegliche Form einer Anschlussbehandlung.

Auch die zweite Hypothese bestätigte sich. Aus den Daten ging hervor, dass eine Strukturveränderung mit einer Symptomreduktion einherging. Die hier beobachtete Assoziation zwischen struktureller Verbesserung und Symptomreduktion deckt sich auch mit der Beobachtung von Leuzinger-Bohleber et al. (2019), Frank et al. (2021) sowie Franz et al. (2020) und beschränkt sich nicht nur auf die bislang untersuchte depressive Symptomatik, sondern gilt auch auf Ängstlichkeit sowie globale Symptomlast. Das Phasenmodell von Howard et al. (1993) postulierte, dass zunächst symptomatische Veränderungen den dauerhaften Strukturveränderungen vorausgehen. Die Ergebnisse dieser Dissertation lassen nicht mit Sicherheit sagen, ob diese seit Mitte der 1990er Jahre postulierte Hypothese angezweifelt werden kann. Grund hierfür sind die zwei Messzeitpunkte zu Beginn und Ende der Behandlung, die nicht mit Gewissheit darlegen können, in welchem Abschnitt der klinischen Behandlung strukturelle Veränderungen eingetreten sind oder ob möglicherweise doch die anfänglichen Symptomverbesserung die Voraussetzung für die Verbesserung des Strukturniveaus zum Ende der Behandlung war. Es kann angenommen werden, dass eine bessere Strukturveränderung mit einer geringeren Symptomatik einhergeht.

Die dritte Hypothese, die ebenfalls von Koelen et al. (2012) aufgestellt wurde, dass Patienten mit einem geringeren Strukturniveau weniger von einer Behandlung profitierten, kann nicht per se bestätigt werden. Zwar hatte diese Patientengruppe bei der Aufnahme als auch bei Entlassung eine höhere Symptombelastung, jedoch profitierten diese Patienten relativ gesehen stärker. Dies bestätigte sich symptomübergreifend. Sie erreichten bei Entlassung das Ausgangsniveau der strukturell gesünderen Patienten. Die vorliegende Studie beschreibt eindrücklich die Symptomlast von Patienten mit niedrigerem Strukturniveau und die Notwendigkeit einer therapeutischen Bearbeitung struktureller Defizite. Dies wird umso

deutlicher, wenn dargestellt wird, dass ein höheres Strukturniveau bei Aufnahme zu einer besseren symptomatischen und strukturellen Behandlungsprognose beiträgt.

Die Ätiologie struktureller Einschränkungen ist, neben biologischen Faktoren, zu wesentlichen Anteilen in belastenden Kindheitserfahrungen begründet. Vor allem emotionale Vernachlässigung geht im späteren Erwachsenenalter mit einem unflexiblen Verhalten im sozialkommunikativen, beruflichen und familiären Funktionsniveau einher (Hughes et al. 2017). Diese Verhaltensweisen führen zu interpersonellen und intrapsychischen Konfliktsituationen, denen die Patienten handlungsunfähig gegenüberstehen. Hauptbestandteile der multimodalen psychodynamischen Behandlung sind neben der Arbeit an Symptomen und zugrundeliegenden Konflikten auch die Identifikation und Bearbeitung strukturbezogener interpersoneller Defizite, die sich vor allem in festgefahrenen Abwehrmechanismen und rigiden Übertragungsgeschehen zeigen. Diese stellen sich in der biografisch geprägten Kontaktgestaltung zum Team sowie Mitpatienten dar. Das multipersonelle Setting ermöglicht aus psychodynamischer Sicht multiple Übertragungen zu den multiprofessionellen Behandlern wie auch den Mitpatienten, im Behandlungsteam und in den Therapiegruppen zu entwickeln und mit den Patienten in den verschiedenen Behandlungssettings zu reflektieren und zu bearbeiten. Strukturelle Defizite werden so auch in der therapeutischen Gemeinschaft innerhalb der klinischen Behandlung deutlich. Es ist anzunehmen, dass die Arbeit innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft mit dem Erlernen struktureller Fähigkeiten wie etwa Kommunikation nach außen den Effekt der Strukturveränderung auf die soziale Ängstlichkeit maßgeblich beeinflusst. Kunst- und Tanztherapien können dabei neue kreative Wege darstellen, um strukturelle Defizite zu bewältigen und zu verfestigen. Anzunehmen ist, dass die therapeutische Arbeit an der Regulation der Selbstwahrnehmung und Kontaktgestaltung die eigenständige Arbeit am Symptom fördert und weiterführt.

Die Ergebnisse dieser multimodalen psychodynamisch-orientierten Klinikbehandlung zeigen eine Assoziation zwischen struktureller Veränderung und Symptomreduktion auf. Nach Frank et al. (2021) sowie Franz et al. (2020) kann davon ausgegangen werden, dass eine strukturelle Besserung während der klinischen Behandlung initiiert wird und sich über einen Zeitraum von sechs Monaten bis drei Jahren fortsetzt.

5.2 Diskussion der Limitationen

Der Datensatz schloss 402 Patientendaten aus, da ihre eigenständig ausgefüllten Datensätze unvollständig waren oder die zuvor benannten Anforderungen nicht erfüllten. Die hohe Ausfallquote schränkt die Interpretation der Befund ein, da hierdurch keine konsekutive

Stichprobe untersucht werden kann. In der Exploration der Ausschlussdaten zeigten sich jedoch keine ausgeprägten Unterschiede zu den 318 eingeschlossenen Patienten bezüglich der Symptomatik, des Strukturniveaus und der Soziodemographie, sodass hinsichtlich der Ausfallquote keine Einschränkung innerhalb der Ergebnisse erwartet werden konnte. Der Befund, dass die exkludierten Patienten zwar strukturell keine Unterschiede aufwiesen, jedoch weniger häufig eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, kann nicht genau erklärt werden. Auch bezüglich ausgeprägterer psychosozialer Belastungen schien es keinen Unterschied zu geben. Die exkludierten Patienten zeigten weder berufliche, noch partnerschaftliche oder symptomatische Unterschiede. Diese Befunde flossen jedoch nur deskriptiv in die Dissertation ein, so dass der Promovend hierin keine Limitation sieht. Diesen Zufallsbefund soll in einer weiteren Studie zur Assoziation von sozioökonomischen Faktoren und Strukturniveau sowie auf den Behandlungsverlauf genauer explorieren werden. Die Ausfallquote wurde mit jener der angeführten Vergleichsstudien verglichen. Eine Metaanalyse ließ keine Einordnung der Ausfallquote zu (Liebherz und Rabung 2014). Die anderen Vergleichsstudien erwähnten ebenfalls hohe Dropout-Werte. Nur etwa 2/3 der untersuchten Patienten erfüllten die Einschlusskriterien bei Frank und Huber (2021) sowie Franz et al. (2020). 2/5 der Datensätze waren unvollständig oder die Patienten konnten weder erreicht werden noch meldeten sie sich Frank et al. (2021). Kraus et al. (2021) inkludierten ebenfalls nur 60% der Patienten. Wir gehen davon aus, dass sich die Ausfallrate mit jenen der Vergleichsstudien deckt.

Die niedrige Effektstärke wurde in der Diskussion bereits erwähnt und mit bisherigen Studien verglichen. Diese Studien fanden mit ähnlichen Strukturfragebögen statt. Da sich bislang keine Studie mittels des Fragebogens OPD-SFK zeigte, bedarf die Bewertung eine kritische Einstufung. Es sollten weitere klinische Vergleichsstudien durchgeführt werden, um zu untersuchen, ob andere Katamnese-Studien ähnliche Effektstärken aufwiesen.

Gleichzeitig bedarf der Befund der stärksten Veränderung im Bereich der Subskala Selbstwahrnehmung einer kritischen Einordnung. Wie auch in früheren Studien (Ehrenthal et al. 2012) weist diese Subskala die jeweils stärksten korrelativen Zusammenhänge mit der aktuellen Psychopathologie auf. Auf Basis bisheriger Befunde bleibt fraglich, inwiefern das Antwortverhalten auf dieser Skala durch momentanen negativen Affekt und aktuelle depressive Episoden beeinträchtigt wird, weshalb z.B. Obbarius et al. (2019) bereits darauf hinwiesen, dass hierfür Längsschnittstudien notwendig seien. Insbesondere Studien, die mit der Methodik des Ecological Momentary Assessment, also intensiven längsschnittlichen Designs, die in der Regel über das Smartphone in Alltagssituationen abgefragt werden, arbeiten, könnten in diesem Bereich aufschlussreich sein, um langanhaltende Veränderungen zu verdeutlichen und affektive Einflüsse aufzuzeigen. Bis dahin ist auf die in der Methodik diskutierten Validität nach Bereinigung depressiver Symptome zu verweisen.

Weitere Studien mit zahlreicheren Messzeitpunkten sollten klären, ob die strukturelle Entwicklung eine langfristige Symptomreduktion mit sich zieht oder umgekehrt eine Symptomreduktion mit einer Besserung der Persönlichkeitsorganisation einhergeht. Dies könnte etwa mit der Berechnung eines „cross sectional panels“ durchgeführt werden. Die hier dargestellten Ergebnisse sollten in weiteren Katamnese-Studie mit Messzeitpunkten nach 6, 12 und 24 Monaten untersuchen, ob die bisherige Entwicklung zeitstabil ist und sich die strukturelle Verbesserung fortsetzt. Jedoch würden sich hierbei neue Limitationen ergeben. Die unterschiedlichen außerklinischen Einflüsse auf die Stimmung, wie aber auch auf die Strukturellen Einschränkungen sollten bedacht werden. Welche psychosozialen Belastungen herrschen fort oder könnten neu hinzugekommen sein. Eine Publikation zum Einfluss von Risikofaktoren im Erwachsenenalter auf die Persönlichkeitsstruktur liegt nicht vor. Die Einteilung nach möglichen Belastungsfaktoren, wie aber auch den Formen der Weiterbehandlung, könnte dazu führen, dass man eine große Stichprobe bräuchte, die u.U. über das aktuelle Maß hinausgehe. Eine multizentrische Studie wäre demzufolge notwendig, jedoch mit hohen Kosten und einem Organisationsaufwand verbunden.

6 Zusammenfassung

Die Persönlichkeitsstruktur bezeichnet biografisch erworbene Funktionen zur Regulation intra- und interpsychischer Prozesse. Aversive Kindheitserfahrungen führen zu Einschränkungen innerhalb des Entwicklungsprozesses. Diese zeigen sich vor allem bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung. Je niedriger die Persönlichkeitsstruktur, umso häufiger leiden Patienten unter psychischen und körperlichen Symptombelastungen sowie interpersonellen Schwierigkeiten. Die Behandlung ist geprägt von Behandlungsversagen, Therapieabbrüchen und Symptompersistenz. Diese Einschränkungen sind zeitstabil, wohin gegen der Persönlichkeitsstil einer immerwährenden Veränderung unterliegt (z.B. narzisstisch, histrion, schizoid, zwanghaft etc). Der psychodynamisch geprägte Begriff der Persönlichkeitsstruktur findet mit dem ICD-11 und DSM-V Einzug in die neuen internationalen Diagnosemanuale. Die klinische Evaluation der einzelnen Funktionen erscheint umfangreicher und nützlicher, um die Schwere von Persönlichkeitsstörung sowie die Fähigkeiten bezüglich der Identität, emotionalen Nähe, Selbststeuerung und Empathie zu bewerten. Im deutschsprachigen Raum findet eine Evaluation vor allem nach dem OPD statt. Dieser bietet zwei Fragebögen: den OPD-SF sowie die Kurzversion des OPD-SFK. In der Literatur wird bislang angenommen, dass Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur eine intensive Langzeittherapie erfordern. Aktuelle Studien zur Veränderung der Persönlichkeitsstruktur liegen kaum vor. Dem folgend findet sich keine Studie, die mittels des OPD-SFK, dem im deutschsprachigen Raum üblichen Evaluationsinstrument, eine Verbesserung dieser psychischen Funktionen nachweisen. Ebenfalls untersuchte bislang keine Publikation den Einfluss der Verbesserung der Persönlichkeitsstruktur auf die psychische und allgemeine Symptomlast. Diese Dissertation ist die erste Studie, die neben der Veränderung der Persönlichkeitsstruktur über eine multimodale psychodynamische Behandlung auch den Einfluss auf die Symptomlast sowie die Effektivität einer klinischen Behandlung in Abhängigkeit zu den strukturellen Einschränkungen untersucht.

Zur Überprüfung, ob es zu statistisch signifikanten Verbesserungen der Persönlichkeitsstruktur kommt, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben verwendet. Die Mittelwerte wurden aus dem Summenscore des Strukturniveaus mittels OPD-SFK gebildet. Zur Überprüfung, ob größere Strukturveränderungen mit einer stärkeren Abnahme der Symptombelastung assoziiert sind, wurden Regressionsmodelle jeweils für die Symptommaße berechnet. Die Symptommaße setzten sich aus Depression (PHQ-9), Ängstlichkeit (GAD-7), soziale Ängste (mini-SPIN) und Symptombelastung (SCL-9) zusammen. Eine lineare Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um den Zusammenhang von den unabhängigen Symptommaßen und der abhängigen Persönlichkeitsstruktur zu testen. Zur Überprüfung, ob ausgeprägte strukturelle Einschränkungen zu Behandlungsbeginn mit einem geringeren

Ansprechen auf symptomatischer Ebene assoziiert sind, wurde für die vier Symptommaße jeweils eine einfaktorische Varianzanalyse für abhängige Stichproben, ANOVA, berechnet.

Die Studie zeigte eine signifikante Besserung des Strukturniveaus über den Zeitraum einer multimodalen psychosomatischen Behandlung. Vor allem die strukturellen Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung (hierzu gehören Selbstreflexion, Emotionswahrnehmung, Emotionsdifferenzierung und Emotionstoleranz), aber auch der Kontaktgestaltung (hierzu gehören: emotionale Kontaktaufnahme, Intimität und Empathie) besserten sich. Die Dissertation stellte eine Assoziation zwischen struktureller Veränderung und Symptomreduktion dar: Je größer die Strukturveränderung war, desto mehr besserte sich die Symptomlast. Effektstärken lagen im Bereich vergleichbarer Untersuchungen. Patienten mit strukturellen Einschränkungen hatten jedoch keine geringere Symptomreduktion im Vergleich zu strukturell weniger beeinträchtigten Patienten. Die Studie zeigt, dass sich die strukturelle Beeinträchtigung durch eine multimodale Therapie verbessert und dies mit Symptomveränderungen einhergeht. Das Ausmaß der Verbesserung für Patienten mit niedrigem Strukturniveau war nicht geringer als bei strukturstarken Patienten. Erstere profitieren proportional gesehen sogar stärker von einer Behandlung und erreichten zum Ende der Behandlung jene Ausgangswerte der strukturstarken Kohorte. Diese Studie legt nahe, dass strukturell kranke Patienten wie jene mit einer Persönlichkeitsstörung von einer kurzfristigen Behandlung profitieren. Vor allem die Arbeit an den bisher defizitären Funktionen scheint einen Einfluss auf die Symptomatik zu haben.

Limitationen der Studie zeigten sich in der hohen Ausfallquote, die die Interpretation der Befunde einschränkt, sich jedoch mit jenen Werten der Vergleichsstudien deckt. Das Gleiche gilt für die niedrige Effektstärke. Gründe wurden innerhalb der Dissertation ausführlich diskutiert. Ebenfalls wurden die Einschränkung nur durch zwei Messzeitpunkte evaluiert. Weitere Studien mit umfangreicheren Messzeitpunkten sollten klären, ob die strukturelle Entwicklung eine langfristige Symptomreduktion mit sich zieht oder umgekehrt eine Symptomreduktion mit einer Besserung der Persönlichkeitsorganisation einhergeht. Ebenso fehlt eine Katamnese, die die Stabilität der Befunde untersucht.

Dies ist die erste Studie, gemessen mittels des in deutschsprachigen Raum üblichen Messinstruments OPD-SFK, die die zuvor benannten Fragestellungen beantwortet. Die Ergebnisse erweitern den bisherigen Kenntnisstand hinsichtlich der Effektivität der (teil-)stationären psychosomatischen Behandlung für Patienten mit strukturellen Einschränkungen.

Literaturverzeichnis

- (1993). ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, World Health Organization.
- (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington, VA, US, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Abbass, Allan/Schubiner, Howard (2020). Psychophysiologische Störungen. Ein Leitfaden für Diagnose, Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung. Stuttgart, Kohlhammer.
- Albrecht, Rebecca/Löwe, Bernd/A Brünahl, Christian/Riegel, Björn (2015). Chronische Unterbauchschmerzen und Persönlichkeit - Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden und psychischer Struktur. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (11), 418–425. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1554692>.
- Anderson, Jaime/Snider, Stephen/Sellbom, Martin/Krueger, Robert/Hopwood, Christopher (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry research* 216 (3), 363–372. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.007>.
- Arbeitskreis OPD (2023). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual zur Diagnostik und Therapieplanung. 3. Aufl. Bern, Hogrefe.
- Baie, Lara/Hucklenbroich, Katharina/Hampel, Nicola/Ehrenthal, Johannes C./Heuft, Gereon/Burgmer, Markus (2020). Steht das strukturelle Integrationsniveau nach OPD-2 in Zusammenhang mit der Symptomschwere einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)? – Eine Kohortenstudie bei Patienten einer Trauma-Ambulanz. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 66 (1), 5–19. <https://doi.org/10.13109/zptm.2020.66.1.5>.
- Bateman, A./Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156 (10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>.
- Beck, Aaron T./Bhar, Sunil S. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA* 301 (9), 931; author reply 932-933. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.179>.
- Becker, Jan/Zwerenz, Rüdiger/Johansson, Robert/Frederick, Ronald J./Andersson, Gerhard/Beutel, Manfred E. (2016). Using a transdiagnostic, psychodynamic online self-help intervention to maintain inpatient psychosomatic treatment effects: Study protocol of a feasibility study. *Internet interventions* 5, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.07.003>.
- Bender, Donna S./Morey, Leslie C./Skodol, Andrew E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of personality assessment* 93 (4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>.
- Berberich, Götz/Zaudig, Michael (2015). Das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in DSM-5. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 9 (3), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s11757-015-0322-7>.
- Bhar, Sunil S./Thombs, Brett D./Pignotti, Monica/Bassel, Marielle/Jewett, Lisa/Coyne, James C./Beck, Aaron T. (2010). Is longer-term psychodynamic psychotherapy more effective than shorter-term therapies? Review and critique of the evidence. *Psychotherapy and psychosomatics* 79 (4), 208–216. <https://doi.org/10.1159/000313689>.
- Bohus, Martin (2019). Borderline-Störung. 2. Aufl. Göttingen, Hogrefe.
- Caspi, Avshalom/McClay, Joseph/Moffitt, Terrie E./Mill, Jonathan/Martin, Judy/Craig, Ian W./Taylor, Alan/Poulton, Richie (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science (New York, N.Y.)* 297 (5582), 851–854. <https://doi.org/10.1126/science.1072290>.

- Clarkin, John F./Levy, Kenneth N./Lenzenweger, Mark F./Kernberg, Otto F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry* 164 (6), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>.
- Cohen, Jacob (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Aufl. New York, Routledge Academic.
- Connor, K. M./Kobak, K. A./Churchill, L. E./Katzelnick, D./Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and anxiety* 14 (2), 137–140. <https://doi.org/10.1002/da.1055>.
- Cramer, Phebe (2012). *The Development of defense mechanisms. Theory, research, and assessment*. New-York, Springer.
- Cyr, J. J./McKenna-Foley, J. M./Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: is there one? *Journal of personality assessment* 49 (6), 571–578. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4906_2.
- Davanloo, Habib (1995). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. (No Title).
- Derogatis, L. R./Lipman, R. S./Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacology bulletin* 9 (1), 13–28.
- Dinger, Ulrike/Schauenburg, Henning/Hörz, Susanne/Rentrop, Michael/Komo-Lang, Miriam/Klinkerfuß, Mathias/Köhling, Johanna/Grande, Tilman/Ehrenthal, Johannes C. (2014). Self-report and observer ratings of personality functioning: a study of the OPD system. *Journal of personality assessment* 96 (2), 220–225. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.828065>.
- Doering, Stephan (2019). Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. *Psychosomatic medicine* 81 (7), 584–594. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000724>.
- Doering, Stephan/Hörz, Susanne (Hg.) (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis ; mit 29 Tabellen*. Stuttgart, Schattauer.
- Dulz, Birger/Lohmer, Mathias/Kernberg, Otto F./Wlodarczyk, Olga/Dammann, Gerhard (2022). *Borderline-Persönlichkeitsstörung. Stationäre Übertragungsfokussierte Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe.
- Ehrenthal, Johannes C./Dinger, Ulrike/Horsch, Lena/Komo-Lang, Miriam/Klinkerfuß, Mathias/Grande, Tilman/Schauenburg, Henning (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 62 (1), 25–32. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295481>.
- Ehrenthal, Johannes C./Dinger, Ulrike/Schauenburg, Henning/Horsch, Lena/Dahlbender, Reiner W./Gierk, Benjamin (2015). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61 (3), 262–274. <https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.3.262>.
- Ehrenthal, Johannes C./Düx, Andreas/Baie, Lara/Burgmer, Markus (2019). Levels of personality functioning and not depression predict decline of plasma glucose concentration in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes research and clinical practice* 151, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.04.011>.
- Ehrenthal, Johannes/Grande, Tilman (2014). Fokuserorientierte Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 15 (03), 80–85. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1388644>.
- El-Gabalawy, Renée/Katz, Laurence Y./Sareen, Jitender (2010). Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosomatic medicine* 72 (7), 641–647. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e10c7b>.

- Ernst, Mareike/Beutel, Manfred E./Zwerenz, Rüdiger/Krakau, Lina (2023). Seeing the past in a new light: change in reports of childhood abuse and neglect before and after inpatient psychotherapy and its relevance for change in depression symptoms. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research* 33 (2), 222–234. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2088313>.
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich/Döpfner, Manfred (Hg.) (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. 2. Aufl. [Göttingen], Hogrefe.
- Felitti, V. J./Anda, R. F./Nordenberg, D./Williamson, D. F./Spitz, A. M./Edwards, V./Koss, M. P./Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine* 14 (4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).
- Frank, Joachim/Huber, Dorothea (2021). Naturalistische Studie zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 37 (2), 217–234. <https://doi.org/10.1007/s00451-021-00431-y>.
- Frank, Joachim/Kirchner, Elisabeth/Padberg, Frank/Huber, Dorothea (2021). Psychische Struktur und Mentalisierungsfähigkeit bei stationären depressiven Patienten im Langzeitverlauf. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 67 (3), 256–270. <https://doi.org/10.13109/zptm.2021.67.oa6>.
- Franz, Matthias/Jenett, Dörte/Seidler, Daniel/Schäfer, Ralf/Wutzler, Uwe/Kämmerer, Wolfgang/Deters, Maria Anna/Schauenburg, Henning/Becher-Dortschy, Nina/Frommhold, Kerstin/Keller, Wolfram/Gosda, Jürgen/Zeller, Adolf/Beutel, Manfred/Langenbach, Michael/Hoffmann, Thilo/Haberger, Rita/Hartkamp, Norbert (2020). Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie bei Depressionen. *Psychotherapeut* 65 (5), 390–397. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00440-y>.
- Frederick, Ronald J. (2009). *Living like you mean it. Use the wisdom and power of your emotions to get the life you really want*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Frederickson, Jon (2021). *Co-creating safety. Healing the fragile patient*. Chicago, Ill., Seven leaves.
- Freud, Sigmund (2022 (1923)). *Das Ich und das Es*. Hg. von Lothar Bayer. 2021. Aufl. Ditzingen/Nördlingen, Reclam; C.H.Beck.
- Freyberger, Harald J./Cooper, J.E (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR*. Hg. von Horst Dilling. 6. Aufl. Bern, H. Huber.
- Gaskell, Chris/Simmonds-Buckley, Melanie/Kellett, Stephen/Stockton, C./Somerville, Erin/Rogerson, Emily/Delgadillo, Jaime (2023). The Effectiveness of Psychological Interventions Delivered in Routine Practice: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and policy in mental health* 50 (1), 43–57. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01225-y>.
- Gilbody, Simon/Richards, David/Brealey, Stephen/Hewitt, Catherine (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of general internal medicine* 22 (11), 1596–1602. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>.
- Grant, Bridget F./Chou, S. Patricia/Goldstein, Risë B./Huang, Boji/Stinson, Frederick S./Saha, Tulshi D./Smith, Sharon M./Dawson, Deborah A./Pulay, Attila J./Pickering, Roger P./Ruan, W. June (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry* 69 (4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>.
- Grilo, Carlos M./Sanislow, Charles A./Gunderson, John G./Pagano, Maria E./Yen, Shirley/Zanarini, Mary C./Shea, M. Tracie/Skodol, Andrew E./Stout, Robert L./Morey, Leslie C./McGlashan, Thomas H. (2004). Two-year stability and change of schizotypal,

- borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology* 72 (5), 767–775. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.767>.
- Hauser, Nicole C./Herpertz, Sabine C./Habermeier, Elmar (2021). Das überarbeitete Konzept der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11: Neuerungen und mögliche Konsequenzen für die forensisch-psychiatrische Tätigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 15 (1), 30–38. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00648-3>.
- Henning, Michaela/Subic-Wrana, Claudia/Wiltink, Jörg/Beutel, Manfred (2020). Anxiety Disorders in Patients With Somatic Diseases. *Psychosomatic medicine* 82 (3), 287–295. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000779>.
- Hentschel, Annett G. (2014). Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung : Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung. *PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 18 (1), 16–28. Online verfügbar unter <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/ptt-18-1-16>.
- Hessel, Aike/Schumacher, Jörg/Geyer, Michael/Brähler, Elmar (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 47 (1), 27–39. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/0012-1924.47.1.27>.
- Horowitz, L. M./Rosenberg, S. E./Baer, B. A./Ureño, G./Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology* 56 (6), 885–892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>.
- Howard, K. I./Lueger, R. J./Maling, M. S./Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of consulting and clinical psychology* 61 (4), 678–685. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>.
- Huber, Dorothea/Albrecht, Claudia/Hautum, Angelika/Henrich, Gerhard/Klug, Günther (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 55 (2), 189–199. <https://doi.org/10.13109/zptm.2009.55.2.189>.
- Hughes, Karen/Bellis, Mark A./Hardcastle, Katherine A./Sethi, Dinesh/Butchart, Alexander/Mikton, Christopher/Jones, Lisa/Dunne, Michael P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health* 2 (8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).
- Hutsebaut, Joost/Feenstra, Dine J./Kamphuis, Jan H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the DSM-5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Personality disorders* 7 (2), 192–197. <https://doi.org/10.1037/per0000159>.
- Hutsebaut, Joost/Kamphuis, Jan H./Feenstra, Dine J./Weekers, Laura C./Saeger, Hilde de (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality disorders* 8 (1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/per0000197>.
- Johansson, Robert/Björklund, Martin/Hornborg, Christoffer/Karlsson, Stina/Hesser, Hugo/Ljótsson, Brjánn/Rousseau, Andréas/Frederick, Ronald J./Andersson, Gerhard (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ* 1, e102. <https://doi.org/10.7717/peerj.102>.
- Johansson, Robert/Town, Joel M./Abbass, Allan (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ* 2, e548. <https://doi.org/10.7717/peerj.548>.

- Juul, Sophie/Jakobsen, Janus Christian/Jørgensen, Caroline Kamp/Poulsen, Stig/Sørensen, Per/Simonsen, Sebastian (2023). The difference between shorter- versus longer-term psychotherapy for adult mental health disorders: a systematic review with meta-analysis. *BMC psychiatry* 23 (1), 438. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04895-6>.
- Keefe, John R./McMain, Shelley F./McCarthy, Kevin S./Zilcha-Mano, Sigal/Dinger, Ulrike/Sahin, Zeynep/Graham, Kathryn/Barber, Jacques P. (2020). A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. *Personality disorders* 11 (3), 157–169. <https://doi.org/10.1037/per0000382>.
- Kernberg, Otto Friedmann (1995). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, J. Aronson Inc.
- Klaghofer, Richard/Brähler, Elmar (2000). Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90–R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 49 (2), 115–124.
- Koelen, Jurriijn A./Luyten, Patrick/Eurelings-Bontekoe, Liesbeth H. M./Diguier, Louis/Vermote, Rudi/Lowyck, Benedicte/Bühning, Martina E. F. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review. *Psychiatry* 75 (4), 355–374. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.4.355>.
- Krakau, Lina/Tibubos, Ana N./Beutel, Manfred E./Ehrenthal, Johannes C./Gieler, Uwe/Brähler, Elmar (2021). Personality functioning as a mediator of adult mental health following child maltreatment. *Journal of affective disorders* 291, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.006>.
- Kraus, Benjamin/Dammann, Gerhard/Rudaz, Myriam/Sammet, Isa/Jeggle, Danielle/Grimmer, Bernhard (2021). Changes in the level of personality functioning in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research* 31 (1), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1763493>.
- Kroenke, K./Spitzer, R. L./Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine* 16 (9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- La Parra, Guillermo de/Dagnino, Paula/Valdés, Camila/Krause, Mariane (2017). Beyond Self-Criticism and Dependency: Structural Functioning of Depressive Patients and Its Treatment. *Research in psychotherapy (Milano)* 20 (1), 236. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.236>.
- Lambert, M. J. (Hg.) (2013). *Bergin and Gardfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Research on Psychodynamic Therapies*. 7. Aufl. New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Leichsenring, Falk/Abbass, Allan/Heim, Nikolas/Keefe, John R./Kisely, Steve/Luyten, Patrick/Rabung, Sven/Steinert, Christiane (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders - an umbrella review based on updated criteria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 22 (2), 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>.
- Leichsenring, Falk/Jaeger, Ulrich/Masuhr, Oliver/Dally, Andreas/Dümpelmann, Michael/Fricke-Neef, Christian/Steinert, Christiane/Spitzer, Carsten (2019). Changes in Personality Functioning After Inpatient Psychodynamic Therapy: A Dimensional Approach to Personality Disorders. *Psychodynamic psychiatry* 47 (2), 183–196. <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.2.183>.
- Leichsenring, Falk/Rabung, Sven (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 300 (13), 1551–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne/Kaufhold, Johannes/Kallenbach, Lisa/Negele, Alexa/Ernst, Mareike/Keller, Wolfram/Fiedler, Georg/Hautzinger, Martin/Bahrke, Ulrich/Beutel, Manfred (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in

- the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International journal of psycho-analysis* 100 (1), 99–127. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533377>.
- Liebherz, Sarah/Rabung, Sven (2014). Do patients' symptoms and interpersonal problems improve in psychotherapeutic hospital treatment in Germany? A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 9 (8), e105329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105329>.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 43 (2), 137–147. <https://doi.org/10.1177/070674379804300202>.
- Löwe, B./Müller, S./Brähler, E./Kroenke, K./Albani, C./Decker, O. (2007). Validierung und Normierung eines kurzen Selbststratinginstrumentes zur Generalisierten Angst (GAD-7) in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 57 (02). <https://doi.org/10.1055/s-2007-970669>.
- Löwe, Bernd/Spitzer, Robert L./Zipfel, Stephan/Herzog, Wolfgang (2002). PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual Komplettversion und Kurzform. 2. Auflage, 2002.
- Lübke, Laura/Flemming, Eva/Mestel, Robert/Masuhr, Oliver/Jaeger, Ulrich/Spitzer, Carsten (2021). Veränderungsmessung mit der Kurzform des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 71 (11), 456–463. <https://doi.org/10.1055/a-1425-7618>.
- Maclaren, Vance V./Fugelsang, Johnathan A./Harrigan, Kevin A./Dixon, Michael J. (2011). The personality of pathological gamblers: a meta-analysis. *Clinical psychology review* 31 (6), 1057–1067. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.002>.
- McCullough, Leigh/Kuhn, Nat/Andrews, Stuart/Kaplan Romanowsky, Amelia/Wolf, Jonathan/Lanza Hurley, Cara (2019). *Affektfokussierte psychodynamische Psychotherapie. Ein integratives Manual zur Behandlung von Affektphobien*. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- McFarquhar, Tara/Luyten, Patrick/Fonagy, Peter (2018). Changes in interpersonal problems in the psychotherapeutic treatment of depression as measured by the Inventory of Interpersonal Problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 226, 108–123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.036>.
- McWilliams, Nancy (2011). *Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process*. 2. Aufl. New York, Guilford Publications.
- Obbarius, Alexander/Obbarius, Nina/Fischer, Felix/Liegl, Gregor/Rose, Matthias (2019). Evaluation der Faktorenstruktur und Konstruktvalidität der 12-Item Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) an psychosomatischen Patienten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 69 (1), 38–48. <https://doi.org/10.1055/s-0043-125394>.
- OPD, Arbeitskreis (2023). *OPD-3 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Hogrefe AG.
- Orlinsky, David E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration* 19 (4), 319–339. <https://doi.org/10.1037/a0017973>.
- Prinz, U./Nutzinger, D. O./Schulz, H./Petermann, F./Braukhaus, C./Andreas, S. (2008). Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 18 (06), 337–343. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1093323>.
- Regier, Darrel A./Narrow, William E./Clarke, Diana E./Kraemer, Helena C./Kuramoto, S. Janet/Kuhl, Emily A./Kupfer, David J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *The American journal of psychiatry* 170 (1), 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>.

- Reuter, Laurence/Bengel, Jürgen/Scheidt, Carl Eduard (2014). Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation - Eine systematische Übersicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60 (2), 121–145. <https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.2.121>.
- Rief, W./Greitemeyer, M./Fichter, MM. (1991). Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica* 37, 58–65.
- Rieken, Bernd/Sindelar, Brigitte/Stephenson, Thomas (2011). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis*. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft. Wien, Springer.
- Roberts, Brent W./Luo, Jing/Briley, Daniel A./Chow, Philip I./Su, Rong/Hill, Patrick L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychological bulletin* 143 (2), 117–141. <https://doi.org/10.1037/bul0000088>.
- Roepke, Stefan/Renneberg, Babette (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA* 301 (9), 931-2; author reply 932-933. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.180>.
- Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. 3. Aufl. Göttingen/Bern, Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Scherg, Nina/Karcher, Anna/Zimmermann, Johannes/Hörz-Sagstetter, Susanne (2017). Beeinflusst das Strukturniveau den Erfolg tagesklinischer Behandlung? Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 67 (11), 491–494. <https://doi.org/10.1055/s-0043-117603>.
- Seidler, Daniel/Schäfer, Ralf/Jenett, Dörte/Hartkamp, Norbert/Franz, Matthias (2019). Langzeiteffekte tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie bei Depressionen – Katamnesebefunde der STOP-D-Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 65 (2), 198. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.2.198>.
- Seiffge-Krenke, Inge (2012). *Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Spitzer, Carsten/Göbel, Philipp/Wilfer, Tobias/Mestel, Robert (2022). Persönlichkeitsstruktur und körperliche Gesundheit. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 68 (3), 238–249. <https://doi.org/10.13109/zptm.2022.68.3.238>.
- Spitzer, Carsten/Müller, Steffen/Kerber, André/Hutsebaut, Joost/Brähler, Elmar/Zimmermann, Johannes (2021). Die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF): Faktorenstruktur, konvergente Validität und Normwerte in der Allgemeinbevölkerung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 71 (7), 284–293. <https://doi.org/10.1055/a-1343-2396>.
- Spitzer, R. L./Kroenke, K./Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 282 (18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>.
- Spitzer, Robert L./Kroenke, Kurt/Williams, Janet B. W./Löwe, Bernd (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine* 166 (10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- Stanley, Barbara/Siever, Larry J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *The American journal of psychiatry* 167 (1), 24–39. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050744>.
- Subic-Wrana, Claudia/Beutel, Manfred E./Knebel, Achim/Lane, Richard D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic medicine* 72 (4), 404–411. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d35e83>.

- Svartberg, Martin/Stiles, Tore C./Seltzer, Michael H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 161 (5), 810–817. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.5.810>.
- Thompson, Bruce (2007). Effect sizes, confidence intervals, and confidence intervals for effect sizes. *Psychology in the Schools* 44 (5), 423–432. <https://doi.org/10.1002/pits.20234>.
- Tolin, David F./McKay, Dean/Forman, Evan M./Klonsky, E. David/Thombs, Brett D. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clinical Psychology: Science and Practice* 22 (4), 317–338. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12122>.
- Weekers, Laura C./Hutsebaut, Joost/Kamphuis, Jan H. (2019). The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and mental health* 13 (1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/pmh.1434>.
- WHO (2020). International statistical classification of diseases and related health problems. 11. Aufl.
- Wilson, Stephen (1983). Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. By Thomas H. Ogden. New York: Jason Aronson. 1982. Pp 236. \$25.00. *British Journal of Psychiatry* 142 (3), 323. <https://doi.org/10.1192/S0007125000115119>.
- Wiltink, Jörg/Kliem, Sören/Michal, Matthias/Subic-Wrana, Claudia/Reiner, Iris/Beutel, Manfred E./Brähler, Elmar/Zwerenz, Rüdiger (2017). Mini - social phobia inventory (mini-SPIN): psychometric properties and population based norms of the German version. *BMC psychiatry* 17 (1), 377. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1545-2>.
- Zettl, Max/Taubner, Svenja/Hutsebaut, Joost/Volkert, Jana (2019). Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1). *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 69 (12), 499–504. <https://doi.org/10.1055/a-1010-6887>.
- Zimmerman, Mark/Chelminski, Iwona/Young, Diane/Dalrymple, Kristy/Martinez, Jennifer (2013). Is dimensional scoring of borderline personality disorder important only for subthreshold levels of severity? *Journal of personality disorders* 27 (2), 244–251. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.244>.
- Zimmermann, Johannes/Brakemeier, Eva-Lotta/Benecke, Cord (2015a). Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 60 (4), 269–279. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0033-8>.
- Zimmermann, Johannes/Dahlbender, Reiner W./Herbold, Willy/Krasnow, Katharina/Turrión, Carmen Meiwes/Zika, Maya/Spitzer, Carsten (2015b). Der OPD-Strukturfragebogen erfasst die allgemeinen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 65 (2), 81–83. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395626>.
- Zimmermann, Johannes/Ehrenthal, Johannes C./Cierpka, Manfred/Schauenburg, Henning/Doering, Stephan/Benecke, Cord (2012). Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. *Journal of personality assessment* 94 (5), 522–532. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.700664>.
- Zimmermann, Johannes/Müller, Steffen/Bach, Bo/Hutsebaut, Joost/Hummelen, Benjamin/Fischer, Felix (2020). A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. *Psychopathology* 53 (3-4), 168–178. <https://doi.org/10.1159/000507377>.

7 Anhang

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

N		318
Geschlecht N (%)	weiblich	166 (52.2)
	männlich	152 (47.8)
Alter M (SD)		39.95 (14.65)
Feste Partnerschaft N (%)	nein	149 (47.6)
	ja	164 (52.4)
Anzahl Kinder N (%)	Keine	208 (65.6)
	1	39 (12.3)
	2 oder mehr	70 (21.7)
Berufstätigkeit N (%)	Vollzeit	68 (23.7)
	Teilzeit	51 (17.8)
	Nicht Berufstätig (Hausmann/-frau)	21 (7.3)
	In Ausbildung (Schule/Berufsausbildung/Studium)	108 (30.3)
	Arbeitslos	39 (13.6)
	Rente (Zeitrente/ Dauerhaft berentet)	19 (6.6)
	Sonstiges	2 (0.7)
Schulabschluss N (%)	derzeit Schüler/in	8 (2.6)
	kein Abschluss	25 (8.0)
	Hauptschule/Volksschule	74 (23.6)
	Realschule	76 (24.3)
	Fachabitur/Abitur	116 (37.1)
	Sonstiger Abschluss	14 (4.5)
Zigarettenkonsum N (%)	ja	235 (74.2)
Alkoholkonsum N (%)	gar nicht/ unregelmäßig	205 (66.1)
	regelmäßig	105 (33.9)
Drogenkonsum N (%)	ja	18 (5.7)
Körperliche Aktivität N (%)	gar nicht/unregelmäßig	137(43.8)
	einmal wöchentlich oder mehr	176 (56.2)

Behandlungslänge in Tagen M (SD)		43.61 (17.22)
Depressivität (PHQ-9) M (SD)		15.04 (5.52)
Ängstlichkeit (GAD-7) M (SD)		12.14 (5.04)
Soziale Ängstlichkeit (Mini-Spin) M (SD)		5.74 (3.25)
Allgemeine Symptomlast (SCL-9) M (SD)		16.82 (7.45)
Diagnose Persönlichkeitsstörung N (%)	nein	216 (67.9)
	ja	102 (32.1)
Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose N (%)	nein	243 (76.4)
	ja	75 (23.6)
Behandlungssetting N (%)	Vollstationär	166 (52.2)
	Tagesklinik	152 (47.8)

Tabelle 2 a Bivariate Korrelationen zum Behandlungsbeginn

	OPD T0	OPD- S T0	OPD- K T0	OPD- B T0	PHQ-9 T0	GAD-7 T0	Mini- Spin T0	SCL-9 T0	Alter	ΔOPD	ΔPHQ- 9	ΔGAD- 7	ΔMini- Spin	ΔSCL- 9	Behandlungsdaue r
OPD- T0	1***	0.79** *	0.77** *	0.78** *	0.52***	0.49***	0.59***	0.57***	-0.25***	0.32** *	0.12	0.1	0.16	0.12	0.27***
OPD-S T0		1***	0.42** *	0.38** *	0.5***	0.52***	0.39***	0.57***	-0.36***	0.21* *	0.1	0.06	0.1	0.12	0.3***
OPD-K T0			1***	0.45** *	0.38***	0.29***	0.61***	0.35***	-0.11	0.28** *	0.08	0.08	0.13	0.02	0.22**
OPD-B T0				1***	0.34***	0.31***	0.41***	0.4***	-0.09	0.26** *	0.1	0.09	0.15	0.13	0.12
PHQ-9 T0					1***	0.68***	0.4***	0.75***	-0.11	0.04	0.5***	0.22**	0.11	0.23**	0.27***
GAD-7 T0						1***	0.37***	0.74***	-0.06	0.07	0.31***	0.46***	0.17	0.27**	0.27***
Mini-Spin T0							1***	0.44***	-0.18	0.15	0.15	0.1	0.49***	0.11	0.22**
SCL-9 T0								1***	-0.09	0.12	0.34***	0.24**	0.18	0.43**	0.22**
Alter									1***	0	0.06	0.09	0	0.05	-0.23**
ΔOPD										1***	0.32***	0.36***	0.39***	0.54**	-0.01
ΔPHQ-9											1***	0.69***	0.4***	0.65**	0.01
Δ GAD-7												1***	0.38***	0.68**	0
ΔMini-Spin													1***	0.46**	-0.02
ΔSCL-9														1***	-0.07
Behandlungslänge															1***

Anmerkung. $N = 318$. Messzeitpunkte: T0 = Erhebung bei Aufnahme (Baseline), T1 = Erhebung bei Entlassung. OPD-S = OPD Subskala Selbstwahrnehmung, OPD-K = OPD Subskala Kontaktgestaltung, OPD-B = OPD Subskala Beziehungsmodell, Es wurden Pearson-Produkt-Moment Korrelationen berechnet. *** = $p < .001$; ** = $p < .01$, * = $p < .05$, Δ Veränderung von T0 auf T1

Tabelle 2b Bivariate Korrelationen zum Behandlungsende

	OPD T1	OPD-S T1	OPD-K T1	OPD-B T1	PHQ-9 T1	GAD7 T1	Mini- Spin T1	SCL-9 T1	Alter	ΔOPD	ΔPHQ- 9	ΔGAD- 7	ΔMini- Spin	ΔSCL-9	Behandlungsdau- er
OPD-T1	1***	0.82** *	0.8*** *	0.81** *	0.6*** *	0.57** *	0.6*** *	0.7*** *	-0.24**	- 0.46** *	-0.13	-0.19	-0.15	-0.3***	0.26***
OPD-S T1		1***	0.49*** *	0.46** *	0.57** *	0.59** *	0.43*** *	0.68** *	- 0.32** *	- 0.39** *	-0.15	-0.22**	-0.11	-	0.28***
OPD-K T1			1***	0.51** *	0.47** *	0.38** *	0.65*** *	0.53** *	-0.14	- 0.37** *	-0.1	-0.13	-0.16	-	0.18
OPD-B T1				1***	0.42** *	0.39** *	0.4*** *	0.49** *	-0.1	- 0.36** *	-0.07	-0.1	-0.09	-0.18	0.18
PHQ-9 T1					1***	0.81** *	0.53*** *	0.79** *	-0.17	- 0.27** *	-	-	-0.27***	-	0.27***
GAD-7 T1						1***	0.46*** *	0.81** *	-0.14	- 0.28** *	-	-	-0.19*	-	0.26***
Mini-Spin T1							1***	0.56** *	-0.19	-0.22** *	-0.21** *	-	-0.42***	-	0.25***
SCL-9 T1								1***	-0.13	- 0.39** *	-	-0.4***	-0.25***	-	0.28***
Alter									1***	0	0.06	0.09	0	0.05	-0.23**
ΔOPD										1***	0.32** *	0.36** *	0.39***	0.54** *	-0.01
ΔPHQ-9											1***	0.69** *	0.4***	0.65** *	0.01
ΔGAD-7												1***	0.38***	0.68** *	0
ΔMini-Spin													1***	0.46** *	-0.02
ΔSCL-9														1***	-0.07
Behandlungslänge															1***

Anmerkung. $N = 318$. Messzeitpunkte: T0 = Erhebung bei Aufnahme (Baseline), T1 = Erhebung bei Entlassung. OPD-S = OPD Subskala Selbstwahrnehmung, OPD-K = OPD Subskala Kontaktgestaltung, OPD-B = OPD Subskala Korrelationen berechnet. *** = $p < .001$; ** = $p < .01$, * = $p < .05$

Tabelle 3. Mittelwerte (SD) und Effektstärken des Strukturniveaus bei Aufnahme und Entlassung

	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>t</i> (137)	<i>p</i>	95 % KI	Cohen's <i>d</i>
OPD-SFK Gesamtwert	25.36 (8.96)	23.69 (9.59)	4.06	<.001	1.66 [0.86; 2.47]	0.18
OPD-SFK Skala Selbstwahrnehmung	7.81 (4.20)	6.96 (4.25)	4.54	<.001	0.85 [0.48; 1.22]	0.20
OPD-SFK Skala Kontaktgestaltung	8.63 (3.48)	8.12 (3.54)	3.14	.001	0.52 [0.19; 0.84]	0.15
OPD-SFK Skala Beziehungsmodell	8.62 (4.03)	8.91 (3.85)	1.64	0.101	0.29 (-0.06; 0.64)	-

Anmerkung. *N* = 318. KI = Konfidenzintervall

Tabelle 4 Hierarchische Regressionsanalysen

	Modell 1: Depression			Modell 2: (Generalisierte)Angst			Modell 3: Soziale Ängstlichkeit			Modell 4: Allgemeine Symptomlast		
	Modell 1a			Modell 2a			Modell 3a			Modell 4a		
	β	Se	<i>p</i>	β	Se	<i>p</i>	β Spin	Se	<i>p</i>	β	Se	<i>p</i>
Interzept	12.111	0.769	<.001	10.468	0.753	<.001	5.356	0.444	<.001	14.493	1.127	<.001
Alter	-0.042	0.017	0.014	-0.039	0.017	0.021	-0.019	0.009	0.071	-0.043	0.025	0.080
Geschlecht (männlich)	-1.097	0.499	0.029	-0.781	0.492	0.113	-0.352	0.286	0.210	-1.585	0.738	0.033
Baselinewert	0.515	0.046	<.001	0.539	0.048	<.001	0.540	0.445	<.001	0.556	0.049	<.001
	<i>Adj. R²=0.319</i>			<i>Adj. R²=0.297</i>			<i>Adj. R²=0.338</i>			<i>Adj. R²=0.313</i>		
	Modell 1b			Modell 2b			Modell 3b			Modell 4b		
Interzept	11.955	0.722	<.001	10.301	0.701	<.001	5.222	0.414	<.001	14.016	0.95	<.001
Alter	-0.042	0.016	0.009	-0.038	0.016	0.014	-0.016	0.009	0.080	-0.041	0.021	0.052
Geschlecht (männlich)	-0.907	0.469	0.054	-0.569	0.458	0.215	-0.231	0.267	0.387	-1.026	0.624	0.101
Baselinewert	0.527	0.043	<.001	0.563	0.046	<.001	0.584	0.042	<.001	0.617	0.042	<.001
Veränderungswert	-0.212	0.032	<.001	-0.221	0.031	<.001	-0.129	0.018	<.001	-0.484	0.042	<.001
OPD-SFK												
	<i>Adj. R²=0.400</i>			<i>Adj. R²=0.391</i>			<i>Adj. R²=0.427</i>			<i>Adj. R²=0.513</i>		
Modellvergleich	<i>Test F=43.817(1,313), p <.001</i>			<i>Test F=49.827(1,313), p <.001</i>			<i>Test F=48.95(1,313), p <.001</i>			<i>Test F=48.95(1,313), p <.001</i>		

Anmerkung. Der Baselinewert bezieht sich jeweils auf die Messung der Kriteriumsvariable zum Aufnahmezeitpunkt

Tabelle 5. Mittelwerte und Effektstärken der Symptommaße bei Aufnahme und Entlassung stratifiziert nach Strukturniveau bei Aufnahme

	Depressivität (PHQ-9)			Generalisierte Ängstlichkeit (GAD-7)			Soziale Ängstlichkeit (Mini-Spin)			Allgemeine Symptomlast (SCL-9)		
	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>	Aufnahme <i>M (SD)</i>	Entlassung <i>M (SD)</i>	<i>d(Within)</i>
Alle	15.04 (5.52)	9.92 (5.37)	0.938	12.14 (5.04)	8.55 (5.20)	0.701	5.74 (3.25)	4.47 (3.13)	0.397	16.82 (7.45)	11.91 (7.83)	0.642
Gut bis mäßiges Strukturniveau	12.7 (5.24)	8.25 (4.99)	0.872	10.1 (4.97)	7.11 (5.04)	0.603	4.01 (7.46)	3.29 (2.86)	0.256	13.4 (6.93)	9.29 (7.06)	0.574
Geringes Strukturniveau	17.4 (4.79)	11.6 (5.23)	1.340	14.1 (4.28)	9.99 (4.97)	1.704	7.46 (2.67)	5.56 (2.94)	1.027	20.3 (6.28)	14.5 (7.73)	1.245

Anmerkung. Gut bis mäßig integriertes (OPD-SFK < 26.5) beziehungsweise geringes Strukturniveau (OPD-SFK ≥ 26.5) wurde über einen Mediansplit definiert.

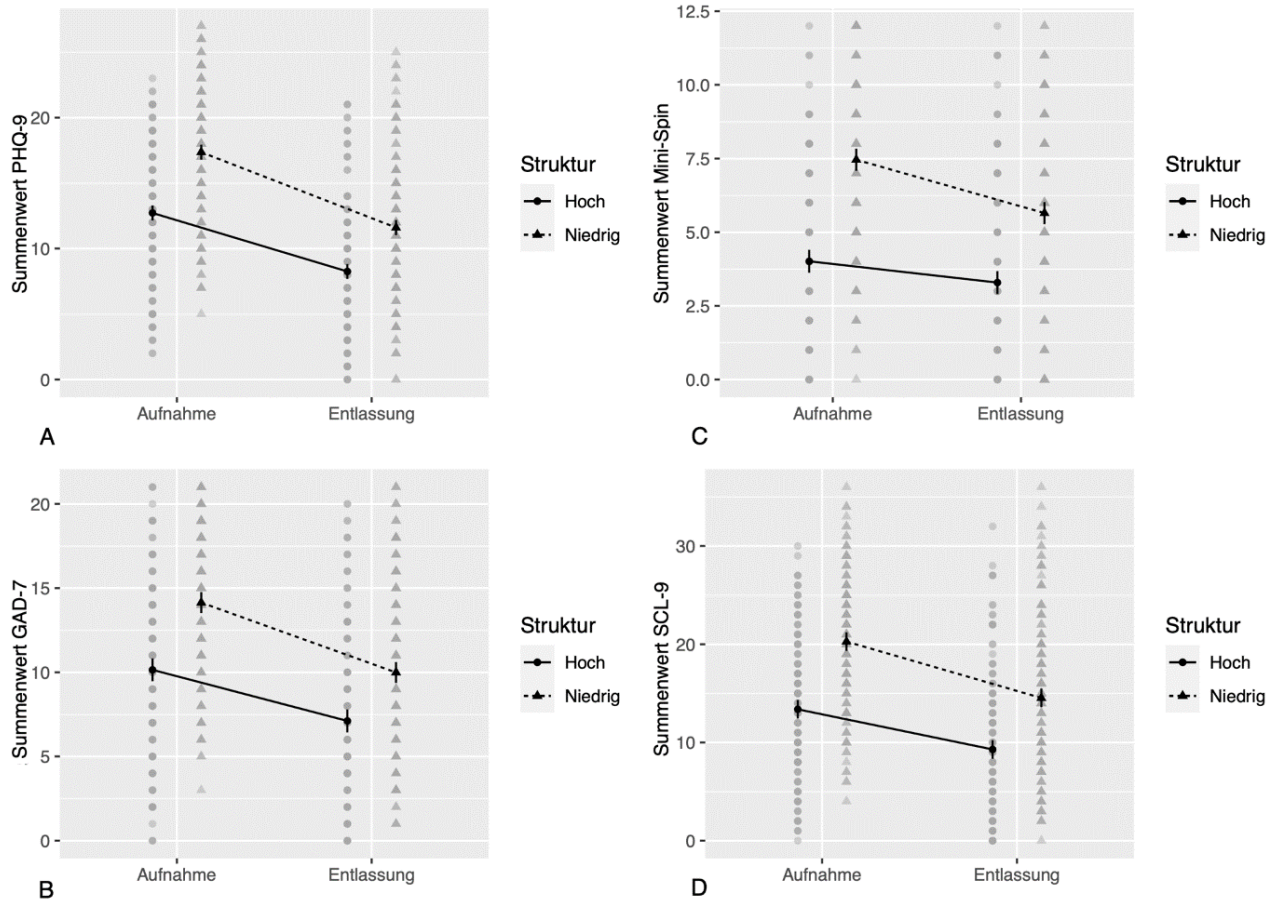


Abbildung 6. Visualisierung der ANOVAS. Dargestellt ist die Symptomentwicklung (A. Depressivität, B. Generalisierte Angst, C. Soziale Ängstlichkeit, D. Allgemeine Symptomlast) zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik in Abhängigkeit des Strukturniveaus bei Aufnahme.

8 Anhang der Publikation

Der Zusammenhang struktureller und symptomatischer Veränderung im Rahmen multimodaler psychodynamischer Behandlungen

Kamiar Kersten Rückert,² Mareike Ernst, Rüdiger Zwerenz, Matthias Michal, Manfred E. Beutel, Lina Krakau³

Summary

The relationship of functional and symptomatic changes after multimodal psychodynamic treatment

Objectives: Personality organization or functioning describes biographically acquired characteristics for the regulation of psychological processes. Limitations correlate with symptom load. This study examines whether significant improvement in personality functioning can be achieved in the framework of a multimodal psychodynamic treatment and its influence on the psychological symptoms.

Methods: In this naturalistic study design (N = 318) personality organization was measured with the OPD-SQS and the symptoms were obtained using PHQ-9, GAD-7, SCL-9 and miniSpin. Changes in the functioning levels were calculated using a t-test. The associations between the functional and symptom improvements were calculated using hierarchical regression models. ANOVAs for dependent samples were used to calculate the association of the personality organization changes on symptom reduction

Results: Treatment resulted in significant improvement in personality structure. The greater the changes, the lower the symptom burden at the end of treatment. Patients with lower personality structure benefited equally well from treatment.

Conclusion: Personality functioning improves with multimodal psychodynamic therapy and is accompanied by reduction of psychological symptoms. Structural changes proceed equally in high and low structured patients.

Z Psychosom Med Psychother 69/2023, 261–277

Keywords

OPD-SQS – inpatient psychotherapy – structural impairment – GAD-7 – mini-Spin

Zusammenfassung

Fragestellung: Persönlichkeitsstruktur bezeichnet biografisch erworbene Funktionen zur Regulation psychischer Prozesse. Einschränkungen gehen mit psychischer Symptombelastung einher. Die Studie untersuchte, ob im Rahmen multimodaler psychodynamischer Behandlungen eine signifikante Verbesserung des Strukturniveaus und ein Einfluss dieser auf die Symptombelastung festzustellen ist.

Methode: Es handelt sich um eine naturalistische Studie (N = 318). Das Strukturniveau wurde mittels OPD-SFK ermittelt, Symptommaße mittels PHQ-9, GAD-7, mini-Spin und SCL-9. Mittels t-Test für abhängige Stichproben wurde die Veränderung des Strukturniveaus und mittels hierarchischer Regressionsmodelle die Assoziation zwischen der strukturellen Veränderung und Symptomveränderung berechnet. Den Zusammenhang des Strukturniveaus mit der Symptomreduktion berechneten wir durch ANOVA für abhängige Stichproben.

Ergebnisse: Die Behandlung führte zur statistisch signifikanten Besserung des Strukturniveaus. Ein gering integriertes Strukturniveau war mit höherer Symptomlast assoziiert. Strukturelle Veränderung waren mit einer Reduktion der Symptomlast assoziiert. Relativ profitierten strukturell beeinträchtigte Patient/innen gleichwertig von der Behandlung.

Diskussion: Die Studie zeigt, dass strukturelle Beeinträchtigungen durch eine stationäre Therapie verbessert werden können und dies mit Symptomveränderungen einhergeht. Das Ausmaß der symptomatischen Verbesserung für Patient/innen mit gering bis desintegriertem Strukturniveau war nicht niedriger als bei Patient/innen mit gut bis mäßig integriertem Strukturniveau.

Schlagwörter

OPD-SFK – ambulante Psychotherapie – strukturelle Beeinträchtigung – GAD-7 – mini-Spin

² KR ist Erstautor. Die Publikation ist Teil seiner Dissertation.

³ *Interessenkonflikte:* Die Autor:innen bereichten keine Interessenkonflikte.

Einleitung

Die Persönlichkeitsstruktur beschreibt biografisch geprägte Entwicklungsprozesse und ist grundsätzlich von einer zeitlichen Stabilität gekennzeichnet, jedoch veränderbar. Neben genetischen (Capsi et al., 2002) und möglichen neurobiologischen Faktoren (Stanley u. Siever, 2010) geht man davon aus, dass belastende Kindheitserfahrungen zu Entwicklungsdefiziten (Ehrenthal u. Grande, 2014; Krakau et al., 2021) führen.

Der deutschsprachige Raum teilt nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) die Strukturachse in die vier Oberkategorien Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerung des Selbst und der Beziehung, emotionale Kommunikation und die Fähigkeit zur Bindung und gliedert in gutes, mäßiges, geringes und desintegriertes Strukturniveau. In diesem störungsübergreifenden Konzept können störungsspezifische Assoziationen beschrieben werden. So konnte gezeigt werden, dass Patient/innen mit somatoformen Erkrankungen Einschränkungen in der Selbstwahrnehmung und im emotionalen Erleben (Subic-Wrana et al., 2010) haben. Besonders Affektwahrnehmung, Affekttoleranz und Affektdifferenzierung sowie die Fähigkeiten Bindungen zu lösen sind eingeschränkt (Albrecht et al., 2015). Depressive Patient/innen zeigen vor allem Einschränkungen in der Kontaktgestaltung und im Beziehungsmodell (Regulation des Objektbezugs, Bindung nach Innen und Außen (de la Parra et al., 2017)). Ebenfalls ist ein gering integriertes Strukturniveau sowohl mit mehr depressiven Symptomen (de la Parra et al., 2017) als auch traumabezogenen Symptomen (Baie et al., 2020) assoziiert.

Strukturelle Einschränkungen sind ein Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörungen, da diese Krankheitsbilder mit Störungen in der reflektierten Kommunikation mit sich selbst und anderen einhergehen. Hierbei stellen komorbid auftretende Depressionen wegen ihrer Komplexität eine Herausforderung dar, deren psychotherapeutische Behandlungen häufig nicht zu ausreichender Besserung führen (Young, 2018). Dies spiegelt sich ebenfalls in der höheren Inanspruchnahme psychosomatischer und psychiatrischer Versorgungsleistungen, häufigere Therapieabbrüche und schlechtere Behandlungsprognosen dar (Ehrenthal et al., 2015; Koelen et al., 2012; Reuter et al., 2014). Mitunter liegen im Sinne des OPD-2 strukturelle Defizite vor, obwohl die Schwelle für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 noch nicht überschritten ist (Zimmerman et al., 2013). Ähnlich zum DSM-5 erfasst die ICD-11 Persönlichkeitspathologie auch als Kontinuum anstatt einer kategorialen Einteilung. Die Einschätzung des Funktionsniveaus, neben der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, ist ein wertvoller Prädiktor für unterschiedliche Symptombelastungen und den Behandlungsverlauf.

Obgleich die psychische Belastung bei strukturellen Störungen hinreichend bekannt ist, fokussierten Studien zur Einschätzung des (teil-)stationären Therapieerfolgs bislang überwiegend auf Symptommaße. Diese ist bei psychosomatischen Behandlung gut gesichert (Ernst et al., 2022; Liebherz u. Rabung, 2014) und scheint auch in Langzeitkatamnesen stabil (Huber et al., 2009; Seidler et al., 2019). Aktuell geht man von einer Besserung der Symptomlast vor Veränderung der strukturellen Fähigkeiten aus (Howard et al., 1993; Liebherz u. Rabung, 2014). Der Einfluss von strukturellen Veränderungen auf die Symptomveränderung ist bislang noch nicht untersucht. Bislang fokussierten Studien vor allem auf die strukturelle Veränderung, obgleich Befunde hierzu weniger eindeutig sind.

Erste empirische Untersuchungen in einem (teil-)stationären, psychodynamisch orientierten Settings haben Besserungen struktureller Einschränkungen bei somatoformen Erkrankungen über den Verlauf einer Behandlung ergeben (Subic-Wrana et al., 2010). Studien, welche mittels des auf Kernbergs Theorie (Kernberg, 1985) basierten Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16) gemessen haben, weisen auf Besserungen der depressiven Symptomatik (Frank et al., 2021), Somatisierung und Angst (Frank u. Huber, 2021) sowie die allgemeine Symptomlast (Scherg et al., 2017) hin, jedoch auf einer heterogenen Befundlagen. Während Scherg et al. (2017) keine statistisch signifikante Besserung der strukturellen Beeinträchtigung über eine vier- bis sechswöchige Behandlung feststellt haben und Frank et al. (2021) diese nur bei Patienten mit schwerer depressiven Symptomatik nachgewiesen haben, konnten andere eine Besserung struktureller Fertigkeiten im stationären Setting nachweisen (Frank u. Huber, 2021; Franz et al., 2020), die in der 6-Monats-Katamnese fortbestehen (Franz et al., 2020). Frank und Huber (2021) haben gezeigt, dass die Veränderung der Struktur mit einer Symptomveränderung zusammenhängt. Während die zuvor genannten Studien eine Assoziation zwischen der Ausprägung der strukturellen Einschränkung und Symptomatik sahen, untersuchte keine Studie den Einfluss der strukturellen Veränderung auf die Symptomveränderung. Der Zusammenhang zwischen struktureller und symptomatischer Veränderung in dem zeitlich begrenzten, intensiven Behandlungssetting bedarf weiterer Untersuchungen. Dies ist das Ziel dieser Studie

1.1 Ziele der Studie

Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen der Struktur- und Symptomveränderung unter multimodaler, zeitlich begrenzter (teil-)stationärer psychosomatischer Behandlung. Spezifisch sollten die folgenden Hypothesen empirisch überprüft werden:

1. Die Persönlichkeitsstruktur verbessert sich durch eine multimodale Behandlung statistisch signifikant
2. Eine größere Strukturveränderung ist mit einer stärkeren Abnahme der Symptombelastung assoziiert.
3. Stärkere strukturelle Einschränkungen zu Behandlungsbeginn sind mit einem geringeren Ansprechen auf symptomatischer Ebene assoziiert.

Methode

2.1 Stichprobe

Wir werteten die Basisdokumentation der zwischen 2018 und 2019 in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz stationär und tagesklinisch behandelten Patient/innen aus. Es handelte sich um die vollständigen Verlaufsdaten eines gemischten, konsekutiven (teil-)stationären Patient/innenkollektivs (N = 318 Patient/innen, insgesamt N = 720). Unvollständige Datensätze wurden nicht verwendet. Hierbei handelt es sich um im Verlauf digitalisierte, selbstständig ausgefüllte Fragebögen zur psychologischen Diagnostik zum Behandlungsbeginn und -ende.

2.2 Instrumente

Die unten aufgeführten Symptome wurden mittels der validierten Selbsteinschätzungsfragebögen Generalized Anxiety Disorder Scale GAD-7 (Löwe, 2007), Patient Health Questionnaire PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), SCL-9 und Social Phobia Inventory Mini-Spin (Wiltink et al., 2017) erhoben. Der PHQ-9 ist ein Screening-Instrument zur Messung der Depressivität. GAD-7 erfasst die Symptomschwere der generellen Ängstlichkeit. Beim Mini-Spin handelt es sich um eine Kurzevaluation sozialer Ängste mittels drei Items. Die Symptom-Checkliste-9 (SCL-9) ist die Kurzversion des SCL-90, eines multidimensionalen Screening-Instruments für die psychische Symptombelastung. Mit dem 12-Item OPD-SFK, einer validierten Kurzfassung des 95-Items OPD-SF, erhoben wir die strukturellen Fähigkeiten der Patient/innen (Ehrenthal et al., 2015; Obbarius et al., 2019). Je vier Fragen bilden hierbei die Subskalen Selbstwahrnehmung, Kontaktgestaltung und Beziehungsmodell. Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 48, wobei höhere Werte eine strukturelle Einschränkung ausdrücken. Ehrenthal et al. (2015) konnten zeigen, dass der OPD-SFK Summenwert bei Patient/innen mit der (Verdachts-)Diagnose einer Persönlichkeitsstörung signifikant höher lag als bei Patient/innen ohne diese Diagnose. Diese wiesen wiederum höhere Gesamtwerte auf als die Kontrollgruppe. Ähnliche Unterschiede zeigten sich auch in einer Vergleichsstudie, die auf die Eignung des Kurzfragebogens zur Erfassung der strukturellen Veränderung zwischen Beginn und Therapieende verwies (Lübke et al., 2021).

2.3 Statistische Analyse

Statistische Auswertungen wurden in R (Version 4.1.1) vorgenommen. Zur Überprüfung, ob es zu statistisch signifikanten Verbesserungen der Persönlichkeitsstruktur kommt, wurden ein t-Test für abhängige Stichproben sowie Effektstärken berechnet.

Die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen zur Verwendung parametrischer Tests wurde grafisch anhand von QQ-Plots und Histogrammen überprüft. Zur Überprüfung, ob größere Strukturveränderung mit einer stärkeren Abnahme der Symptombelastung assoziiert ist, wurden hierarchische Regressionsmodelle jeweils für die vier Symptommaße (PHQ-9, GAD-7, Mini-Spin, SCL-9) berechnet. Zur Berechnung der Veränderung des Strukturniveaus wurde der Wert des Strukturniveaus bei Entlassung (T1) von demjenigen bei Aufnahme (T0) subtrahiert (T0T1). Da ein höherer Wert auf der Skala ein geringeres Ausmaß struktureller Integration anzeigt bedeutet ein positiver Veränderungswert eine Verbesserung des Strukturniveaus und ein negativer Veränderungswert eine Verschlechterung. Kontinuierliche Prädiktoren wurden vor Eingang in das Modell z-standardisiert.

Zur Überprüfung, ob ausgeprägtere strukturelle Einschränkungen zu Behandlungsbeginn mit einem geringeren Ansprechen auf symptomatischer Ebene assoziiert sind, wurde für die vier Symptommaße (Depressivität erfasst durch den PHQ-9, Ängstlichkeit erfasst durch die GAD-7 und Globale Symptomlast erfasst durch die SCL-9) jeweils eine ANOVA für abhängige Stichproben berechnet. Da für den OPD-SFK keine validierten Cut-off-Werte vorliegen, wurde ein Mediansplit der Stichprobe, basierend auf dem Strukturniveau bei Aufnahme (Baseline), vorgenommen. Es wird empfohlen, den Gesamtsummenscore als Parameter für das Strukturniveau sowie einen Mediansplit zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt als Veränderungsparameter zu nutzen

(Ehrenthal et al., 2015; Lübke et al., 2021). Interaktionseffekte wurden für die Faktoren Zeit und Strukturniveau berechnet.

Ergebnisse

Patient/innen waren im Durchschnitt 39.95 (SD = 14.65) Jahre alt, 52.2 % waren Frauen. Die soziodemografische und klinische Charakteristik der analysierten Stichprobe gehen aus Tabelle 1 hervor. Ein Vergleich der Studienpopulation mit der Gesamtstichprobe kann dem Anhang (Tab. 1) entnommen werden.

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

N		318
Geschlecht N (%)	weiblich	166 (52.2)
	männlich	152 (47.8)
Alter M (SD)		39.95 (14.65)
Feste Partnerschaft N (%)	nein	149 (47.6)
	ja	164 (52.4)
Anzahl Kinder N (%)	Keine	208 (65.6)
	1	39 (12.3)
	2 oder mehr	70 (21.7)
Berufstätigkeit N (%)	Vollzeit	68 (23.7)
	Teilzeit	51 (17.8)
	Nicht Berufstätig (Hausmann/-frau)	21 (7.3)
	In Ausbildung (Schule/Berufsausbildung/Studium)	108 (30.3)
	Arbeitslos	39 (13.6)
	Rente (Zeitrente/ Dauerhaft berentet)	19 (6.6)
	Sonstiges	2 (0.7)
Schulabschluss N (%)	derzeit Schüler/in	8 (2.6)
	kein Abschluss	25 (8.0)
	Hauptschule/Volksschule	74 (23.6)
	Realschule	76 (24.3)
	Fachabitur/Abitur	116 (37.1)
	Sonstiger Abschluss	14 (4.5)
Zigarettenkonsum N (%)	ja	235 (74.2)
Alkoholkonsum N (%)	gar nicht/ unregelmäßig	205 (66.1)
	regelmäßig	105 (33.9)
Drogenkonsum N (%)	ja	18 (5.7)
Körperliche Aktivität N (%)	gar nicht/unregelmäßig	137(43.8)
	einmal wöchentlich oder mehr	176 (56.2)

Tabelle 1: (Fortsetzung)

Behandlungslänge in Tagen M (SD)		43.61 (17.22)				
Depressivität (PHQ-9) M (SD)		15.04 (5.52)				
Ängstlichkeit (GAD-7) M (SD)		12.14 (5.04)				
Soziale Ängstlichkeit (Mini-Spin) M (SD)		5.74 (3.25)				
Allgemeine Symptomlast (SCL-9) M (SD)	16.82 (7.45)	Diagnose Persönlichkeitsstörung N (%)	nein	216	(67.9)	ja
				102	(32.1)	
Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose N (%)	nein	243 (76.4)	ja	75	(23.6)	
Behandlungssetting N (%)	Vollstationär	166	(52.2)			
	Tagesklinik	152	(47.8)			

In Tabelle 2a (folgende Seite) und 2b (übernächste Seite) sind die bivariaten Korrelationen zwischen dem Alter der Patient/innen und den Variablen Strukturniveau, Depressivität, Ängstlichkeit und der Allgemeinen Symptombelastung zwischen Aufnahme und Entlassung sowie der Strukturveränderung berichtet. Die Zusammenhänge zwischen den Symptomen waren gemessen zum selben Zeitpunkt jeweils stärker als zwischen

den Messzeitpunkten. Gleiches galt für die Struktur. Das Strukturniveau korrelierte bei Aufnahme und Entlassung jeweils am stärksten mit sozialer Ängstlichkeit. Zwischen dem Ausmaß der Strukturveränderung und der Symptomschwere bei Aufnahme bestanden keine oder geringfügig ausgeprägte Zusammenhänge.

Wir fanden eine statistisch signifikante Verbesserung des Strukturniveaus über den Therapieverlauf mit geringer Effektstärke. Die stärkste Veränderung stellten wir auf der Skala Selbstwahrnehmung, gefolgt von der Skala Kontaktgestaltung fest. Für die Skala Beziehungsmodell fanden wir keine statistisch signifikante Veränderung (Tab. 3, S. 270).

Die Berechnung hierarchischer Regressionsmodelle zeigte statistisch signifikante Zusammenhänge mit den jeweiligen Baseline-Werten der Symptombelastungen (Tab. 4, S. 271). Während das Alter kleine statistisch signifikante Zusammenhänge mit Depressivität und generalisierter Angst zeigte, war weibliches Geschlecht signifikant mit mehr Depressivität und der allgemeinen Symptomlast assoziiert. Die Hinzunahme der Veränderung im Strukturniveau im nächsten Schritt zeigte negative Zusammenhänge mittleren Ausmaßes, was bedeutet, dass ein größeres Ausmaß der Verbesserung des Strukturniveaus mit einer niedrigeren Symptomlast bei Entlassung assoziiert war.

Tabelle 2a: Bivariate Korrelationen T0

	OPD T0	OPD-S T0	OPD-K T0	OPD-B T0	PHQ-9 T0	GAD-7 T0	Mini-Spin T0	SCL-9 T0	Alter	ΔOPD	ΔPHQ-9	ΔGAD-7	ΔMini-Spin	ΔSCL-9	Behandlungsdauer
OPD-T0	1***	0.79***	0.77***	0.78***	0.52***	0.49***	0.59***	0.57***	-0.25***	0.32***	0.12	0.1	0.16	0.12	0.27***
OPD-ST0		1***	0.42***	0.38***	0.5***	0.52***	0.39***	0.57***	-0.36***	0.21*	0.1	0.06	0.1	0.12	0.3***
OPD-KT0			1***	0.45***	0.38***	0.29***	0.61***	0.35***	-0.11	0.28***	0.08	0.08	0.13	0.02	0.22***
OPD-BT0				1***	0.34***	0.31***	0.41***	0.4***	-0.09	0.26***	0.1	0.09	0.15	0.13	0.12
PHQ-9T0					1***	0.68***	0.4***	0.75***	-0.11	0.04	0.5***	0.22**	0.11	0.23**	0.27***
GAD-7T0						1***	0.37***	0.74***	-0.06	0.07	0.31***	0.46***	0.17	0.27***	0.27***
Mini-SpinT0							1***	0.44***	-0.18	0.15	0.15	0.1	0.49***	0.11	0.22**
SCL-9T0								1***	-0.09	0.12	0.34***	0.24**	0.18	0.43***	0.22**
Alter									1***	0	0.06	0.09	0	0.05	-0.23**
ΔOPD										1***	0.32***	0.36***	0.39***	0.54***	-0.01
ΔPHQ-9											1***	0.69***	0.4***	0.65***	0.01
ΔGAD-7												1***	0.38***	0.68***	0
ΔMini-Spin													1***	0.46***	-0.02
ΔSCL-9														1***	-0.07
Behandlungsdauer															1***

Anmerkung: N=318. Messzeitpunkte: T0=Erhebung bei Aufnahme (Baseline), T1=Erhebung bei Entlassung. OPD-S=OPD Subskala Selbstwahrnehmung, OPD-K=OPD Subskala Kontaktgestaltung, OPD-B=OPD Subskala Beziehungsmodell, Eswurden Pearson-Produkt-Moment Korrelationen berechnet. ***=p<.001, **=p<.01, *=p<.05, Δ=Veränderung von T0 auf T1

=

Tabelle 2a: Bivariate Korrelationen T1

	OPD T1	OPD-S T1	OPD-K T1	OPD-B T1	PHQ-9 T1	GAD-7 T1	Mini- SpinT1	SCL-9 T1	Alter	ΔOPD	ΔPHQ-9	ΔGAD-7	ΔMini- Spin	ΔSCL-9	Behand- lungs- dauer
OPD-T1	1***	0.82***	0.8***	0.81***	0.6***	0.57***	0.6***	0.7***	-0.24**	-0.46***	-0.13	-0.19	-0.15	-0.3***	0.26***
OPD-ST1		1***	0.49***	0.46***	0.57***	0.59***	0.43***	0.68***	-0.32***	-0.39***	-0.15	-0.22**	-0.11	-0.28***	0.28***
OPD-KT1			1***	0.51***	0.47***	0.38***	0.65***	0.53***	-0.14	-0.37***	-0.1	-0.13	-0.16	-0.27***	0.18
OPD-BT1				1***	0.42***	0.39***	0.4***	0.49***	-0.1	-0.36***	-0.07	-0.1	-0.09	-0.18	0.18
PHQ-9T1					1***	0.81***	0.53***	0.79***	-0.17	-0.27***	-0.45***	-0.44***	-0.27***	-0.39***	0.27***
GAD-7T1						1***	0.46***	0.81***	-0.14	-0.28***	-0.36***	-0.51***	-0.19*	-0.38***	0.26***
Mini-SpinT1							1***	0.56***	-0.19	-0.22**	-0.21**	-0.25***	-0.42***	-0.31***	0.25***
SCL-9T1								1***	-0.13	-0.39***	-0.28***	-0.4***	-0.25***	-0.52***	0.28***
Alter									1***	0	0.06	0.09	0	0.05	-0.23**
ΔOPD										1***	0.32***	0.36***	0.39***	0.54***	-0.01
ΔPHQ-9											1***	0.69***	0.4***	0.65***	0.01
ΔGAD-7												1***	0.38***	0.68***	0
ΔMini-Spin													1***	0.46***	-0.02
ΔSCL-9														1***	-0.07
Behandlungs- dauer															1***

Anmerkung: N=318. Messzeitpunkte: T0=Erhebung bei Aufnahme (Baseline), T1=Erhebung bei Entlassung. OPD-S=OPD Subskala Selbstwahrnehmung, OPD-K=OPD Subskala Kontaktgestaltung, OPD-B=OPD Subskala

Tabelle 3: Mittelwerte (SD) und Effektstärken des Strukturniveaus bei Aufnahme und Entlassung

	Aufnahme M (SD)	Entlassung M (SD)	t(137)	p	95 % KI	Cohen's d
OPD-SFK Gesamtwert	25.36 (8.96)	23.69 (9.59)	4.06	<.001	1.66 [0.86; 2.47]	0.18
OPD-SFK Skala Selbstwahrnehmung	7.81 (4.20)	6.96 (4.25)	4.54	<.001	0.85 [0.48; 1.22]	0.20
OPD-SFK Skala Kontaktgestaltung	8.63 (3.48)	8.12 (3.54)	3.14	.001	0.52 [0.19; 0.84]	0.15
OPD-SFK Skala Beziehungsmodell	8.62 (4.03)	8.91 (3.85)	1.64	0.101	0.29 (-0.06; 0.64)	-

Anmerkung. N = 318. KI = Konfidenzintervall

Zur Überprüfung der dritten Hypothese berechneten wir den Median des Strukturniveaus zum Aufnahmezeitpunkt (Md = 26.5). Die mittleren Symptomwerte bei Aufnahme und Entlassung sowie die Effektstärken über den Behandlungsverlauf können Tabelle 5 entnommen werden. In gemischten Varianzanalysen mit Messwiederholung zeigten sich jeweils signifikante Haupteffekte für den Faktor Zeit, was bedeutet, dass sich die Symptomlast zwischen Aufnahme und Entlassung reduzierte (Depressivität: $F(1, 316) = 314.54$, $p < .001$, $\eta^2 = .204$, Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 169.60$, $p < .001$, $\eta^2 = .112$, soziale Ängstlichkeit $F(1, 316) = 61.45$, $p < .001$, $\eta^2 = .048$, allgemeine Symptombelastung: $F(1, 316) = 147.47$, $p < .001$, $\eta^2 = .110$).

Auch für den Faktor Strukturniveau ergaben sich in allen Modellen signifikante Haupteffekte (Depressivität: $F(1, 316) = 66.51$, $p < .001$, $\eta^2 = .135$, Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 54.36$, $p < .001$, $\eta^2 = .113$, soziale Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 112.72$, $p < .001$, $\eta^2 = .209$, allgemeine Symptombelastung: $F(1, 316) = 80.77$, $p < .001$, $\eta^2 = .158$). Personen mit einem schlechter integrierten Strukturniveau hatten sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung eine höhere Symptomlast.

Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Strukturniveau und Behandlungszeitpunkt war in allen Modellen statistisch signifikant mit marginaler bis kleiner Effektgröße (Depressivität: $F(1, 316) = 5.04$, $p = 0.025$, $\eta^2 = .004$, Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 4.12$, $p < .043$, $\eta^2 = .003$, soziale Ängstlichkeit: $F(1, 316) = 11.33$, $p < .001$, $\eta^2 = .009$, allgemeine Symptombelastung: $F(1, 316) = 4.18$, $p = 0.042$, $\eta^2 = .003$). Die Berechnung Tukey-korrigierter Kontraste zur Analyse des Interaktionseffekts zeigte, dass Patient/innen mit gering bis desintegriertem Strukturniveau sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung in allen Bereichen ein höhere Symptombelastungen berichten als Patient/innen mit mäßig bis gut integriertem Strukturniveau. Nicht signifikant verschieden war die Symptomlast von Patient/innen mit geringem Strukturniveau bei Entlassung von der Symptomlast von Patient/innen mit gut-mäßigem Strukturniveau bei Aufnahme in den Bereichen Depressivität ($T(1,316) =$

Tabelle4: Hierarchische Regressionsanalysen zur Vorhersage der symptomatischen Belastung zum Zeitpunkt der Entlassung

Kriterium	Modell1: Depression (PHQ)			Modell2: (Generalisierte Angst (GAD-7))			Modell3: Soziale Ängstlichkeit (Mini-Spin)			Modell4: Allgemeine Symptomlast (SCL-9)		
	β	Se	p	β	Se	p	βSpin	Se	p	β	Se	p
Interzept	12.111	0.769	<.001	10.468	0.753	<.001	5.356	0.444	<.001	14.493	1.127	<.001
Alter	-0.042	0.017	0.014	-0.039	0.017	0.021	-0.019	0.009	0.071	-0.043	0.025	0.080
Geschlecht(männlich)	-1.097	0.499	0.029	-0.781	0.492	0.113	-0.352	0.286	0.210	-1.585	0.738	0.033
Baselinewert	0.515	0.046	<.001	0.539	0.048	<.001	0.540	0.445	<.001	0.556	0.049	<.001
	Adj.R ² =0.319			Adj.R ² =0.297			Adj.R ² =0.338			Adj.R ² =0.313		
	Modell1b			Modell2b			Modell3b			Modell4b		
Interzept	11.955	0.722	<.001	10.301	0.701	<.001	5.222	0.414	<.001	14.016	0.95	<.001
Alter	-0.042	0.016	0.009	-0.038	0.016	0.014	-0.016	0.009	0.080	-0.041	0.021	0.052
Geschlecht(männlich)	-0.907	0.469	0.054	-0.569	0.458	0.215	-0.231	0.267	0.387	-1.026	0.624	0.101
Baselinewert	0.527	0.043	<.001	0.563	0.046	<.001	0.584	0.042	<.001	0.617	0.042	<.001
Veränderungswert OPD-SFK	-0.212	0.032	<.001	-0.221	0.031	<.001	-0.129	0.018	<.001	-0.484	0.042	<.001
	Adj.R ² =0.400			Adj.R ² =0.391			Adj.R ² =0.427			Adj.R ² =0.513		
Modellvergleich	Modell1bvs.1a			Modell2bvs.2a			Modell3bvs.3a			Modell4bvs.4a		
	TestF=43.817(1,313), p<.001			TestF=49.827(1,313), p<.001			TestF=48.95(1,313), p<.001			TestF=48.95(1,313), p<.001		

Anmerkung: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalysen. In Modell 1 bis 4 wird die symptomatische Belastung durch Alter, Geschlecht und den Symptomwert bei Aufnahme (Baselinewert) vorhergesagt. In Modell 1 bis 4 wurde die Veränderung der OPD-SFK als zusätzlicher Prädiktor aufgenommen. Bericht über den standardisierten Regressionskoeffizienten, Standardfehler und p-Wert.

Ergebnisse

1.97, $p = 0.202$), generalisierte Angst ($T(1,316) = 0.291$, $p = 0.992$) sowie allgemeine Symptomlast ($T(1,316) = -1.462$, $p = 0.462$).

Eine Visualisierung der Symptomverläufe in Abhängigkeit des Strukturniveaus bei Aufnahme kann Abbildung 1 (folgende Seite) entnommen werden. Die Ausprägung des Strukturniveaus war signifikant mit allen Symptomausprägungen assoziiert. Personen mit einem geringer integrierten Strukturniveau bei Aufnahme wiesen zu beiden Messzeitpunkten höhere Symptombelastungen auf als jene mit einem besser integrierten Strukturniveau und erreichten in etwa deren Ausgangsniveau. Relativ kann jedoch nicht von einem geringeren Therapieeffekt ausgegangen werden, was sich auch in den größeren Effektstärken zeigt (Tab. 5.). Hierbei müssen jedoch Bodeneffekte berücksichtigt werden.

Tabelle 5: Mittelwerte und Effektstärken der Symptommaße bei Aufnahme und Entlassung stratifiziert nach Strukturniveau bei Aufnahme

	Depressivität (PHQ-9)			Generalisierte Ängstlichkeit (GAD-7)		
	Aufnahme	Entlassung	d(Within)	Aufnahme	Entlassung	d(Within)
	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	
Alle	15.04 (5.52)	9.92 (5.37)	0.938	12.14 (5.04)	8.55 (5.20)	0.701
Gut bis mäßiges Strukturniveau	12.7 (5.24)	8.25 (4.99)	0.872	10.1 (4.97)	7.11 (5.04)	0.603
Geringes Strukturniveau	17.4 (4.79)	11.6 (5.23)	1.340	14.1 (4.28)	9.99 (4.97)	1.704

	Soziale Ängstlichkeit (Mini-Spin)			Allgemeine Symptomlast: (SCL-9)		
	Aufnahme	Entlassung	d(Within)	Aufnahme	Entlassung	d(Within)
	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	
Alle	5.74 (3.25)	4.47 (3.13)	0.397	16.82 (7.45)	11.91 (7.83)	0.642
Gut bis mäßiges Strukturniveau	4.01 (7.46)	3.29 (2.86)	0.256	13.4 (6.93)	9.29 (7.06)	0.574
Geringes Strukturniveau	7.46 (2.67)	5.56 (2.94)	1.027	20.3 (6.28)	14.5 (7.73)	1.245

Anmerkung. Gut bis mäßig integriertes (OPD-SFK < 26.5) beziehungsweise geringes Strukturniveau (OPD-SFK ≥ 26.5) wurde über einen Mediansplit definiert.

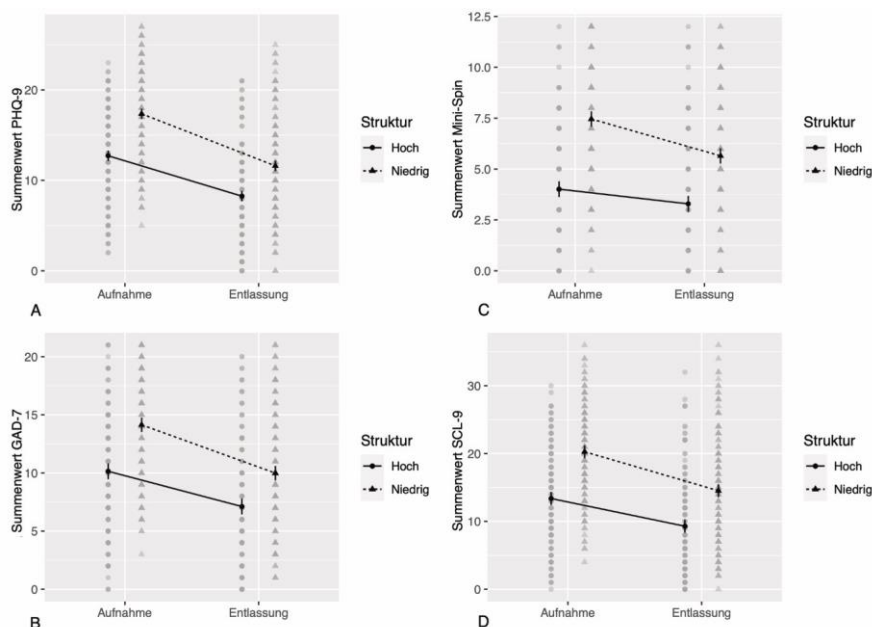


Abbildung 1: Visualisierung der ANOVAs. Dargestellt ist die geschätzte mittlere Symptomentwicklung und Standardfehler (A. Depressivität, B. Generalisierte Angst, C. Soziale Ängstlichkeit, D. Allgemeine Symptomlast) zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik in Abhängigkeit des Strukturniveaus bei Aufnahme.

Diskussion

Auf der bisherigen Studienlage aufbauend untersuchten wir den Einfluss der Strukturveränderung mittels des OPD-SFK auf die Symptomveränderung. Wie in anderen Prä-Post-Studien zeigten sich symptomatische Verbesserungen mit mittleren bis großen Effektstärken. Wir sahen kleine Effektstärken der Strukturveränderung, die sich mit den zuvor genannten Vergleichsstudien und einer Metaanalyse decken (Roberts et al., 2017).

Die stärkste Veränderung zeigt sich vor allem in der Skala Selbstwahrnehmung, gefolgt von der Skala Kontaktgestaltung. Die Skala Beziehungsmodell zeigt in der Studie keine signifikante Veränderung und lässt vermuten, dass diese Prozesse einer längeren therapeutischen Beziehung bedürfen.

Obleich die Persönlichkeitsstruktur als biografische Konstante diskutiert wird, sprechen die Ergebnisse für die prinzipielle Veränderungsmöglichkeit im Sinne einer signifikanten Besserung des Strukturniveaus durch eine multimodale klinische Akutbehandlung. Die Ergebnisse stehen damit Scherg et al. (2017) entgegen und bestätigen Resultate kürzlich veröffentlichter Studien (Kraus et al., 2021; Lübke et al., 2021). Dies deckt sich mit Untersuchungen mittels Selbsteinschätzungsbogen IPO-16 (Frank et al., 2021). Strukturelle Einschränkungen ebenso wie depressive

Symptome können jedoch die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung beeinträchtigen (Franz et al., 2020; Obbarius et al., 2019; Zimmerman et al., 2013) und stellen eine Limitation der Studie dar. Hier fehlen weitere Studien mittels unabhängigen Fremdbeurteilungen, um eine Veränderung des Strukturniveaus zu überprüfen. Die stärkste Veränderung im Bereich der Subskala Selbstwahrnehmung bedarf ebenfalls einer kritischen Einordnung. Wie in früheren Studien (Ehrenthal et al., 2012) weist diese Subskala die stärksten korrelativen Zusammenhänge mit aktueller Psychopathologie auf, weshalb bereits darauf hingewiesen wurde, dass hierfür längsschnittliche Untersuchungen notwendig sind (Obbarius et al., 2019). Insbesondere Studien mit mehreren Messzeitpunkten, die über das Smartphone in Alltagssituationen abgefragt werden (Ecological Momentary Assessment), könnten in diesem Bereich sehr aufschlussreich sein.

Unsere zweite Hypothese bestätigte, dass eine Strukturveränderung mit einer Symptomreduktion einherging. Die hier beobachtete Assoziation zwischen struktureller Verbesserung und Symptomreduktion deckt sich auch mit der Beobachtung von Frank und Huber (2021). Entgegen dem Phasenmodell von Howard et al. (1993) könnte angenommen werden, dass Verbesserungen der Symptomlast und Veränderungen struktureller Fähigkeiten parallel verlaufen und eine bessere Strukturveränderung zu einer geringeren Symptombelastung führen könnte. Patient/innen mit gering-integriertem Strukturniveau bei Aufnahme wiesen zu beiden Messzeitpunkten höhere Symptombelastungen auf und erreichten bei Entlassung in etwa das Ausgangsniveau von Patienten mit funktionalerem Strukturniveau. Dies unterstreicht die symptomatische Belastung von Patient/innen mit strukturellen Einschränkungen und die Behandlungsbedürftigkeit.

Die Annahme, dass Patient/innen mit einem geringeren Strukturniveau weniger von einer Behandlung profitierten (Koelen et al., 2012), kann nicht per se bestätigt werden. Patient/innen mit gering integriertem Strukturniveau hatten auch nach der Behandlung eine ausgeprägtere Symptomatik als Patient/innen mit gut-mäßig integrierten Strukturniveau, jedoch profitierten diese Patient/innen relativ gesehen stärker. Dies bestätigte sich symptomübergreifend.

Hauptbestandteile der multimodalen psychodynamischen Behandlung sind neben der Arbeit an Symptomen und zugrundeliegenden Konflikten, die Identifikation und Bearbeitung strukturbezogener Defizite. Die biografisch geprägten strukturellen Einschränkungen gehen mit einem unflexiblen interpersonellen Verhalten einher (Hughes et al., 2017), die innerhalb des therapeutischen Milieus bearbeitet werden können.

Es ist anzunehmen, dass die Arbeit innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft strukturelle Fähigkeiten wie etwa Kommunikation nach außen aufbaut und die soziale Ängstlichkeit maßgeblich beeinflusst. Insgesamt zeigt die Studie, dass strukturelle Veränderungen im Rahmen einer (teil-)stationären Therapie möglich und mit einer Symptomreduktion assoziiert sind. Besonders Patient/innen mit strukturellen Einschränkungen bedürfen klinischen Behandlungen zur Reduktion der Symptombelastung auf den Ausgangswert von strukturell stärkeren Patient/innen. Erste Studien verweisen darauf, dass eine strukturelle Besserung während der klinischen Behandlung initiiert wird und sich über einen Zeitraum von sechs Monaten bis zu drei Jahren fortsetzt (Frank et al., 2021; Franz et al., 2020). Weitere Studien sollten klären, ob die strukturelle Entwicklung eine Symptomreduktion mit sich zieht oder umgekehrt eine Symptomreduktion mit einer Besserung der Persönlichkeitsorganisation einhergeht. Hierbei sollte auf die zuvor diskutierten Limitationen geachtet werden.

Literatur

- Albrecht, R., Lowe, B., C. A. B., Riegel, B. (2015). [Chronic Pelvic Pain Syndrome and Personality – Association of Somatic Symptoms and Psychic Structure]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 65, 418-425.
- Baie, L., Hucklenbroich, K., Hampel, N., Ehrental, J. C., Heuft, G., Burgmer, M. (2020). [Level of personality functioning (OPD-2) and the symptom severity of posttraumatic stress disorder – a cohort study]. *Z Psychosom Med Psychother*, 66, 5-19.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854
- de la Parra, G., Dagnino, P., Valdes, C., Krause, M. (2017). Beyond Self-Criticism and Dependency: Structural Functioning of Depressive Patients and Its Treatment. *Res Psychother*, 20, 236.
- Ehrental, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuss, M., Grande, T. et al. (2012). [The OPD Structure Questionnaire (OPD-SQ): first results on reliability and validity]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62, 25-32.
- Ehrental, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W., Gierk, B. (2015). [Development of a 12-item version of the OPD-Structure Questionnaire (OPD-SQS)]. *Z Psychosom Med Psychother*, 61, 262-274.
- Ehrental, J. C., Grande, T. (2014). Fokuserorientierte Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 15, 80-85.
- Ernst, M., Beutel, M. E., Zwerenz, R., Krakau, L. (2022). Seeing the past in a new light: change in reports of childhood abuse and neglect before and after inpatient psychotherapy and its relevance for change in depression symptoms. *Psychother Res*, 1-13.
- Frank, J., Huber, D. (2021). Naturalistische Studie zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 37, 217-234.
- Frank, J., Kirchner, E., Padberg, F., Huber, D. (2021). [Personality organization and mentalization of depressive inpatients in a long-term-study]. *Z Psychosom Med Psychother*, 67, 256-270.
- Franz, M., Seidler, D., Jenett, D., Schafer, R., Wutzler, U., Kammerer, W. et al. (2020). [Psychodynamically oriented inpatient psychotherapy of depressive disorders - First findings from a naturalistic, multicenter study]. *Z Psychosom Med Psychother*, 61, 19-35.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J Consult Clin Psychol*, 61, 678-685.
- Huber, D., Albrecht, C., Hautum, A., Henrich, G., Klug, G. (2009). [Effectiveness of inpatient psychodynamic psychotherapy: a follow-up study]. *Z Psychosom Med Psychother*, 55, 189-199.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2, e356-e366.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism* (Bd. 2.). New York: Jason Aronson.
- Koelen, J. A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L. H., Diguier, L., Vermote, R., Lowyck, B. et al. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review. *Psychiatry*, 75, 355-374.
- Krakau, L., Tibubos, A. N., Beutel, M. E., Ehrental, J. C., Gieler, U., Braehler, E. (2021). Personality functioning as a mediator of adult mental health following child maltreatment. *J Affect Disord*, 291, 126-134.
- Kraus, B., Dammann, G., Rudaz, M., Sammet, I., Jeggle, D., Grimmer, B. (2021). Changes in the level of personality functioning in inpatient psychotherapy. *Psychother Res*, 31, 117-131.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16, 606-613.
- Liebherz, S., Rabung, S. (2014). Do patients' symptoms and interpersonal problems improve in psychotherapeutic hospital treatment in Germany? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9, e105329.
- Löwe, B., Müller, S., Brähler, E., Kroenke, K., Alrani, C., Decker, O. (2007). Validierung und Normierung eines kurzen Selbststratinginstrumentes zur Generalisierten Angst (GAD-7) in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57.
- Lübke, L., Flemming, E., Mestel, R., Masuhr, O., Jaeger, U., Spitzer, C. (2021). [Measurement of Change with the Short Form of the OPD Structure Questionnaire (OPD-SQS)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 71, 456-463.
- Obbarius, A., Obbarius, N., Fischer, F., Liegl, G., Rose, M. (2019). [Evaluation of Factor Structure and Construct Validity of the 12-Item Short Version of the OPD Structure Questionnaire (OPD-SQS) in Psychosomatic Patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 69, 38-48.
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual zur Diagnostik und Therapieplanung (Bd. 3.). (2014). Bern: Hans Huber.
- Reuter, L., Bengel, J., Scheidt, C. E. (2014). [Non-response to therapy in acute and rehabilitative psychosomatic inpatient care – a systematic review]. *Z Psychosom Med Psychother*, 60, 121-145.
- Roberts, B. W., Luo, J., Briley, D. A., Chow, P. I., Su, R., Hill, P. L. (2017). A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychol Bull*, 143, 117-141.
- Scherg, N., Karcher, A., Zimmermann, J., Horz-Sagstetter, S. (2017). Does Personality Organization Influence Day Clinic Treatment Success? Results of a Longitudinal Study. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 67, 491-494.
- Seidler, D., Schafer, R., Jenett, D., Hartkamp, N., Franz, M. (2019). [Long-term effectiveness of psychodynamic inpatient therapy on depressive disorders – Catamnestic- Results of the STOP-D-Study]. *Z Psychosom Med Psychother*, 65, 198.
- Stanley, B., Siever, J. S. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: towards a neuropeptid model. *Am J Psychiatry*, 167, 24-39.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosom Med*, 72, 404-411.

- Wiltink, J., Kliem, S., Michal, M., Subic-Wrana, C., Reiner, I., Beutel, M. E. et al. (2017). Mini - social phobia inventory (mini-SPIN): psychometric properties and population based norms of the German version. *BMC Psychiatry*, 17, 377.
- Young, M. (2018). Treatment-Resistant Depression: The Importance of Identifying and Treating Co-occurring Personality Disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 41, 249-261.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., Martinez, J. (2013). Is dimensional scoring of borderline personality disorder important only for subthreshold levels of severity? *J Pers Disord*, 27, 244-251.

Korrespondenzadresse: Kamiar K. Rückert, MD, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz;
E-Mail: Kamiar.Rueckert@unimedizin-mainz.de

Kamiar Kersten Rückert, Mareike Ernst, Rüdiger Zwerenz, Matthias Michal, Manfred Elmar Beutel und Lina Krakau, Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Zusatzmaterial zu diesem Beitrag finden Sie zum Herunterladen auf der Detailseite von Jahrgang 69 der „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, Heft 69, 3, unter www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

9 Danksagung

Danke an meine Eltern, die mich jeweils auf ihre Art während meines Studiums unterstützt haben. Danke an meine klinischen Lehrväter und -mütter, die mich mit ihren Supervisionen und ihren Rat bei wissenschaftlichen Fragestellungen unterstützt haben.

Den größten Dank an meine Frau Alisa Rückert. Deine Unterstützung war eine Insel der Zeit, umspült vom Meer meiner Dankbarkeit.

10 Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Kamiar Kersten Rückert

Geburtsdatum: 16.11.1990

Geburtsort: Würzburg, Deutschland

Beruflicher Werdegang

- Seit 15.03.2021 – Assistenzarzt an der Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 15.09.2020 – 15.03.2021 Assistenzarzt am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden, Wiesloch auf der psychiatrischen Intensivstation der Allgemeinpsychiatrie Klinik I
- 15.06.2019 – 15.09.2020 Assistenzarzt am St. Josefskrankenhaus Heidelberg, Innere Medizin auf den Stationen „Gastroenterologie, Diabetologie & Ernährungsmedizin“ sowie „Kardiologie und Angiologie“ mit Tätigkeit in der interdisziplinären Notfallambulanz

Studium

- 01.02.2013 – 08.02.2019 Humanmedizin an der Riga Stradinš University, Lettland
- 01.04.2012 – 01.01.2013 Rechtswissenschaften an der Universität Heidelberg
- 01.10.2011 – 01.03.2012 Philosophie/Kunstgeschichte an der Universität Frankfurt

Schulbildung

- 01.06.2011 Erlangung der allgemeinen Hochschulreife am Kaiserin-Friedrich-Gymnasium, Bad Homburg (Abiturnote 2,7)
- 1996 - 2011 Grundschule und Gymnasium, Friedrichsdorf und Bad Homburg

Famulaturen

- Juli 2018 Fachbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Station AKM, Prof. Dr. Herzog, Universitätsklinikum Heidelberg
- Juli 2017 Fachbereich Chirurgie: Viszeral- und Allgemein Chirurgie, PD Dr. Höer, Hochtaunus-Kliniken, Bad Homburg
- August 2016 Fachbereich Innere Medizin, Praxis für Innere Medizin, Dr. Werner, Bad Homburg
- Juli 2016 Fachbereich Innere Medizin, Kardiologie, Prof. Dr. Hamm, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

Praktika

- 14.07.2013 – 15.08.2013 Pflegepraktikum Asklepios Nordseeklinik (Westerland)
- 01.01.2012 – 01.03.2012 Praktikum beim Auktionshaus Sotheby's
- 01.10.2011 – 01.01.2012 Pflegepraktikum Ebne Sina Hospital (Teheran)
- 01.09.2009 – 01.06.2011 Sozialpraktikum im Sanitätsdienst des Kaiserin-Friedrich-Gymnasiums und Leitung des Sanitätsdienstes. [SEP] Auszeichnung für diese Tätigkeit am 17.06.2011

Conference Papers

- 2018 "Health Symptoms in Latvian and International Medical Students", RSU International Student Conference 2018, Riga.
- 2018 "Health Issues in Medical Students: Prevalence & Associations", RSU International Student Conference 2018, Riga.
- 2016 "Quality of Life and Depression among German Medical Students at Foreign Universities", RSU International Student Conference 2016, Riga.
- 2014 "Anatomical Aspects of A. carotis externa: Topography and Different Relationships of the Anterior Branches", in: XIX MORFOLOGISKO ZINĀTNU KONFERENCE, S.30

Preise

- 2018 3. Platz in der Kategorie "Psychosomatics, Psychiatry & Neurology", RSU International Student Conference 2018, Riga
- 2016 1. Platz in der Kategorie "Psychosomatics, Psychiatry, Neurology & Rehabilitation", RSU International Student Conference 2016, Riga

Wissenschaftliche Veröffentlichungen

- Rueckert, K. K., Ernst, M., Zwerenz, R., Michal M., Beutel M. E., Krakau, L. Der Zusammenhang struktureller und symptomatischer Veränderung im Rahmen multimodaler psychodynamischer Behandlungen. *Z Psychosom Med Psychother* 69/2023, 269–28, <https://doi.org/10.13109/zptm.2023.69.3.269>
- Hettich, N; Krakau, L; Rückert, K; Brähler, E; Zahn, D; Yilmaz, S; Münzel, T; Gianicolo, E; Schmidtman, I; Schulz, A; Wild, P S; Lackner, K J; Schuster, A K; Beutel, M E. W illingness to be Vaccinated Against SARS-CoV-2 in the German Population During the Second Wave of the Pandemic, *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118. 720-1. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0350
- Rueckert K, Willersinn A. Case Report: From Irregular Hiccups to Acute Myocardial Infarction. *Perm J.* 2020;25:1. doi:10.7812/TPP/20.180
- Rueckert K. Addressing medical students with psychodynamic education, *MedEdPublish* 2019, 8, [2], 53, <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000123.1>
- Rueckert, K. K., Ancane, G. Cross-sectional study among medical students in Latvia: Differences of mental symptoms and somatic symptoms among Latvian and international students. *Papers on Anthropology* 2018, 27(1), 47-54. <https://doi.org/10.12697/poa.2018.2.1.05>

Ausgewählte psychotherapeutische Arbeiten und Kasuistiken

- Rückert, K. K., Ungeduld – eine heimliche Angst des Selbstwerts. *Ärztliche Psychotherapie*, 2024. 19(2):110-112, doi:10.21706/aep-19-2-110
- Rückert, K. K., Wicke, F. S. & Schultz-Venrath, U. (2023). Fördert um Entschuldigung bitten Mentalisieren in Psychotherapien? *Psychodynamische Psychotherapie* 22(4), 0000–0000. DOI 10.21706/pdp-22-4-0000
- Rückert, K. K., Entschuldigen – Balsam für Wunden. *Ärztliche Psychotherapie*. 2023. 18(3):210-212, doi: 10.21706/aep-18-3-210
- Rückert, K. K., Verachtung – Wege in die Scham. *Ärztliche Psychotherapie*. 2023. 18(2):145-147, doi: 10.21706/aep-18-2-145
- Rückert, K. K., Wut – Die Waffe der Erniedrigung. *Ärztliche Psychotherapie*. 2023. 18(1):60-62, doi: 10.21706/aep-18-1-60
- Rückert, K. K., Scham – Die ärztliche Kunst der Archäologie. *Ärztliche Psychotherapie*. 2022. 17(4):295-297, doi: 10.21706/aep-17-4-295

Extracurriculare Aktivität

- 2018 Kurzassistent am Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin bei Prof. Dr. Gunta Ancane, Riga, Sondererlaubnis des Dekanats als einziger Internationaler Student
- 2016 Gründung der “International Psychosomatic Student Group Riga” in Kooperation mit der Psychosomatischen Klinik, Riga

Sprachkenntnisse

- Deutsch – Muttersprache
- Englisch – Verhandlungssicher
- Persisch – Gute Kenntnisse
- Russisch – Grundkenntnisse
- Französisch – Grundkenntnisse
- Lettisch – Grundkenntnisse

Mainz, Datum

Kamiar Kersten Rückert

11 Arbeitsanteil der beteiligten Autoren

Anbei findet sich der Arbeitsanteil der Autorinnen und Autoren in Bezug auf Inhalt und Umfang. Hiermit bestätigen die Autoren ebenfalls, dass die Arbeit nicht im Rahmen eines weiteren Promotions- beziehungsweise Habilitationsverfahrens oder sonstigen akademischen Grades verwendet werden darf.

Kamiar Kersten Rückert ist Erstautor. Er war maßgeblich für die Planung, Durchführung und Veröffentlichung der Studie verantwortlich. Er skizzierte die Idee sowie die Hypothesen (Planung) für die Studie. Er digitalisierte die handschriftlich vorliegenden Behandlungsfragebögen in die Datenbank (Durchführung). Er entwarf den statistischen Analyseplan und führte die notwendige Statistik durch. Er verfasste das Manuskript der wissenschaftlichen Veröffentlichung sowie der Promotionsschrift selbstständig unter Anleitung des Betreuers. Er war verantwortlich für die Beantwortung und Korrekturen des Review-Verfahrens.

Dr. phil. Msc. Mareike Ernst: Dr. Ernst unterstützte hinsichtlich statistischer Fragestellungen, kommentierte die endgültige Publikationsversion und empfahl hinsichtlich Inhalt und Form Veränderungen.

Lina Krakau: Unterstützte hinsichtlich statistischer Fragestellungen, kommentierte die endgültige Publikation und empfahl hinsichtlich Inhalt und Form Veränderungen

PD Dr. biol. hom. et. med. habil. Rüdiger Zwerenz: Dr. Zwerenz ist Verantwortlicher für die Basisdokumentation der Klinik und setzte nach der Digitalisierung den Datensatz für die Studie zusammen. Er unterstützte hinsichtlich statistischer Fragestellungen.

Prof. Dr. med. Matthias Michal: Prof. Michal kommentierte die endgültige Version der Publikation und empfahl hinsichtlich Inhalt und Formveränderungen.

Prof. Dr. med. Manfred Beutel: Prof. Beutel war der Betreuer der Dissertation und skizzierte die Ideen zur Arbeit. Er gab als Betreuer kontinuierliche Anleitung für das Verfassen der Publikation, des Manuskripts und der Dissertation. Er unterstützte hinsichtlich statistischer Fragestellungen.

12 Unterschrift der beteiligten Autoren

Rattina Ribal 20.3.2024
K. J. 20.03.2024
Marlene L. 25.03.24
L. Kra 29.05.24
R. G. 06.06.2024
C. M. 26.7.24