

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München
(Direktor: Prof. Dr. Peter Falkai)

Veränderung von Struktur und Mentalisierung
bei stationär-psychosomatischen Patienten mit
depressiver Störung im Langzeitverlauf

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanmedizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Elisabeth Kirchner

2021

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Frank Padberg

Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Frank Padberg
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Dr. Susanne Lucae
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber
Dekan:	Prof. Dr. med. Thomas Gudermann
Tag der mündlichen Prüfung:	15.12.2021

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in die Thematik	5
1.1 Das Thema.....	5
1.2 Epidemiologie und Diagnostik von depressiven Störungen	5
1.3 Psychodynamische Grundlagen	8
1.3.1 Entwicklung psychoanalytischer Theorien	8
1.3.2 Strukturbezogene Messinstrumente	10
1.4 Grundlagen des Mentalisierungskonzeptes	11
1.4.1 Die Objektbeziehungstheorie	11
1.4.2 Die Bindungstheorie.....	12
1.4.3 Die Theory of Mind (ToM).....	13
1.4.4 Mentalisierung als Modell emotional- kognitiver Entwicklung	15
1.4.5 Die Messung von Mentalisierungsfähigkeit.....	18
1.5 Stationäre psychodynamische Psychotherapie	20
1.6 Depression und Mentalisierung/ ToM.....	21
1.7 Zusammenhänge zwischen Mentalisierungs- und Beziehungsfähigkeit.....	22
2. Fragestellung	23
3. Methodik	24
3.1 Beschreibung der stationären psychodynamischen Therapie.....	24
3.2 Studiendesign	25
3.3 Vorgehen	25
3.4 Messinstrumente.....	27
3.4.1 Patients Health Questionnaire 9 (PHQ9), Patients Health Questionnaire 15 (PHQ15), Generalized Anxiety Disorder (GAD7)	27
3.4.2 16 Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16).....	29
3.4.3 Mentalization Questionnaire (MZQ).....	30
3.4.4 Partnerschaftsfragebogen Kurzform (PFB-K).....	30
3.4.5 Allgemeine Fragen zu Therapie, Beziehungsstatus und Befinden.....	31
3.5 Stichprobenbeschreibung: Soziodemographische und klinische Daten.....	32
3.6 Statistische Methoden	33
4. Ergebnisse	34

4.1 Wie entwickelt sich Struktur und Mentalisierung im Langzeitverlauf bei unterschiedlicher depressiver Symptomatik und insbesondere bei chronischer Depression?	34
4.1.1 Strukturelle Entwicklung nach IPO-16 im Langzeitverlauf.....	38
4.1.2 Mentalisierung im Langzeitverlauf	40
4.1.3 Chronische Depression (CD)	43
4.2 Was sind wesentliche Prädiktoren für die langfristige Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit?	46
4.3 Haben Partnerschaft, Veränderungen in der Partnerschaft, Partnerschaftsqualität und ambulante Therapie einen moderierenden Einfluss auf die Veränderung der Mentalisierung?	47
5. Diskussion	49
5.1 Kurze Zusammenfassung	49
5.2 Kritische Diskussion zu Methodik und Auswertung.....	50
5.2.1 Überlegungen zur Stichprobe.....	50
5.2.2 Überlegungen zur Ausfall-Quote	50
5.2.3 Überlegungen zu den Messinstrumenten	51
5.2.4 Überlegungen zur Auswertung.....	52
5.3 Kritische Diskussion der Ergebnisse.....	53
5.3.1. Wie entwickelt sich Struktur und Mentalisierung im Langzeitverlauf bei unterschiedlicher depressiver Symptomatik und insbesondere bei chronischer Depression?	53
5.3.2 Was sind wesentliche Prädiktoren für die Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit im Langzeitverlauf?.....	55
5.3.3 Haben Partnerschaft, Veränderungen in der Partnerschaft (Trennung, neuer Partner, Lebensform), Partnerschaftsqualität und ambulante Therapie einen moderierenden Einfluss auf die Mentalisierung?	56
5.4 Bedeutung der Ergebnisse und Schlussfolgerung für den Kliniker	59
5.5 Offene Fragen und Vorschläge für weitere Studiendesigns.....	60
6. Zusammenfassung	62
7. Abbildungsverzeichnis	65
8. Tabellenverzeichnis.....	66
9. Literaturverzeichnis.....	67
10. Anhang	73

1. Einführung in die Thematik

1.1 Das Thema

„Auf einen Totenacker, hat mich mein Weg gebracht.
Allhier will ich einkehren, hab ich bei mir gedacht.
Ihr grünen Totenkränze könnt wohl die Zeichen sein,
die müde Wanderer laden ins kühle Wirtshaus ein.
Sind denn in diesem Hause die Kammern all besetzt?
Bin matt zum Niedersinken, bin tödlich schwer verletzt.(...)“

Als Franz Schubert diesen Text 1827 in der Winterreise vertonte, muss er den Zustand der Depression gut gekannt haben. Zwar haben sich seitdem die Möglichkeiten zur Erkennung und Behandlung dieser oft tödlich endenden Krankheit sehr verbessert, trotzdem bleibt die Depression in ihrer Heterogenität an Ursachen, Erscheinungsbildern, Behandelbarkeit und Prognose hoch komplex.

Ziel dieser Studie ist es deshalb, unter Berücksichtigung der psychischen Struktur Veränderungen im Denken und der Beziehungsgestaltung im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung besser zu verstehen. Hierfür wird zunächst auf die wissenschaftliche Sachlage zur Depression eingegangen.

1.2 Epidemiologie und Diagnostik von depressiven Störungen

Depressive Störungen stellen nach Suchterkrankungen den häufigsten Behandlungsanlass psychisch bedingter Erkrankungen in deutschen Klinikeinrichtungen dar. Allein 2015 wurden in Vorsorge – oder Rehabilitationseinrichtungen fast ein Drittel der vollstationären Patienten wegen einer depressiven Episode oder rezidivierender Depression behandelt. Die Kosten für die Behandlung von depressiven Störungen beliefen sich 2015 auf 338 207 Millionen Euro (Statistisches Bundesamt 2018). Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer depressiven Episode liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 11,6%, ist bei Frauen (15,4%) doppelt so hoch wie bei Männern (7,8%) und zeigt laut Bundesgesundheitsblatt bei 60-69jährigen einen Peak (Busch, Maske, Ryl, Schlack& Hapke, 2013). Chronische Verläufe, sei es als rezidivierende oder anhaltende Depression, sind häufig: So neigen 60-75% der depressiven Ersterkrankungen zum Rezidiv, der Anteil der anhaltenden Depression (z.B. Dysthymien) liegt zwischen 3,2% und 5,8% in der Gesamtbevölkerung.

Zur Beschreibung psychischer Störungen wird je nach Therapieverfahren auf unterschiedliche Erklärungsmodelle und Messinstrumente zurückgegriffen. Gemeinsame Grundlage der Diagnostik ist dabei die Internationale Klassifikation psychischer Störungen/ ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, Dilling, Mombur & Schmidt, 2008), die eine symptomorientierte Zustands- bzw. Verlaufsbeschreibung anbietet. Depressionen werden folgendermaßen beschrieben:

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Das Diagnostic and Statistic Manual of Mental disorders/ DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), mittlerweile abgelöst vom DSM-5, berücksichtigte fünf verschiedene Achsen (Klinische Störung/ Persönlichkeitsstörung/ Medizinische Krankheitsfaktoren/ Psychosoziale Probleme/ Allgemeine Einschätzung nach GAF).

Sowohl das DSM-IV als auch die ICD-10 beschreiben die aktuelle Erscheinung des psychischen Störungsbildes, nosologische Faktoren werden weniger berücksichtigt. Zusammenhänge und Genese der klinischen Diagnosen (wie bei F41.2 Angst und Depression gemischt) werden selten deutlich. Die einzelnen Diagnosen stehen meist als Komorbiditäten nebeneinander bzw. werden als therapeutische Entität gesondert betrachtet und scheinen wenig verbunden mit ihrer Entstehung oder gewissen Umweltfaktoren. Teilweise wird auch die dazugehörige Diagnostik z.B. bei Persönlichkeitsstörungen kritisiert (Mestel, 2014).

2013 wurde das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) veröffentlicht, welches sich aufgrund der schwierigen Anwendbarkeit und der unbefriedigenden Darstellung psychischer Erkrankung vom multiaxialen System wieder distanzierte. In Bezug auf die „Major Depression“ beschreibt es 11 Bereiche: Die diagnostischen Kriterien und Eigenschaften, häufige Komorbiditäten, Prävalenz, Verlaufsformen, Risikofaktoren und Prognose, kulturelle und geschlechtsspezifische Unterschiede, mögliche Auswirkungen auf das Funktionsniveau sowie Differentialdiagnosen.

Diese Entwicklung weist auf den Versuch hin, psychischen Krankheitsbildern wie der Depression in ihrer Heterogenität gerecht zu werden. Dies hat verständlicherweise auch Auswirkungen auf die therapeutischen Konsequenzen.

In den S3-Leitlinien (DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF, 2015) findet sich bei mittleren und schweren Depressionen eine klare Empfehlung (Evidenzgrad A) für eine psychotherapeutische Behandlung. In Bezug auf das Verfahren werden explizit keine Unterschiede benannt, und noch weniger definieren sie den Rahmen (ambulant/teil-/vollstationär) oder die Behandlungsdauer. In den Psychotherapierichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses wird lediglich auf die Gutachter verwiesen, die die Indikation für ein entsprechendes Verfahren nach bestimmten Gesichtspunkten prüfen sollen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2009).

Seit den 90er Jahren herrscht ein mehr oder weniger ausgeprägter Wettstreit zwischen den von den gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierten Verfahren Verhaltenstherapie und psychodynamischer (tiefenpsychologisch fundierter und analytischer) Psychotherapie. Besonders die analytische Langzeittherapie wurde kontrovers diskutiert und es wurde öffentlich unzureichende Evidenz und hoher Zeitaufwand/ Kosten vorgeworfen (Schöps, 2016). Die Verhaltenstherapie schien den psychodynamischen Therapien wissenschaftlich überlegen zu sein (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang 2012), was jedoch gerade in den letzten Jahren sehr bezweifelt wird (Rabung & Leichsenring 2016). Viele naturalistische oder quasi-experimentelle Studien, aber auch einige randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) haben mittlerweile im Bereich der psychodynamischen Verfahren zahlreiche Wirksamkeitsnachweise erbracht, die auch den steigenden Ansprüchen bezüglich Studienkonzeption und Methodik gerecht werden (Ehrenthal, Dinger & Nikendei, 2014). Auch neurowissenschaftliche Befunde belegen den Erfolg (z.B. Beutel, 2009). Nichts desto weniger besteht ein enormer Bedarf an weiteren Investitionen.

In der therapeutischen Praxis sollen diverse therapeutische Ansätze gleich gut wirken, was vermutlich mit der zunehmenden Methodenmischung zusammenhängt (Kächele & Strauß, 2008). Der individuelle Einsatz von therapeutischen Techniken scheint ebenfalls bedeutsam zu sein (Pfammatter & Tschacher, 2016). Dies passt zu dem Befund, dass Depressionen sich sowohl ätiologisch, symptomatisch, in ihrer Verlaufsform und dem Therapieerfolg stark unterscheiden und somit eine differenziertere Diagnostik notwendig erscheint. Besonders betrifft dies auch den Anteil depressiver Erkrankungen, der als chronisch bzw. therapieresistent einzustufen ist. Während die „Therapieresistenz“ sich v.a. auf pharmakologische Aspekte bezieht, umfasst die chronische bzw. persistierende Depression im DSM-IV (American Psychiatric Association

1998) die Dysthymie, die anhaltende schwere Depression (chronic majore depression), die anhaltende Depression nach schwerer Depression und die anhaltende Depression mit schweren Episoden (double Depression). Im DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) wurden diese Diagnosen zur „Persistent Depressive Disorder“ zusammengefasst.

A Das Individuum muss an den meisten Tagen, für den Zeitraum von mindestens 2 Jahren und ohne eine völlige Remission von 2 Monaten, aus eigener oder fremder Sicht unter einer depressiven Stimmung leiden.

B Das Individuum muss an den meisten Tagen, für den Zeitraum von mindestens 2 Jahren und ohne eine völlige Remission von 2 Monaten, aus eigener oder fremder Sicht an mindestens zwei der folgenden Symptome leiden: Insomnie/ Hypersomnie, Appetitlosigkeit, Erschöpfung, Insuffizienzgefühle, Konzentrationsstörung, Hoffnungslosigkeit. Es darf nicht gleichzeitig eine bipolare Störung, eine Zylothymie, eine psychotische Störung oder Suchterkrankung vorliegen.

(nach DSM-5, 300.4)

Weshalb manche Formen der Depression chronifizieren, wie diese besonders kostenintensive Störung (durch Arbeitsausfall, stationäre Aufenthalte, etc.) besser behandelt werden kann und welche Rolle die Psychotherapie dabei spielt, ist noch immer nicht ausreichend geklärt. „Besonders relevant ist die Erforschung von Moderatoren bzw. Prädiktoren des guten bzw. weniger guten Ansprechens sowie das Verständnis der Wirkmechanismen und Mediatoren von Psychotherapie.“ (Hautzinger, 2016, S.85)

1.3 Psychodynamische Grundlagen

1.3.1 Entwicklung psychoanalytischer Theorien

Die psychoanalytische Beschreibung psychischer Entwicklung und ihrer Störung hat eine 120jährige Geschichte und ist eine Sammlung verschiedenster Theorien. Wichtige Vertreter sind Freud (*1856, +1939), der ein erstes Strukturmodell der Psyche (Überich, Ich, Es) konzipierte, die Triebtheorie postulierte und die Konfliktpathologie mit der kindlichen Entwicklung in Zusammenhang brachte. Die „Ich-Psychologie“ (Freud/ Hartmann (*1894, +1970)) ergänzte weitere Aspekte durch den Ausbau der Abwehrmechanismen. Weiter wäre die „Objektbeziehungs-Theorie“ Kleins (*1882, +1960) und Winnicotts (*1896, +1971) zu nennen, die Übertragungs-/ Gegenübertragungspänomene auf der Basis der frühen Mutter-Kind-Beziehung und die Rolle der Umwelt beleuchteten. Bion (*1897, +1979) beschäftigte sich vermehrt mit psy-

chotischen und gruppenspezifischen Denkprozessen. Es folgte die Erweiterung in „Struktur-
niveaus“ im Rahmen der „Selbstpsychologie“ Kohuts (*1913, +1981), welcher unterschiedliche
Ausprägungen des Narzissmus bzw. Selbstwertdefizites untersuchte. Kernberg (* 1920) unter-
schied dann hohe, mittlere und niedrige Strukturen je nach Entwicklungsdefizit, und beschäf-
tigte sich noch ausführlicher mit den Persönlichkeitsstörungen bzw. Psychosen. Die „Bindungs-
theorie“ geht auf Bowlby (*1907, +1990), Robertson (*1911, +1988) und Ainsworth (*1913,
+1999) zurück. Sie untersuchten in vivo die frühe Mutter-Kind-Beziehung, entwickelten daraus
unterschiedlich Bindungsstile und integrierten entwicklungspsychologisches, psychoanalyti-
sches und systemisches Denken. Ebenfalls aus der Entwicklungspsychologie wurde in den 80er
Jahren die „Theory of mind“ (ToM) populär. Das daran angelehnte und mit psychoanalytischen
Elementen angereicherte Konzept der Mentalisierung beschreibt psychische Struktur in Bezug
auf das Bindungsmotiv.

Weil die klassische Psychoanalyse bei Persönlichkeitsstörungen (Borderline-PS) bzw. komple-
xen Traumafolgestörungen zu vermehrten Therapieabbrüchen führte und der Aufbau einer trag-
fähigen therapeutischen Beziehung oft misslang, wurden sie vermehrt Ausgangspunkt wissen-
schaftlichen Interesses (Rudolf, 2016).

1.3.2 Strukturbezogene Messinstrumente

Die Komplexität der menschlichen Psyche spiegelt sich auch in den zahlreichen Versuchen, die psychische Struktur beschreibbar zu machen und eine vertiefte Diagnostik zu entwickeln. Beispiele für strukturbezogene Messinstrumente sind:

Tabelle 1: Beispiele für strukturbezogene Messinstrumente

<p>Kernberg Structural Interviewing: Modell der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg mit der Unterscheidung der drei Niveaus Neurotisch, Borderline und Psychotisch und das dazugehörige strukturelle Interview als bekannteste Konzeptualisierung psychischer Struktur (Kernberg, 1981)</p>
<p>Scales of Psychological Capacities (SPC) von Wallerstein, die von Huber und Klug als Skalen psychischer Kompetenzen (SPK) ins Deutsche übersetzt und validiert wurden (Huber, Brandl & Klug, 2004)</p>
<p>Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP; dt. Version: Weinryb, Rössel & Schauenburg, 1999)</p>
<p>Borderline-Persönlichkeits-Inventar Fragebogen bezüglich struktureller Dimensionen: (Leichsenring, 1999)</p>
<p>Shedler-Westen- Assessment Procedure (Shedler, 2007)</p>
<p>Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO; dt. Übersetzung: Doering, 2004), baut auf Kernberg auf</p>
<p>Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD & Cierpka 2014), die ein empirisch gut überprüftes fünfsichtiges System zur Einschätzung psychischer Struktur bietet</p>

Ausgehend von einer differenzierteren Sichtweise auf psychisches Leiden wird zunehmend versucht, störungsspezifische Psychotherapiemethoden anzubieten. Diesem Trend folgen manualisierte störungsspezifische Ansätze, wie beispielsweise die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf, 2016), die „Transference-focused Psychotherapy“ (TFP, z.B. Doering et al., 2010), die „Psychodynamische Imaginative Traumatherapie“ (PITT; z.B. Reddemann, 2010), sowie die Schematherapie und die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT). Auch für die chronische Depression entstehen neue Therapieverfahren wie das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) nach James McCoullagh, welches kognitive, behaviorale und psychodynamische Methoden mit guter Wirksamkeit kombiniert (Padberg, 2015).

Die unterschiedlichen Theorien bzw. „Sprachen“ der Verfahren, teilweise aber auch die Komplexität ihrer Diagnostik und Erfolgsnachweise erschweren jedoch den interdisziplinären Dialog.

1.4 Grundlagen des Mentalisierungskonzeptes

1.4.1 Die Objektbeziehungstheorie

Als „Objektbeziehungstheorie“ werden alle Theorien verstanden, die psychische Struktur als Folge und Ergebnis von Internalisierungsprozessen verstehen. Sie beginnt mit Klein (*1882, +1960) und Winnicott (*1896-, +1971), die die Übertragungs-/ Gegenübertragungsphänomene auf der Basis der frühen Mutter-Kind-Beziehung und die Rolle der Umwelt beleuchteten, und reicht bis zu Fairbairn oder Kernberg, der vor allem die früh internalisierten Beziehungsrepräsentantien betonte (Kernberg, 1978):

Das Selbst ist eine intrapsychische Struktur, die sich aus mannigfachen Selbstrepräsentanzen mitsamt den damit verbundenen Affektdispositionen konstituiert. Selbstrepräsentanzen sind affektiv-kognitive Strukturen, die die Selbstwahrnehmung einer Person in ihren realen Interaktionen mit bedeutsamen Bezugspersonen und in phantasierten Interaktionen mit inneren Repräsentanzen dieser anderen Personen, den sogenannten Objektrepräsentanzen, widerspiegeln. (S. 358)

So bildet die Objektbeziehungstheorie u.a. auch mit der Beschreibung des psychischen Mechanismus der projektiven Identifikation (= unbewusste Entlastung von eigenen Gefühlen durch Projektion auf einen Anderen sowie manipulativ-suggestive tatsächliche Veränderung des Anderen im Sinne der Projektion) eine psychoanalytische Grundlage für das frühe Funktionieren psychischer Struktur. Sie ist damit konstitutiv für die sich später entwickelnde Fähigkeit, sich selbst und andere als denkende und fühlende Wesen zu verstehen (Dornes, 2004). Kernberg

konzipierte psychische Struktur über drei dimensionale Aspekte, nämlich der Fähigkeit zur Realitätswahrnehmung, dem Grad der Identitätsdiffusion/ -integration und der Reife der Abwehrmechanismen.

1.4.2 Die Bindungstheorie

Die „Bindungstheorie“ geht auf Bowlby (*1907, +1990), Robertson (*1911 +1988) und Ainsworth (*1913, +1999) zurück. Sie untersuchten in vivo die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Neben anderen Aspekten wie Affektregulation, Befriedigung physiologischer Bedürfnisse, Lernen, Spiel und Selbstkontrolle, widmeten sie sich spezifisch der Bindung von Mutter und Kind. Bowlby betrachtete beide als selbstregulierendes System, deren Teile sich gegenseitig bedingen und die besonders durch die Feinfühligkeit („Attunement“) der Mutter beeinflusst wird (Brisch, 1999).

Im „Fremde Situation“-Test betreten die Mutter und ein 12-19 Monate altes Kind ein Spielzimmer, und erkunden es. Eine fremde Person tritt hinzu und beginnt nach einigen Minuten mit Mutter und Kind in Kontakt zu treten bzw. mitzuspielen. Die Mutter verlässt nach kurzem Abschied den Raum und die fremde Person versucht das Kind zu trösten. Die Mutter kehrt nach drei Minuten zurück. Je nach Verhalten des Kindes bei Trennung und bei Rückkehr wurden daraus unterschiedliche Bindungsstile generiert:

- 1) Sicher gebunden: Die Kinder weinen und suchen die Mutter, auch nach längerer Zeit. Bei der Rückkehr reagieren sie mit Freude, wollen getröstet werden und wenden sich bald wieder dem Spiel zu.
- 2) Unsicher-vermeidend gebunden: Die Kinder reagieren auf die Trennung mit wenig Protest. Bei der Rückkehr bleiben sie ablehnend und verhalten.
- 3) Unsicher-ambivalent gebunden: Die Kinder sind durch die Trennung massiv gestresst und können sich auch bei der Rückkehr kaum beruhigen. Oft sind sie ambivalent im Wunsch auf dem Arm zu bleiben, gleichzeitig strampeln sie wütend.
- 4) Unsicher-desorganisiert gebunden: Die Kinder zeigen keine klaren Verhaltensmuster. Sie wirken verwirrt, erstarren in der Bewegung, laufen zur Mutter und sofort wieder weg, zeigen Stereotypen.

Das Adult Attachment Interview (AAI) wurde von George, Kaplan und Main entwickelt. Dieses Testverfahren bezieht sich auf die o.g. Bindungsstile und testet sie als halbstrukturiertes

Interview am Erwachsenen. Tatsächlich konnte dieses Verfahren anhand des an den Eltern untersuchten Bindungsstiles den kindlichen Bindungsstil in 70% der Fälle voraussagen (Fonagy, Steele & Steele, 1991). Allerdings spielen auch angeborene Faktoren des Säuglings wie Temperament bzw. Verhaltenseigenschaften und -bereitschaften eine Rolle. Der Bindungsstil als relativ stabiles Merkmal bestimmt im Verlauf alle nahen Beziehungen und Interaktionen, nicht zuletzt auch die therapeutische Beziehung.

1.4.3 Die Theory of Mind (ToM)

Der Begriff des Mentalisierens wird häufig synonym mit der Theory of Mind (ToM) gebraucht, weil sich beide in vielen Bereichen überschneiden und die Fähigkeit beschreiben, Gefühle, Bedürfnisse, Ideen, Absichten, Erwartungen und Meinungen bei sich und anderen erkennen zu können. Die ToM blickt auf eine 30jährige Forschungsgeschichte zurück, die eng verknüpft ist mit der Kognitionspsychologie und sich initial auf das fünfte Lebensjahr konzentrierte. In diesem Alter fällt auf, dass Kinder die eigenen Überzeugungen von denen anderer unterscheiden und darüber nachdenken können. Zentrales Element der ToM waren initial die „False-belief-Tests“ (nach Wimmer & Perner, 1983):

Maxi und seine Mutter kaufen eine Schokolade und legen sie in den grünen Schrank. Während Maxi spielen geht, braucht Maxi's Mutter einige Stücke der Schokolade für einen Schokoladenkuchen und legt die Schokolade anschließend in den blauen Schrank. Als Maxi die Schokolade sucht, schaut er in welchen Schrank?

Kinder unter drei Jahren antworten „im blauen Schrank“, ab vier Jahren lautet die Antwort meist „im grünen Schrank“.

Dieser Test stellt auf einfache Weise die bei Kindern beginnende Fähigkeit kognitiver (sozial-kognitiver) Mentalisierung dar. Mit der Ausweitung und Differenzierung der experimentellen Beobachtungen entstanden weitere „first-order-false-belief-Aufgaben“ und „second-order-false-belief-Aufgaben“:

Tabelle 2: First- und Second-Order-False-Belief-Aufgaben

First-order-false Belief (mit vier Jahren)	Second-order-false-belief (mit sechs Jahren)
Verständnis, dass die Überzeugung einer Person falsch sein kann	Verständnis, dass die Überzeugung zu der Überzeugung einer anderen Person falsch sein kann
Beispiel: Maxi und die Schokolade	Beispiel: Was denkt Maxis ältere Schwester, die den Vorgang beobachtet?

Mit der Differenzierung der Testverfahren (zB nach Alter und Aufgabenstellung) zeigte sich die Komplexität des Konzeptes: Neue Fragen stellten sich für die Entwicklungsforscher bezüglich der individuellen Motivation, der Inhibition bzw. Impulskontrolle (Apperly, 2012), dem Einfluss der Intersubjektivität und des Spracherwerbs (Airenti, 2015).

Reading the mind in the eyes-Tests (RmE) zielten dann auf die Untersuchung der „affektiven ToM“ (sozial-perzeptuell) ab (Baren- Cohen, 2001), die über die Beurteilung von 36 Augenpaaren und Einschätzung der dazugehörigen Emotion Empathie und Einfühlungsvermögen testen.



Abbildung 1: Folie 26 des RmE-Tests

Parallel rückte die darstellende Bildgebung das neurale Systeme als somatische Voraussetzung sozialer Interaktion in den Vordergrund: Die Empathie ist mit sogenannten Spiegelneuronen verbunden (Prestona & de Waalb, 2002), interzeptive und affektive Verarbeitung wird in der Bildgebung u.a. den Insulae zugeschrieben. Der Perspektivenwechsel bzw. Metakognition dem medialen und ventrolateralen präfrontalen Kortex und Affektregulation dem linken ventrolateralen präfrontalen Kortex. Die ToM-Forschung betrachtet diese ausreifenden Fähigkeiten vor allem aus einer biologischen Perspektive.

Mittlerweile ist es möglich, Effekte psychotherapeutischen „Trainings“ als Ausbildung von neuen neuronalen Verbindungen darzustellen. Die neuroplastischen Veränderungen im Rahmen einer Psychoanalyse zeigten u.a. Buchheim et al. 2012. Erst 2017 wiesen Valk et al. nach, dass bei täglichem Training von Achtsamkeit, sozio-affektiven und sozio-kognitiven Fähigkeiten über 9 Monate ein Wachstum der kortikalen Verbindungen im MRT ersichtlich war.

1.4.4 Mentalisierung als Modell emotional- kognitiver Entwicklung

Mentalisierung versteht sich als Erweiterung der ToM in Bezug auf die inhaltlichen Dimensionen unter Einbezug des Wissens um Beziehungs- und Bindungsaspekte. Betont wird der affektive und relationale Ursprung der Mentalisierung in der frühen Kindheit und die Entwicklung reflexiver Kompetenz in Abhängigkeit von sicherer Bindung und Spiegelung (Taubner, 2015). Dabei wird der Begriff innerhalb des psychodynamischen Verfahrens nur als Betonung eines bereits bekannten Teilaspektes hervorgehoben, nämlich der spezifischen, mit der kindlichen Entwicklung gekoppelten Entstehung von Symbolisierungs- bzw. Abstraktionsfähigkeit, die in der psychodynamischen Theoriebildung und in der Bindungstheorie gleichzeitig beschrieben wurde (Fonagy, 2001). Während entwicklungspsychologisch in den ersten Monaten menschlichen Lebens noch von der Wahrnehmung relativ einfacher „Schemata“, ausgegangen wird, stellt das heranwachsende Kleinkind zunehmend Zusammenhänge zwischen seiner beobachteten Umwelt, den Bezugspersonen und einem reifenden Selbst her. Die Entstehung einer expliziten „Ich“-Repräsentanz (=Symbolisierungsfähigkeit) wurde anhand von „Spiegel-Beobachtungen“ in etwa dem Alter von 18 Monaten zugeordnet. Dies stellt die Voraussetzung für die Entwicklung bewusster Reflexion von kognitiver und emotionaler Interaktion dar (Dornes, 1993).

Anhand einer „Frühstörung“ wie der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung werden Entwicklungsrückstände in diesem Bereich bei Adoleszenten und Erwachsenen besonders deutlich

(Bateman & Fonagy, 2013). Damit ist der enge Bezug zur klinischen Praxis im Rahmen mentalisierungsfördernder Interventionen und mentalisierungsbasierter Psychotherapie gegeben. Wie in der klassischen Psychoanalyse wird Übertragung und Gegenübertragung als diagnostisches Instrument genutzt.

„Ein besonders wichtiges Element der MBT ist die Suche des Therapeuten nach eigenen Mentalisierungsfehlern und die dazugehörige Gegenübertragungsanalyse. Das entspricht der psychodynamischen Tradition.“ (Bolm, 2010).

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) fokussiert aber weniger auf die Aufdeckung von Konflikten oder Förderung spezifischer Erkenntnisse durch Deutung, sondern soll zu spontanen Einsichten befähigen (Allan & Fonagy, 2006). Der Therapeut wird noch mehr als in der tiefenpsychologischen Therapie zum feinfühligem, affektregulierenden und spiegelnden Akteur. Dabei wird auch die Nachbarschaft zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen, z.B. 3rd-wave-Strategisch-Behaviorale Therapie (Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2010) deutlich.

Tabelle 3: Entwicklungsphasen innerhalb des Mentalisierungskonzeptes

Bezeichnung	Lebensalter	Merkmal
Kontingenzphase	0-9Monate	Affektregulation durch mütterliches Biofeedback
Teleologischer Modus	9Monate -2.Lebensjahr	Zielgerichtetes Mittel-Zweck-Verhalten (Konkretismus)
Äquivalenzmodus	Ca.3.-4. Lebensjahr	Innere und äußere Realität werden gleichgesetzt
Als-ob-Modus	Ca. 5.Lebensjahr	Spielerische Repräsentationen der Realität
Mentalisieren	Ab 5.Lebensjahr	Erstes Verständnis für innerpsychische Vorgänge bei sich und Anderen
Mentalisieren in der Adoleszenz	Ab 11.Lebensjahr	Zunehmende Perspektivenverschränkung

Verwandte Konzepte, die Teilaspekte des Mentalisierens beschreiben, sind Emotionale Intelligenz, Empathie, Achtsamkeit (Mindfulness), Introspektion, psychologische Sensibilität, Rationalität und imaginative Fähigkeit (Allan et al., 2006). Damit wird im Mentalisierungskonzept die Integration diverser Ansätze vor dem Hintergrund psychodynamischen Wissens möglich. Es bietet damit ein Kommunikationsfeld zwischen den psychotherapeutischen Disziplinen, die an unterschiedlichen Dimensionen der Mentalisierung ansetzen.

Mentalisieren als multidimensionales Modell (Fonagy & Luyten, 2009)

1. Explizit versus implizit
2. Internal fokussiert versus external fokussiert
3. Selbstorientiert versus Fremdororientiert
4. Kognitiv versus affektiv

Überschneidungen zwischen strukturellen Modellen und dem Konzept der Mentalisierung sind bekannt (Müller, Kaufhold, Overbeck & Grabhor, 2006), da Mentalisierungsfähigkeit zu den komplexen Ich-Funktionen gehört“ (Schulz-Venrath, 2013), wie sie z.B. die Strukturachse der OPD und das Strukturmodell nach Kernberg ebenfalls beschreibt. „Mentalisieren“ stellt vermutlich die Matrix der durch Psychotherapie induzierten Veränderungen von Emotion und Kognition dar. Während jedoch die Struktur eher die gewachsene Persönlichkeitsorganisation ausdrückt („traits“), fokussiert das Mentalisieren auf das Wissen um emotionale und kognitive Zustände („states“) bedeutender Beziehungserfahrungen und ihre Zusammenhänge (siehe auch Diskussion).

1.4.5 Die Messung von Mentalisierungsfähigkeit

Goldstandard zur Messung der Mentalisierung ist die auf dem Adult Attachment Interview (AAI) aufbauende Reflective Functioning Scale (RF) von Fonagy und Luyten, 2008, die Antworten eines halbstrukturierten Interviews mit 20 standardisierten Fragen auf einer 11stufigen Skala bezüglich ihrer reflexiven Kompetenz einschätzt. Für eine gute Interraterreliabilität wird ein spezielles Training benötigt. Computergestützte Verfahren stammen vorwiegend aus der ToM-Forschung und beleuchten selektive Aspekte der Mentalisierung (z.B. Reading the mind in the Eyes). Fragebögen testen nachvollziehbarerweise nicht die gleichen Kompetenzen wie die Fremdbeurteilung eines Narrativs. Beispiele für die Messung von Mentalisierungsfähigkeiten sind:

Tabelle 4: Mentalisierungsbezogene Messinstrumente (nach Taubner, 2015)

Adult Attachment Interview=AAI (Reiner, Fremmer-Bombik, Beutel, Steele & Steele, 2013)	Interviewbasiert mit Reflective functioning scale
Parent Development Interview=PDI (Slade, 2005)	
Brief reflective functioning and Panic focused Interview (Rudden, Milrod, Target, Ackerman & Graf, 2006)	
Movie for the Assessment of Social Cognition=MASC (Dziobek et al., 2006)	Computergestützt
Reading the mind in the Eyes (Baren-Cohen, 2001)	
Yoni-Task (Shamay-Tsoory & Aharon-Peretz, 2007)	
Interpersonal reactivity Index (Davis, 1983)	Fragebogenform
Psychological mindness Scale (Shill & Lumley, 2002)	
Reflective functioning Questionnaire (Fonagy & Luyten, 2008)	
Mentalization Questionnaire (Hausberg et al., 2012)	

Mentalisieren als relativ junges Konzept ist nicht nur komplex, sondern in seiner empirischen Prüfbarkeit entsprechend schwer abbildbar. Nicht zuletzt ist die Qualität der Messung vom Bindungsstil, dem epistemischen Vertrauen des Untersuchten, der innerpsychischen Belastung

und allgemeinen Modulatoren wie z.B. Medikation, oder Schlafmangel abhängig (Schulz-Venrath, 2013). Es wird eine zukünftige Aufgabe sein, Messinstrumente zu entwickeln, die die Reliabilität, Validität und den klinischen Aufwand berücksichtigen.

1.5 Stationäre psychodynamische Psychotherapie

Stationäre psychodynamische Psychotherapie nimmt einen besonderen Platz ein, da sie verschiedene mentalisierungsfördernde Ansätze multimodal miteinander verbinden kann. Sie wird hauptsächlich in Deutschland und nur sehr selten in anderen Ländern praktiziert. Ihre Wirksamkeit bei Depressionen ist gut belegt (z.B. MESTA-Studie von Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007; Franz et al., 2015; Franz et al., 2000; Huber, Albrecht, Henrich & Klug, 2009; Herrmann & Huber, 2013). Metaanalysen sind aufgrund der heterogenen Untersuchungsparameter und -methoden jedoch schwer interpretierbar (Liebherz & Rabung, 2013).

Bestimmte Störungsbilder scheinen weniger zu profitieren, was Daten verdeutlichen, die belegen, dass stationäre Kurzzeittherapien für z.B. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder bestimmten Komorbiditäten (z.B. Panikstörung) weniger Effekte aufweisen (Franz et al., 2000, 2015). Berücksichtigt man Daten des Robert-Koch-Institutes Berlin, weisen ein Drittel der psychisch Erkrankten in Deutschland eine „gemischte Störung“ oder Rezidive auf. Solche Patienten benötigen häufiger stationäre Therapie und längere ambulante Therapie (Huber & Klug, 2015; Driessen et al., 2013; Rabung & Leichsenring, 2016).

Einige Arbeiten beschäftigten sich mit dem Langzeitverlauf nach psychodynamischer stationärer Therapie. Untersucht wurden dabei meist heterogene Kollektive auf soziodemographische Daten, klinische Beeinträchtigung und interpersonelle Fähigkeiten (z.B. Franke, Hoffmann & Frommer, 2005; Höflich, 2006; Huber et al., 2009; Tiemann, Heuft & Schneider, 2012). Störungsspezifische katamnestiche Untersuchungen finden sich weniger: Z.B. bei Rudolf, Jakobsen, Micka und Schumann, 2004 zu diversen Diagnosen; bei Bauer, Machold, Geyer und Plöttner, 2005 für Persönlichkeitsstörungen; bei Dinger et al., 2015 zur Depression. Danach haben somatoforme Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung und klinisch schwerere Störungsbilder einen weniger guten Outcome.

1.6 Depression und Mentalisierung/ ToM

Die Theory-of-Mind-Forschung hat sich traditionell mehr mit biologisch-psychiatrischen Störungsbildern wie Schizophrenie (Sprong, Schothors, Vos, Hox & van Engeland, 2007), Autismus und ADHS (Bora & Pantelis, 2016), zuletzt auch mit Psychopathie (Winter, Spengler, Bermpohl, Singer & Kanske, 2017) beschäftigt.

Depressive Störungen stellten ebenfalls das Ziel des Interesses dar. Aus einer aktuellen Metaanalyse (Bora & Berk, 2016), die 18 ToM-Studien zwischen 1999 und 2015 einschloss, ergibt sich, dass die Messinstrumente (z.B. RMET, MASC, False belief, Faux pas etc.), die Schwere der Depression und die Ergebnisse (eingeschränkte ToM) sehr unterschiedlich sind. Zwar ergab sich insgesamt eine signifikante Einschränkung in den einzelnen ToM-Aufgaben im Vergleich zu Kontrollgruppen ($d=0.51-0.58$), es wurden jedoch weitere Untersuchungen bezüglich Schweregrad sowie nach Remission gefordert.

Im Bereich der Mentalisierungsforschung wurde anhand des AAI und der RF differenziert Beeinträchtigungen bei depressiven Störungen gemessen: Fischer-Kern et al., 2008 zeigte an 20 Patientinnen, dass die RF bei Depression beeinträchtigt ist, jedoch nicht mit dem Schweregrad korrelierte. Außerdem wurde ein Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung der RF und stationären Aufenthalten gesehen. Eine weitere Studie von Fischer-Kern et al., 2013 wiederholte diese Untersuchung an 46 stationären depressiven Patientinnen und kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Mentalisierung deutlich beeinträchtigt ist und außerdem mit Krankheitsdauer und Anzahl der Aufenthalte korreliert. Staun, Kessler, Buchheim, Kächele und Taubner wiesen 2010 dagegen keine eingeschränkte Mentalisierung bei 20 ambulanten chronisch-depressiven Patientinnen nach. Es zeigten sich jedoch Einbrüche der Mentalisierungsfähigkeit bei depressionsspezifischen Themen. Die Studie von Frank (Frank, 2017) beschäftigt sich mit der Wirksamkeit stationärer psychodynamische Therapie auf ein Kollektiv aus gemischten Störungsbildern. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Struktur und Mentalisierungsfähigkeit. Es blieb jedoch offen, wie diese Effekte mit der klinischen Schwere und dem Verlauf von Depression zusammenhängen und wie nachhaltig sie sind bzw. ob sie im Sinne einer zunehmenden „Persönlichkeitsorganisation“ sogar weiter anwachsen.

1.7 Zusammenhänge zwischen Mentalisierungs- und Beziehungsfähigkeit

Sichere Bindung stellt wie oben ausgeführt eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung von Mentalisierungsfähigkeit dar. Diese kann im Rahmen der psychotherapeutischen Allianz gegeben sein. Die therapeutische Beziehung gilt als ein Hauptwirkfaktor von Psychotherapie (Pfammatter & Tschacher, 2016). Der Bindungsstil wirkt sich dabei auf die Beziehungsqualität und den Erfolg einer Psychotherapie aus (Hermann & Huber, 2013). Das Bedürfnis nach Bindung ist jedoch angeboren und drückt sich auch in dem Streben nach Partnerschaft aus. Beziehungsstörung und Scheidung erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken (Hahlweg & Baucom, 2008). Beziehungsqualität in der Partnerschaft und das Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, zeigen einen deutlichen Zusammenhang (Whisman, 2007). Ein Einbruch der Mentalisierungsfähigkeit wurde spezifisch bei Themen von Trennung und Verlust beobachtet (Staun et al., 2010). Partnerschaft, Trennung und Partnerschaftsqualität können also als möglicher Einflussfaktor betrachtet werden und sollen deshalb in dieser Untersuchung eine besondere Aufmerksamkeit erhalten.

Fazit

Bei sehr hoher Komorbidität und Chronizität von depressiven Störungen scheint das genauere Wissen um die jeweilige Morphologie und den darauf bezogenen Therapieansatz im Sinne eines holistischeren Behandlungsansatzes von großer Bedeutung zu sein. Möglicherweise wirkt sich die Fähigkeit zur stabilen bzw. ausreifenden Mentalisierung auf die gesamte Persönlichkeitsorganisation aus, welche sich aus dem Spannungsfeld zwischen gut vernetzten und desorganisierten „mental states“ (Beziehungserfahrungen) ergibt. „Problemstates“ (Symptomträger), ihre anpassungsbedingten Mentalisierungsdefizite und ihre Integration könnten das zukünftige Ziel therapeutischer Bemühung darstellen. Hierfür ist jedoch eine bessere Kenntnis der „Mentalisierung“ als messbarer Größe und gemeinsamer Zielkomponente von Psychotherapie notwendig, welche durch diese Arbeit erweitert werden soll.

2. Fragestellung

1. Wie entwickelt sich Struktur und Mentalisierung im Langzeitverlauf bei unterschiedlicher depressiver Symptomatik und insbesondere bei chronischer Depression?

2. Was sind wesentliche Prädiktoren für die Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit im Langzeitverlauf?

a) Klinische Variablen: Depressionsschwere (PHQ9-Wert), Angstsymptomatik (GAD7-Wert), psychosomatische Belastung (PHQ15-Wert), Struktur (IPO16-Wert)

b) Soziodemographische und klinische Daten: Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Suizidversuch, psychiatrische/ psychosomatische/ ambulante Vorbehandlung, Mittleres Alter

3. Haben Partnerschaft, Veränderungen in der Partnerschaft (Trennung, neuer Partner, Lebensform), Partnerschaftsqualität und ambulante Therapie einen moderierenden Einfluss auf die Mentalisierung?

3. Methodik

3.1 Beschreibung der stationären psychodynamischen Therapie

Die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums München- Harlaching bietet Platz für 56 stationäre und 18 teilstationäre Patienten. Hier arbeiten Ärzte mit überdurchschnittlich hohem Facharztanteil (>80%), Psychologinnen, Pflegekräfte und Spezialherapeuten verteilt auf drei Stationen und die Tagesklinik (Stand 2018). Den Schwerpunkt bilden Einzel- und Gruppengespräche (1/2x75min/ Woche), ergänzt je nach Störungsbild durch weitere multimodale Elemente.

Tabelle 5: Therapieelemente aus der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie München-Harlaching

Körperärztliche Visiten	Physikalische Therapie	Achtsamkeitsgruppe	Kochgruppe
Gespräche mit der Pflege	Wassergymnastik	Entspannungsgruppe	Essbegleitung
Kunsttherapie	Yoga	Fertigkeitengruppe	Kreatives Schreiben
Konzentrierte Bewegungstherapie	Tanzgruppe	Soziales Kompetenztraining	Imaginationsgruppe
Paar-/Familiengespräch	Klettergruppe	Gruppe Arbeit und Beruf	Symptombewältigungsgruppe
Beratung Sozialarbeiter	Sport-/Bewegungsgruppe		Musikgruppe

Störungsorientierte Angebote bestehen für Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen und arbeitsbezogene Störungen. Depressionen bilden den größten Anteil der Diagnosen, „...das Paradebeispiel der Störungsgruppe, an der die psychoanalytische Technik maßgeblich entwickelt wurde (...).“ (Huber & von Rad, 2011). Häufig finden sich neben der behandlungsführenden Diagnose mehrere Komorbiditäten. Ausschlussdiagnosen sind Sucht, Psychosen, schwere körperliche Erkrankung und Demenz. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 8 Wochen.

Grundlage der Behandlung bildet die psychodynamische/ analytische Therapie, die jedoch individuell modifiziert und je nach Störungsbild durch verhaltenstherapeutische, systemische, körpertherapeutische und nonverbale Ansätze ergänzt wird (s.o.). In Bezug auf spezifische Techniken (Huber & von Rad, 2011)

„lässt sich zum theoretischen Hintergrund unseres Behandlungskonzeptes sagen, dass die Kombination von Elementen aus den unterschiedlichen Ansätzen der interaktionellen Therapie, der übertragungsfokussierten Psychotherapie und der mentalisierungs-basierten Therapie sehr komplex ist. Allen Ansätzen gemeinsam ist die Absicht, die selbst-reflexiven Fähigkeiten zu fördern (...). (S.32).

Mentalisierungsbasierte Therapie beinhaltet in diesem Fall die offene empathische Haltung, Affektspiegelung und -differenzierung, Containing, Realitätsprüfung und Perspektivwechsel auf der Basis einer sicheren therapeutischen Beziehung. Einschränkend ist zu sagen, dass für Borderline- und Essstörungen zwar prinzipiell manualisierte MBT zur Verfügung steht, in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie jedoch keine Manuale verwendet werden. Für Depressionen liegt zum aktuellen Zeitpunkt keine manualisierte MBT vor.

3.2 Studiendesign

Es handelte sich um eine naturalistische nicht-kontrollierte, nicht randomisierte Katamnesestudie mit insgesamt drei Messzeitpunkten, nämlich präklinisch (Prä), bei Entlassung (Post) und nach einem katamnestischen Zeitraum von 1-3 Jahren (Kat). Die Daten für die Untersuchung wurden aus Aktensichtung und Selbstbeurteilungsinstrumenten gewonnen. Verlaufsstudien erlauben zum einen Aussagen über das Vorher und Nachher (Behandlungserfolg), als auch über die Entwicklung von spezifischen Merkmalen im longitudinalen Verlauf. Studien, die Katamnesezeiträume von über einem Jahr beinhalten, sind relativ selten, jedoch gerade bei rezidivierenden Erkrankungen wie der Depression besonders wichtig.

3.3 Vorgehen

Für die beabsichtigte Untersuchung wurden 552 Patientenakten aus dem Zeitraum 3/2013-3/2016 gesichtet. Regelmäßig füllten die Patienten bei Aufnahme und Entlassung Fragebögen zu personenbezogenen Daten, den PHQ9, PHQ 15, GAD7, IPO-16 und den MZQ (s.u.) aus. Die ICD10-Diagnose der Depression wurde aufgrund der unsicheren Interraterreliabilität bei unter-

schiedlich ausgeprägtem Rückgriff auf die standardisierten Messinstrumente und der eventuellen Beeinflussung durch wirtschaftliche Aspekte zugunsten des PHQ-9-Wertes zurückgestellt. Eingeschlossen in die Untersuchung wurden 544 Probanden, deren Prä- oder Post-PHQ-Wert ≥ 5 betrug, deren Prä-/ Post-Daten vollständig vorlagen, bzw. mind. 80% der Items ausgefüllt und die sich mindestens zwei Wochen in Behandlung befunden hatten.

Die katamnestische Untersuchung erfolgte ab 3/2017 mittels Postsendung, diese enthielt:

1. Persönliches Anschreiben
2. Fragen zu personenbezogenen Daten
3. Patients Health Questionnaire 9 (PHQ9), Patients Health Questionnaire 15 (PHQ15), Generalized Anxiety Disorder (GAD7)
4. 16 Items-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16)
5. Mentalization Questionnaire (MZQ)
6. Partnerschaftsfragebogen (PFB-K)

Zur Steigerung der Rücklaufquote erfolgten nach zwei Monaten bis zu fünf telefonische Kontaktversuche pro Patient. Zudem wurde ein persönlicher Termin und auf Wunsch Hilfestellung bei der Therapeutensuche angeboten. Alle Patienten, die innerhalb von 4 Monaten nicht antworteten, erhielten ein zweites Anschreiben. Bei 40 Patienten war keine aktuelle Adresse vorhanden bzw. ermittelbar, diese Patienten wurden ausgeschlossen. Bei Sichtung des Rücklaufes wurden zwei Patienten wegen Todesfall (n=1) und Psychose (n=1) ausgeschlossen. 38 Patienten verweigerten die Teilnahme, 160 Patienten antworteten nicht.

Auf diese Weise wurden 304 Antworten gewonnen. Weitere vier Patienten mussten wegen Antworteinseitigkeit (n=1) und mehr als 20% fehlender Items (n=3) ausgeschlossen werden, es flossen die Daten von n=300 Patienten (60%) in die Katamneseuntersuchung ein. Chronische Depressionen wurden unter nachträglicher Sichtung der Patientenakten nach den DSM-Kriterien (anhaltende depressive Symptomatik, länger als 2 Jahre bei Aufnahme, PHQ Prae >10) als eigene Gruppe (n=48) unterschieden.

3.4 Messinstrumente

3.4.1 Patients Health Questionnaire 9 (PHQ9), Patients Health Questionnaire 15 (PHQ15), Generalized Anxiety Disorder (GAD7)

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten ist ein Screeningverfahren, welches zur Diagnostik psychischer Störungen auf der Basis des DSM-IV konzipiert wurde. Als Weiterentwicklung des „Primary Care Evaluation of Mental Disorders“ (PRIME-MD, Spitzer, Williams, Kroenke, Linzer, de Gruy, Hahn et al.1994) erlaubt dieses Selbstratingverfahren seit seiner Publikation 1999 bzw. der deutschen (D) Version PHQ-D durch Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004, die Erfassung von acht psychischen Störungen (Major Depression, Panikstörung, Bulimia nervosa/ andere depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Alkoholabusus, Binge Eating). Mittlerweile gilt der PHQ als Standardinstrument in den USA sowie in Europa.

Neben der kategorialen Diagnostik können der PHQ9 (Depressionsmodul) und PHQ15 (Somatisierungsmodul) auch dimensional, das heißt nach Schweregrad ausgewertet werden. Für die Major Depression besteht bei psychosomatisch-psychotherapeutischen Patienten eine Sensitivität von 95% und eine Spezifität von 86% (Gräfe et al. 2004). Die interne Konsistenz betrug $\alpha = 0.88$ für die Depressions- und bei der Somatisierungsskala $\alpha = 0.79$. Der Skalensummenwert beim PHQ9 variiert über 0-27 Punkte.

Tabelle 6: Auswertung des PHQ9

Schwere der Symptomlast	Berechneter Skalensummenwert
Keine Depression	0-4
Leichte Depression	5-9
Moderate Depression	10-14
Mittlere Depression	15-19
Schwere Depression	20-27

Die Somatisierungsskala erstreckt sich bei 15 Fragen (13 häufige Symptome + Müdigkeit/ Erschöpfung +Schlafstörung aus PHQ9) über 0-30 Punkte. Die somatische Symptomschwere lag bei psychosomatischen Patienten im Mittel bei 9,7 Punkten (Gräfe et al., 2004).

Tabelle 7: Auswertung des PHQ15

Schwere der Somatisierung	Berechneter Skalensummenwert
Kaum Somatisierung	0-4
Milde Somatisierung	5-9
Mittlere Somatisierung	10-14
Schwere Somatisierung	15-30

Der GAD 7 (Generalized Anxiety Disorder) wurde als zusätzliches Modul zur Erfassung und Schweregradbestimmung von Angststörung, sozialer Phobie, PTSD und Panikstörung durch Spitzer, Kroenke und Williams, 2006 konzipiert und orientiert sich ebenfalls am DSM-IV.

Bei 7 Fragen können insgesamt 0-21 Punkte erreicht werden, wobei 5 für eine milde, 10 für eine mittlere und 15 Cutpoints als schwere Angststörung angesehen werden. Die Sensitivität betrug 89% und die Spezifität 82%. Die interne Konsistenz belief sich auf $\alpha=0.92$. Der GAD 7 wurde von der Arbeitsgruppe des DSM-5 als Messinstrument für die Schwere einer Angstsymptomatik empfohlen.

Tabelle 8: Auswertung des GAD7

Schwere der Angstsymptomatik	Berechneter Skalensummenwert
Kaum Ausprägung	0-4
Milde Ausprägung	5-9
Mittlere Ausprägung	10-14
Schwere Ausprägung	15-21

3.4.2 16 Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16)

Das ursprüngliche IPO mit 57 Items wurde 1984 von Kernberg et al. entwickelt und basiert auf seinem strukturierten Interview zur Erfassung und Differenzierung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Über die drei Kategorien Identitätsdiffusion, Reife der Abwehrmechanismen und die Fähigkeit zur Realitätsprüfung wurden Neurotische, Borderline- und psychotische Struktur voneinander unterschieden. Dabei beinhalten die drei Dimensionen verschiedene Aspekte psychischer Struktur. Die Identitätsdiffusion drückt sich aus in der Unfähigkeit widersprüchliche Selbst- und Fremdrepräsentanzen bewusst wahrzunehmen und zu integrieren (Beispiel: „Ich verhalte mich so, dass es anderen unberechenbar und sprunghaft vorkommt.“). Unreife Abwehrmechanismen zeigen sich in Spaltung, Verleugnung und projektiver Identifikation, während Rationalisierung und Verdrängung in das reifere Spektrum gehören (Beispiel: Wenn andere mich erfolgreich sehen, fühle ich mich in Hochstimmung; wenn sie mich dagegen scheitern sehen, fühle ich mich am Boden zerstört.“). Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung beinhaltet die Unterscheidung zwischen Selbst und Anderen sowie inneren und äußeren Reizen (Beispiel: „Ich bin mir nicht sicher, ob eine Stimme, die ich gehört habe oder etwas, was ich gesehen habe, Einbildung ist oder nicht.“).

Zimmermann et al., 2013 generierten eine deutschsprachige Kurzfassung mit 16 Items als Selbstbeurteilungsfragebogen. Der IPO-16 dient der strukturellen Diagnostik und zeigt nicht nur eine gute Validität und interne Konsistenz, sondern auch hohe Vorhersagekraft bezüglich des klinischen Schweregrades. Zudem ist die Parallele zur OPD deutlich, die mäßige, geringe und desintegrierte Strukturachsen beschreibt. Der IPO-16 korreliert hoch mit anderen Selbstbeurteilungsverfahren wie dem OPD-SF (Ehrental, Dinger, Schauenburg, Horsch & Dahlbender, 2015) und BPI (König, Dahlbender, Holzinger, Topitz & Doering, 2016). Die Normierung durch Zimmermann, Benecke, Hörz-Sagstetter und Dammann, 2015 ergab einen Mittelwert von 1.87 für die Allgemeinbevölkerung, wobei geringe aber signifikante Abweichungen in Bezug auf Alter und Geschlecht differenziert und berücksichtigt wurden. Von einer strukturellen Beeinträchtigung wird ab einem Mittelwert von 2.44 ausgegangen.

3.4.3 Mentalization Questionnaire (MZQ)

Der MZQ wurde 2012 als Selbstscreeninginstrument von der Hamburger Arbeitsgruppe Hausberg et al. publiziert. Vorher existierte lediglich das sehr komplexe und zeitaufwendige Verfahren der „Reflexive Functioning Scale“ (RF), ein Expertenrating auf der Basis des „Adult Attachment Interview“ (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998). Für das Design des MZQ wurden zunächst passende Fragen teils aus Fallstudien, teils aus der deutschen Ausgabe der RF ausgewählt und über eine erste Anwendung und durch ein MBT-Expertengremium weiter an das Konzept der Mentalisierung angepasst und auf insgesamt 15 Items konzentriert. Umso höher der Punktwert (max. 75Punkte), umso geringer die Mentalisierungsfähigkeit. Die Faktorenanalyse erbrachte vier Subskalen: Selbstreflexion, Affektive Selbstwahrnehmung, Äquivalenzmodus und Affektregulation. An zwei großen Stichproben (n1=97 psychiatrische Patienten; n2=337 psychosomatische Patienten) wurde die Validierung und statistische Analyse über drei Messzeitpunkte durchgeführt. Die interne Konsistenz als Maßstab der Reliabilität war mit $\alpha=0.81$ insgesamt befriedigend, für die Subskalen allerdings geringer ($\alpha=0.54-0.72$). Die Sensitivität für Veränderung zeigte in n1 einen großen, in n2 einen mittleren Effekt. Eine weitere Studie aus Holland (Pleuni, 2016) validierte den MZQ an 173 forensischen Patienten. Die Faktorenanalyse verhielt sich unidimensional, zudem wurde im Vergleich mit anderen Konzepten (Empathie, Mindfulness, Alexithymie) eine Verschiebung zur kognitiven Seite der Mentalisierung postuliert. Der MZQ wurde bereits bei vielfältigen Fragestellungen angewendet: Mentalisierung bei Essstörungen (Innamorati, Imperatori, Harnic, Erbuto, Patitucci & Janiri, 2017), Mentalisierung als Prädiktor für antisoziale Persönlichkeitsstörung (Pleuni, 2016), Verlaufskontrolle bei Therapie von Borderline Persönlichkeitsstörungen (Falconer, Cutting, Davies, Hollis, Stallard & Moran, 2017), Mentalisierung und Neurofeedback (Imperatori et al., 2017) und Mentalisierung im EEG/ Default-Network-Aktivität (Farina, DellaMarca, Maestoso, Amoruso, Valenti & Carbone, 2018).

Obwohl der „Als-ob-Modus“ wenig Berücksichtigung fand, konnte der MZQ in seiner Kürze zumindest unidimensional wichtige Aspekte der Mentalisierungsfähigkeit abbilden und ist damit sowohl praktisch als auch konzeptuell für ein großes Patientenkollektiv geeignet.

3.4.4 Partnerschaftsfragebogen Kurzform (PFB-K)

Der Partnerschaftsfragebogen (PFB) wurde 1996 von am MPI München als mehrdimensionaler, differenzieller Selbstbeurteilungsfragebogen zur Partnerschaftsqualität entwickelt und im

Hogrefe-Verlag veröffentlicht (Hinz, Stöbel-Richter & Bröhler, 2001). Die initial 30 Items beleuchten drei Skalen (Streitverhalten, Zärtlichkeit, Gemeinsamkeit/ Kommunikation) und bezieht sich auf Gottmans Untersuchung zur partnerschaftlichen Stabilität (Gottman, 1998). Gottman konnte nachweisen, dass das beobachtete Verhalten der Partner in einem Verhältnis von 5:1 (5 günstige Interaktionen: 1 negativen Interaktion) glückliche und dauerhafte Partnerschaft ausmacht. Dabei spielt die Wahrnehmung, Einstellungen und Erwartungen in Bezug auf die Bewertung eine wichtige Rolle. Mit der Sammlung von ca. 300 Fragen zu international anerkannten Determinanten wurde begonnen, anschließend reduzierten sechs Experten den Pool auf 169 Fragen mit 16 unterschiedlichen Bereichen (z.B. Befürchtungen, Zärtlichkeit, Haushalt, Freunde...etc). Eine Reduktionsstudie und eine Kreuzvalidierungstudie dienten der Faktorenanalyse und der Ermittlung von Mittelwerten und Standardabweichung. Nach zwei repräsentativen Normierungsstichproben ($n_1=534$; $n_2=1580$) wurde der PFB in mehreren Studien bezüglich seiner psychometrischen Kennwerte überprüft.

Der PFB-K wurde 2012 als Kurzform von Kliem et al. entwickelt. Er besteht aus zehn Fragen (jeweils drei zu einer Subskala und eine Frage zur globalen Zufriedenheit), es können maximal 27 Punkte erzielt werden, der Cut-off liegt bei 10 Punkten. Die Subskalen werden nunmehr nicht mehr getrennt betrachtet, es werden jedoch mit einer Sensitivität von 0.91 und einer Spezifität von 0.74 zufriedene von unzufriedenen Partnern unterschieden. Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = 0.84$. Der Gesamtmittelwert von 18,6 war unabhängig von Alter und Geschlecht.

3.4.5 Allgemeine Fragen zu Therapie, Beziehungsstatus und Befinden

Fünf weitere Fragen wurden formuliert, um Informationen bezüglich der Fortführung der Therapie und dem Partner-/Beziehungsstatus zu erhalten. Diese wurden von Fragen nach der subjektiven Befindlichkeit und der rückblickenden Einschätzung der stationären Therapie flankiert (siehe Anhang).

3.5 Stichprobenbeschreibung: Soziodemographische und klinische Daten

Tabelle 9: Soziodemographische und klinische Daten n= 504

	Anzahl (Gesamt=504)	Prozent (%)
Geschlecht	W=371; m= 133	W= 73,6; m= 26,4
Familienstand	Ledig: 311	61,7
	Verheiratet: 118	23,4
	Geschieden: 70	13,9
	Verwitwet: 5	1,0
Schulabschluss	Schulpflichtig: 4	0,8
	Sonderschule: 1	0,2
	Hauptschule: 79	15,7
	Realschule: 149	29,6
	Abitur: 261	51,8
	Ohne Abschluss: 5	0,8
Suizidversuch	Ja: 56	11,1
	Nein: 439	87,1
Psychiatr. Vorbehandlung	Ja: 101	20,0
	Nein: 399	79,2
Psychosom. Vorbehandlung	Ja: 152	30,2
	Nein: 332	65,9
Amb. Psychotherapie	Ja: 412	81,7
	Nein: 89	17,7
Mittleres Alter: 38, 34 Jahre; Standartabweichung 12,75 Jahre		

3.6 Statistische Methoden

Die Eingabe der Daten erfolgte in SPSS Version 23.0, die Kontrolle der Eingaben erfolgte über Stichproben und Vergleich mit den Fragebögen. Die fehlenden (maximal 30%) bzw. doppelt gekreuzten Items wurden durch den Mittelwert der übrigen Items ersetzt. Freie Fragen wurden in entsprechende Variablen umgeformt. Zum besseren Vergleich wurden die Summenscores aus den PHQ-Fragebögen und dem PFB-K ebenfalls auf fünf als Maximum standardisiert, wobei die Effektstärken unbeeinflusst bleiben. Die Stichprobe $n=300$ wurde per Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung getestet. Die Normalverteilung der Variablen bestätigte sich anhand des Histogramms, sodass von einer Nutzung nonparametrischer Tests abgesehen werden konnte. Die Prüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten (PHQ, IPO-16, MZQ) erfolgte mit dem t-Test für verbundene Stichproben. Das Signifikanzniveau wurde zunächst bei 5% ($p \leq 0,05$) festgelegt. Vor der Durchführung der Signifikanztests wurde die Fragestellung als Hypothese umformuliert und die Möglichkeit eines Fehlers 1. Art geprüft. Nach der Bonferroni-Korrektur ergab sich mit maximal $n=14$ Tests an der gesamten Stichprobe eine Notwendigkeit der Anpassung des Signifikanzniveaus auf $0,05/14=0,0036$. Die Effektstärke und ihre statistische Signifikanz errechneten sich aus der Standardabweichung nach Cohen d . Dementsprechend gilt 0,2-0,5 als kleiner, 0,5-0,8 als mittlerer und größer 0,8 als starker Effekt.

Die Bestimmung der Prädiktorvariablen (z.B. soziodemographische Daten) erfolgte durch lineare Regressionen. Die Korrelationsanalyse erfolgte nach Spearman.

Vor der Durchführung der Testverfahren wurde die Gleichheit der Varianzen in den unterschiedlichen Gruppen geprüft (Levene-Test) und ergaben eine Homoskedastizität (Gleichheit der Varianzen). Die Ergebnisse können somit gut interpretiert werden.

4. Ergebnisse

4.1 Wie entwickelt sich Struktur und Mentalisierung im Langzeitverlauf bei unterschiedlicher depressiver Symptomatik und insbesondere bei chronischer Depression?

Als Ausgangskollektiv wurden Gruppen nach Schwere der depressiven Symptomatik über den PHQ9 vor Aufnahme gebildet. Es wurde zunächst untersucht, wie sich die Schwere der Symptomatik auf die Gesamtgruppe verteilt. Dabei war der Anteil von mittleren und schweren Depressionen (PHQ9 > 15) mit mehr als zwei Drittel deutlich überwiegend vertreten.

Tabelle 10: Depressionsspektrum bei Aufnahme

Vergleichsgruppe	n	Prozent %
Milde Depression	32	10,7
Moderate Depression	59	19,7
Mittlere Depression	92	30,8
Schwere Depression	117	38,8

Insgesamt wurde die Diagnose einer mittelgradigen Depression am häufigsten vergeben, eine schwere Depression eher selten. Das subjektive Beschwerdebild des Selbstbeurteilungsverfahrens zeigte also eine größere Differenziertheit.

Tabelle 11: Verteilung der Diagnosen n=300

Vergleichsgruppe nach PHQ9	n	Diagnosen n (%)
Milde Depression	32	F32.1: 8 (26,6) F32.2: 1 (3,3) F33.1: 14 (46,6) F33.2: 0 F34: 1(3,3)
Moderate Depression	59	F32.1: 18 (30,5) F32.2: 1 (1,6) F33.1: 33 (55,9) F33.2: 1 (1,6) F34:1 (1,6)
Mittlere Depression	92	F32.1: 19 (20,6) F32.2:4 (4,3) F33.1: 54 (58,7) F33.2: 9 (9,7) F34: 9 (9,7)
Schwere Depression	117	F32.1: 24 (20,5) F32.2: 3 (2) F33.1: 72 (61,5) F33.2: 11 (9,4) F34: 12 (10,2)

Die Stichprobe n=300 zeigte in Bezug auf die soziodemographischen und klinischen Daten große Ähnlichkeit mit der Gesamtstichprobe n=504, was für eine hohe Repräsentativität steht.

Tabelle 12: Soziodemographische und klinische Daten n=300

	Anzahl (Gesamt=300)	Prozent (%)
Geschlecht	W=229; m= 71	W= 76,3; m= 23,7
Familienstand	Ledig:151 Verheiratet: 79 Geschieden: 45 Verwitwet:5	57,0 26,3 15 1,7
Partnersituation	Kein fester Partner: 136 Partner getrennt lebend: 54 Partner zus. lebend: 105	45,3 18,0 35
Schulabschluss	Schulpflichtig: 2 Sonderschule:1 Hauptschule:43 Realschule:82 Abitur:167 Ohne Abschluss: 1	0,7 0,3 14,3 27,3 55,7 0,3
Suizidversuch	Ja:31 Nein: 264	10,3 88
Psychiatr. Vorbehandlung	Ja:54 Nein: 245	18,0 81,7
Psychosom. Vorbehandlung	Ja: 87 Nein: 202	29,0 67,3
Amb. Psychotherapie	Ja: 245 Nein: 53	81,7 17,7
Mittleres Alter: 39 Jahre; Standartabweichung 12 Jahre		

Anschließend wurde der PHQ9 in seinem Langzeitverlauf in den verschiedenen Gruppen untersucht: Die Abnahme der depressiven Symptomatik stellte sich über die drei Messzeitpunkte Prae, Post und Kat in den Mittelwerten deutlich dar, lediglich in der Gruppe der leicht und moderat Depressiven ergab sich eine Mittelwertsverschlechterung vom Post- zum Kat-Messzeitpunkt: Dabei muss beachtet werden, dass die Veränderung für den Prae-Post-Zeitraum in allen Gruppen signifikant wurde ($p \leq 0,001$), im Post-Kat-Zeitraum jedoch in keiner Gruppe.

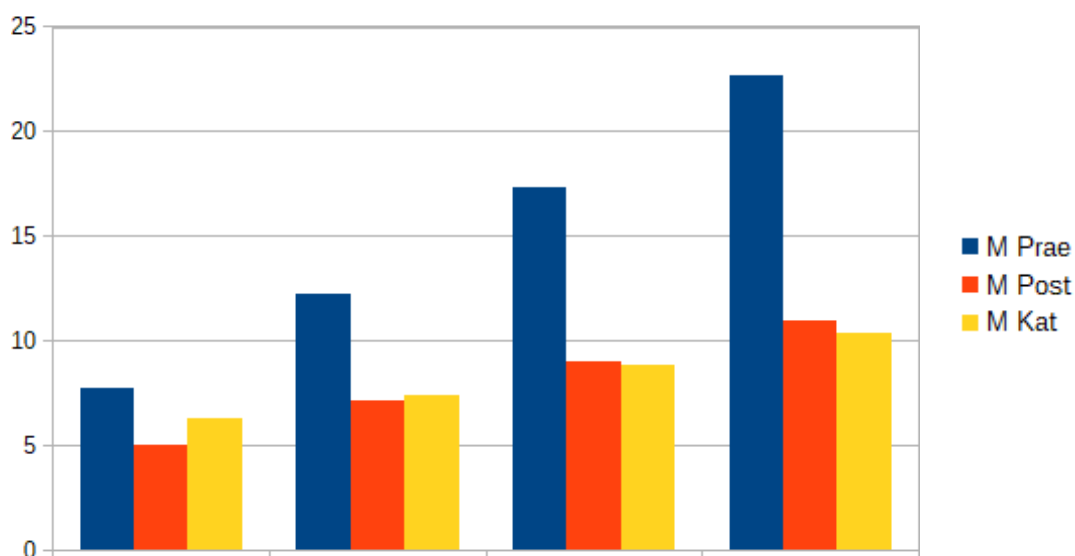


Abbildung 2: Depressive Symptomatik (PHQ9) prä/post/kat

Wie unten dargestellt, zeigte sich bei zunehmender Schwere der Depression auch eine Erhöhung der klinischen Symptomlast in Bezug auf Angst und Somatisierung sowie des strukturellen Defizites. Der Cut-off-Wert für eine schwere Symptomatik lag für Somatisierung bei $\text{PHQ15} \geq 15$ Punkten, beim $\text{GAD7} \geq 15$ und beim $\text{IPO-16} \geq 2,44$. Diese Werte erreichten nur Patienten aus der Gruppe der schwer Depressiven.

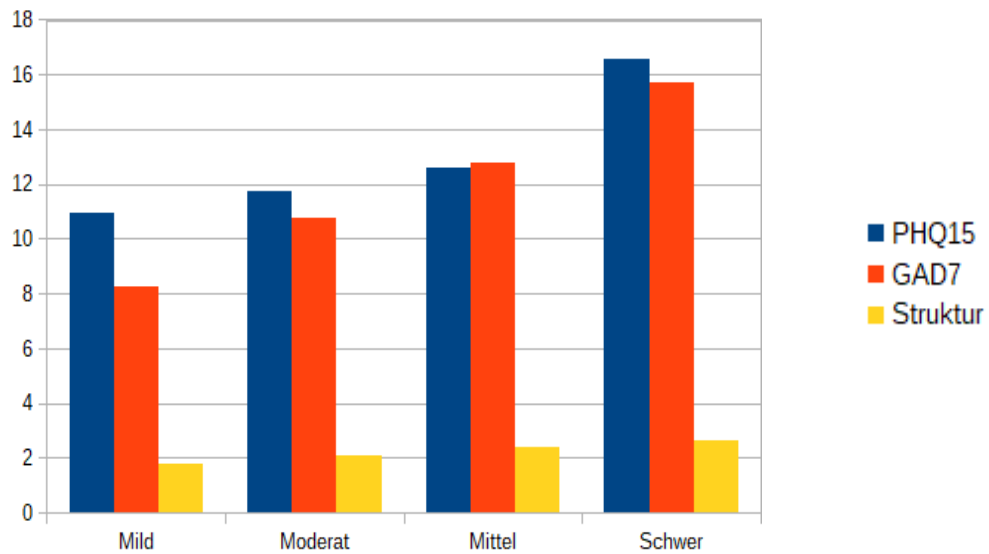


Abbildung 3: Symptomlast der Gruppen

4.1.1 Strukturelle Entwicklung nach IPO-16 im Langzeitverlauf

Die Abnahme des strukturellen Defizites ergab sich für die vier Gruppen über drei Messungen (Prae/ Post/ Kat) nach Mittelwerten wie folgt:

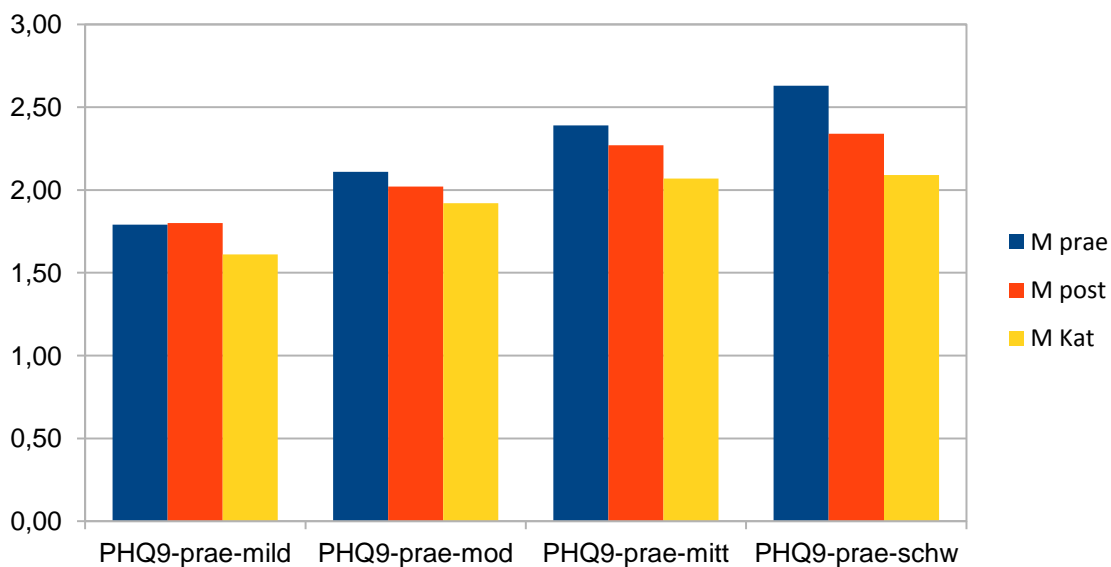


Abbildung 3: IPO-16- Werte Prä/Post/Kat

Die strukturelle Beeinträchtigung reduzierte sich im Zeitraum der stationären Therapie nur bei schwer depressiven Patienten signifikant. Es ergab sich dabei eine Effektstärke von 0,49.

Tabelle 13: Strukturelle Veränderung Prä/ Post

Vergleich	Mittelwertsunterschiede (Standartabweichung)				Effektstärke	Signifikanz
	Prä		Post			
IPO16-Prae-Post Mild	1,76	(0,42)	1,83	(0,49)	-0,13	0,441
IPO16-Prä-Post Moderat	2,11	(0,5)	2,02	(0,4)	0,2	0,183
IPO16-Prä-Post Mittel	2,39	(0,60)	2,27	(0,5)	0,22	0,019
IPO16-Prä-Post Schwer	2,63	(0,57)	2,34	(0,58)	0,49	0,00

Anschließend wurde auch der Katamnesezeitraum in Bezug auf die Abnahme des strukturellen Defizites untersucht. Es ergab sich bei mittlerer und schwerer Symptomatik eine signifikante Verbesserung der Struktur mit Effektstärken von 0,37 bzw. 0,43.

Tabelle 14: Strukturelle Veränderung Post/ Kat

Vergleich	Mittelwertsunterschiede (Standartabweichung)				Effektstärke	Signifikanz
	Post		Kat			
IPO16-Post-Kat Mild	1,83	(0,49)	1,64	(0,45)	0,4	0,037
IPO16-Post-Kat Moderat	2,02	(0,4)	1,92	(0,48)	0,23	0,096
IPO16-Post-Kat Mittel	2,27	(0,5)	2,07	(0,58)	0,37	0,00
IPO16-Post-Kat Schwer	2,34	(0,58)	2,09	(0,59)	0,43	0,00

4.1.2 Mentalisierung im Langzeitverlauf

Ganz ähnlich erfolgte nun das Vorgehen, um die Abnahme des Mentalisierungsdefizites messbar zu machen. In den Mittelwerten konnten bereits deutliche Erfolge sichtbar werden.

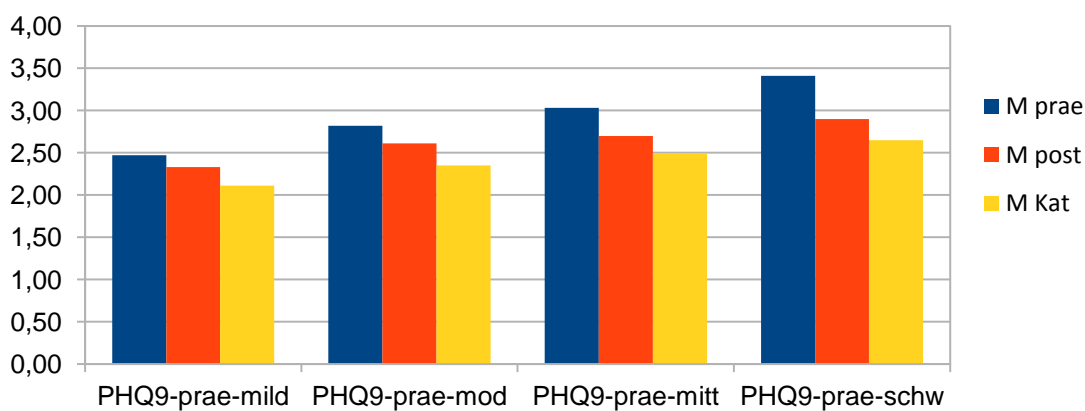


Abbildung 4: Mentalisierung im Langzeitverlauf nach Mittelwerten

Statistisch signifikant wurden im Zeitraum des stationären Aufenthaltes die MZQ-Wert-Veränderungen von mittel und schwer depressive Patienten. Die Effektstärke bewegte sich im mittleren bis hohen Bereich.

Tabelle 15: Mentalisierung Prä/ Post

Vergleich	Mittelwertsunterschiede (Standartabweichung)				Effektstärke Prä-Post	Signifikanz
	Prä		Post			
MZQ-Prä-Post Mild	2,46	(0,73)	2,35	(0,73)	0,15	0,455
MZQ-Prä-Post Moderat	2,82	(0,63)	2,61	(0,6)	0,34	0,047
MZQ-Prä-Post Mittel	3,03	(0,65)	2,7	(0,56)	0,54	0,00
MZQ-Prä-Post Schwer	3,41	(0,66)	2,9	(0,71)	0,74	0,00

Im Katamnesezeitraum konnte sich die Mentalisierung nur bei schwer depressiven Patienten weiter verbessern.

Tabelle 16: Mentalisierung Post/ Kat

Vergleich	Mittelwertsunterschiede (Standartabweichung)				Effektstärke	Signifikanz
	Post		Kat			
MZQ-Post-Kat Leicht	2,35	0,73	2,13	0,73	0,3	0,109
MZQ-Post-Kat Moderat	2,61	(0,6)	2,35	(0,64)	0,42	0,011
MZQ-Post-Kat Mittel	2,7	(0,56)	2,49	(0,79)	0,31	0,004*
MZQ-Post-Kat Schwer	2,90	(0,71)	2,65	(0,82)	0,33	0,00

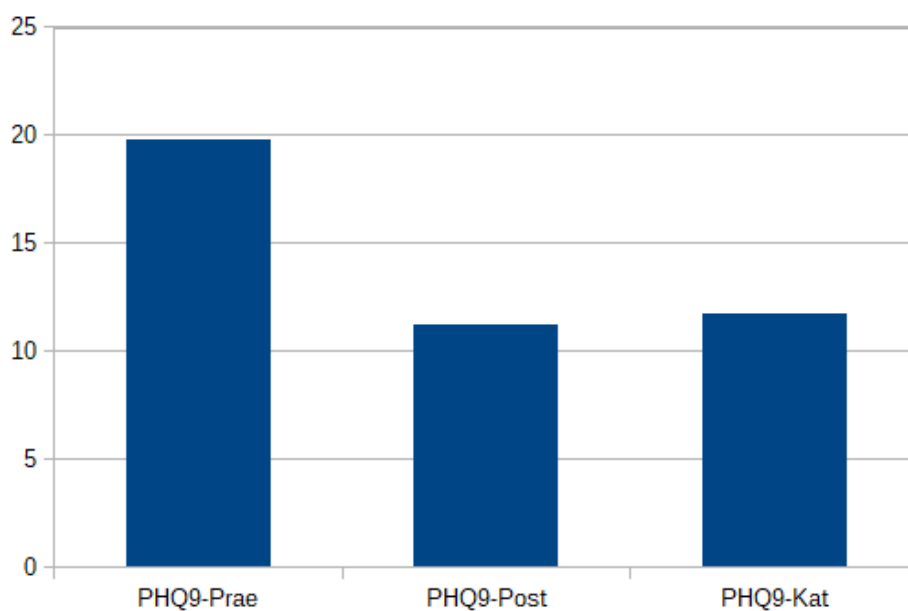
* laut der Bonferoni-Korrektur $\alpha = 0.0036$ nicht signifikant

4.1.3 Chronische Depression (CD)

Charakterisierung der Untergruppe CD

Nochmals gesondert wurden Patienten betrachtet, die bei Aufnahme einen PHQ \geq 10 aufwiesen, mehr als zwei Jahre unter einer depressiven Symptomatik litten und deren Symptomatik als „anhaltend“ bezeichnet wurde. Es ergaben sich n=48 chronisch depressive Patienten.

Abbildung 5: Der mittlere PHQ9-Wert Prä/ Post/ Kat bei CD



Für den Vergleich der Selbst- bzw. Fremdbeurteilung ergab sich ein ähnliches Ergebnis wie für die Gesamtstichprobe: Es wurden ungleich mehr Diagnosen aus dem mittleren Bereich vergeben.

Tabelle 17: Diagnosenverteilung bei chronisch Depressiven

Symptomatik n. PHQ9	Diagnosen n (%)
Milde Depression (n=2)	F32.1: 5 (10,4)
Moderate Depression (n=3)	F32.2: 4 (8,3%)
Mittlere Depression (n=16)	F33.1: 33 (68,7)
Schwere Depression (n=27)	F33.2: 5 (10,4)
	F34.1: 18 (37,5)

Der initiale Mittelwert mit PHQ9=19,75 lag im Grenzbereich zur schweren Symptomatik. Während des stationären Aufenthaltes zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Depression $p \leq 0,001$. Es ergab sich allerdings hinsichtlich des Mittelwertes für den Post-Kat-Zeitraum (post=11,17; kat= 11,7) eine Verschlechterung der Depression, die allerdings nicht statistisch signifikant wurde.

Die initiale komorbide Symptomlast, ausgedrückt an der Somatisierung (PHQ15), der Angstsymptomatik (GAD7) und der Struktur (IPO16), zeigte bei der Gruppe der chronisch depressiven Patienten beim GAD7 mit $M=14,7$ und PHQ15 $M=14,39$ eine Ausprägung im mittleren bis schweren Bereich, sowie bei einem IPO-16 $M=2,56$ ein hohes Ausmaß struktureller Beeinträchtigung.

Mentalisierung und Struktur bei chronisch Depressiven

Die Mentalisierung (gemessen mittels MZQ) und Struktur (IPO-16) bei chronischer Depression kann im Langzeitverlauf nach Mittelwerten wie folgt dargestellt werden

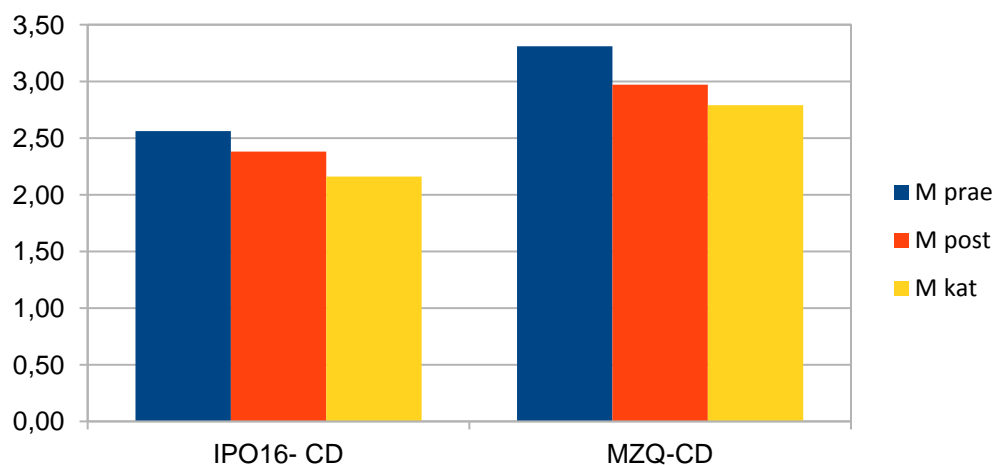


Abbildung 6: IPO16-Werte und MZQ-Werte chronisch Depressiver prä/ post/ kat

Dabei zeigte sich eine signifikante Veränderung von $p \leq 0,004$ für den Rückgang der Mentalisierungsdefizite während des Aufenthaltes, während sich die Struktur nicht signifikant änderte. Im Katamnesezeitraum ergab sich weder eine Verbesserung der Struktur ($p \leq 0,006$) noch eine signifikante Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit.

Tabelle 18: Struktur und Mentalisierung chronisch Depressiver

Vergleich	Mittelwertsunterschiede (Standartabweichung)				Effektstärke	Signifikanz
	Prä		Post			
IPO16-Prae-Post CD	2,56	(0,6)	2,38	(0,56)	0,31	0,07
IPO16-Post-Kat CD	2,38	(0,56)	2,16	(0,58)	0,39	0,006
MZQ-Prä-Post CD	3,31	(0,68)	2,97	(0,61)	0,53	0,004
MZQ-Post-Kat CD	2,97	(0,61)	2,79	(0,8)	0,25	0,089

4.2 Was sind wesentliche Prädiktoren für die langfristige Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit?

a) Klinische Variablen: Depressionsschwere (PHQ9-Wert), Angstsymptomatik (GAD7-Wert), psychosomatische Belastung (PHQ15-Wert), Struktur bei Aufnahme (IPO16-Wert)

Um diese Frage zu beantworten, wurde als abhängige Variable der Unterschied der Mentalisierungsfähigkeit zwischen Prä- und Kat-Zeitpunkt definiert. Untersucht wurden n= 300 Patienten. Bei einem R-Quadrat von 0,110 ergab sich im ANOVA-Test kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Depressionsschwere, der Ausprägung der Angstsymptomatik und der psychosomatischen Belastung bei Aufnahme mit der Mentalisierungsveränderung von Prä nach Kat. Lediglich die initiale Struktur korrelierte in dem Sinne signifikant, dass ein niedriger IPO16-Wert mit einer stärkeren Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit (Abnahme des MZQ-Wertes) im Langzeitverlauf assoziiert war. Dies weist auf den engen Zusammenhang zwischen Struktur und Mentalisierungsfähigkeit hin.

b) Soziodemographische Daten: Alter, Geschlecht, Partnerschaft, Schulabschluss, Suizid, Vorbehandlung

In der Untersuchung von soziodemographischen Daten als Prädiktoren für die langfristige Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit zeigte keiner der o.g. Faktoren eine signifikante Bedeutung.

4.3 Haben Partnerschaft, Veränderungen in der Partnerschaft, Partnerschaftsqualität und ambulante Therapie einen moderierenden Einfluss auf die Veränderung der Mentalisierung?

Bei Aufnahme in die psychosomatische Klinik gaben 105 Patienten (35,7%) an, in einer festen Partnerschaft und zusammenlebend zu sein. 54 Patienten (18,4%) hatten einen Partner und lebten getrennt, 135 Patienten (45,9%) waren partnerlos.

In der Katamnese gaben 167 Patienten an, in einer festen Partnerschaft zu leben, 38,7% lebten mit den Partnern zusammen, die Anzahl der Partnerlosen belief sich auf 44%. Bei 25 Patienten war es zu einer Trennung gekommen, 57 Patienten hatten einen neuen Partner. Die Angabe eines neuen Partners ($n=57$) zeigte sich mit $p=0,007$ als signifikanter Prädiktor für die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit im Katamnesezeitraum. Dagegen zeigte weder eine Trennung, noch die Form des Zusammenlebens in dieser Untersuchung einen Zusammenhang mit der Mentalisierungsverbesserung nach Entlassung.

In der Katamnese gaben 167 Patienten an, in einer Partnerschaft zu leben. Diese verteilten sich wie folgt:

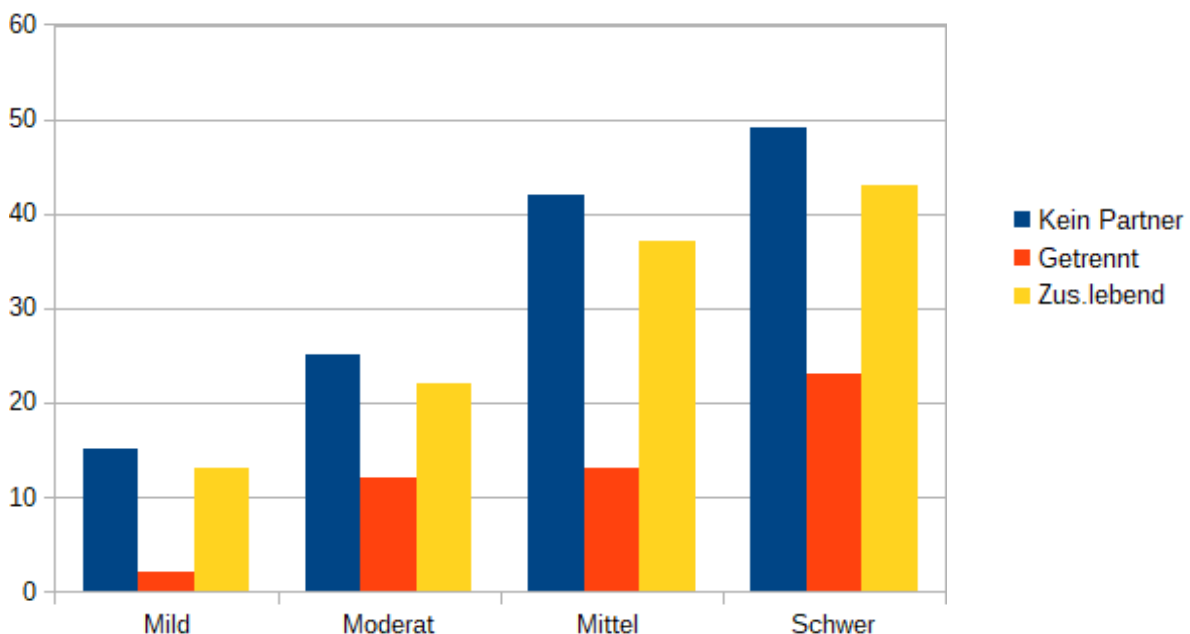


Abbildung 7: Partnerstatus zum Katamnesezeitpunkt

Insgesamt $n=167$ Patienten füllten den PFB-K aus, der Mittelwert lag bei $M=19,19$ (Mittelwert der Durchschnittsbevölkerung $M=18,6$). Der allgemeine Glücksfaktor (Frage 10) korrelierte hoch mit dem übrigen Test (Fragen 1-9). Der MZQkat-Wert korrelierte hochsignifikant mit der Partnerschaftszufriedenheit ($p < 0,000$), das R-Quadrat nach Spearman von 0,134 erklärt immerhin 13,4% der erzielten Veränderung.

225 Patienten gaben an, im Anschluss an den stationären Aufenthalt eine ambulante Therapie fortgeführt zu haben. 17 Patienten wiesen einen erneuten stationären Aufenthalt auf, 44 Patienten hatten keine weitere Therapie in Anspruch genommen. Insgesamt zeigte jedoch eine ambulante Fortführung der Therapie in dieser Untersuchung keinen signifikanten Effekt auf die Veränderung der Mentalisierung im Langzeitverlauf.

5. Diskussion

5.1 Kurze Zusammenfassung

Bei sehr hoher Komorbidität und Chronizität von depressiven Störungen wurde die darunterliegende Morphologie unter dem Konzept der Struktur nach Kernberg (1978) und dem Mentalisierungsmodell von Fonagy (2001) genauer untersucht. Dies sollte ein besseres Verständnis der Mentalisierung als messbarer Größe ermöglichen und die Auswahl und Zielsetzung von Psychotherapie effektiver machen.

Die initiale depressive Symptomlast wurde über ein Selbstbeurteilungsinstrument, den PHQ9 erhoben und die einzelnen Schweregrade als Untergruppen voneinander getrennt untersucht. Es ergab sich für die Zeit des stationären Aufenthaltes (Prä-Post-Zeitraum) für alle Untergruppen signifikante Verbesserungen der Depression, jedoch keine im Anschluss an die stationäre Behandlung (Post-Kat-Zeitraum). Die Untergruppe der schwer Depressiven profitierte auch vom Aufenthalt in Bezug auf die Struktur, während dies nach dem Klinikaufenthalt für mittelgradig und schwer depressive Patienten zu beobachten war. Patienten, die mit einer mittleren und schweren Symptomatik aufgenommen wurden, konnten ihre Mentalisierung im Rahmen des Aufenthaltes signifikant verbessern, im späteren Verlauf konnte diese nachhaltige Entwicklung nur bei initial schwer depressiven Patienten gesehen werden.

Chronisch depressive Patienten wurden nochmal besonders untersucht und nach den DSM-5-Kriterien der Dauer, Durchgängigkeit und Schwere der Depression unterschieden. Hier zeigten sich deutlich Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung der Symptomatik (vorwiegend mittelgradig bis schwer depressive Symptomatik), der Struktur und Mentalisierungsfähigkeit (durchschnittlich schlechtere Mittelwerte). Der Therapieerfolg wich bei diesen Patienten insofern ab, als die Mentalisierung nur während des psychosomatischen Aufenthaltes zunahm und in der Katamnese weder eine signifikante Verbesserung von Struktur noch der Mentalisierungsfähigkeit gemessen werden konnte.

Die Prüfung der Prädiktoren des Therapieerfolges ergab keinen Einfluss soziodemographischer Faktoren. Weder die klinische Symptomlast (PHQ15, GAD7) noch die Schwere der Depression (PHQ9) korrelierten mit der Mentalisierungsveränderung im Gesamt-Zeitraum (prae-kat). Nur die initiale Struktur korrelierte positiv mit der Mentalisierungsbesserung.

Der Aspekt der Beziehungsfähigkeit wurde in der Katamnese zusätzlich durch einen Fragebogen zur Partnerschaftsqualität untersucht. Weder eine stabile Partnerschaft, noch Trennung, noch ambulante Therapie zeigten einen relevanten Einfluss auf die Mentalisierungsfähigkeit im

Anschluss an den stationären Aufenthalt. Allerdings war eine neue Partnerschaft mit einer signifikanten Besserung der Mentalisierung verbunden. Auch zeigte sich die Mentalisierungsfähigkeit eng mit der Partnerschaftszufriedenheit verbunden.

5.2 Kritische Diskussion zu Methodik und Auswertung

5.2.1 Überlegungen zur Stichprobe

Der Vorteil dieser Studie besteht aus einem großen Kollektiv depressiver Patienten (n=504). Sie bildet hiermit die Realität in der stationär-psychosomatischen Therapie sowohl in Hinblick auf die Diagnosen und Komorbiditäten als auch den Behandlungsverlauf zufriedenstellend ab. Die Rücklaufquote war mit 60% (n=300) relativ gut. Die Katamneseerhebung erfolgte 1-4 Jahre nach der stationär-psychosomatischen Behandlung und deckt im Vergleich zu anderen Studien einen langen Zeitraum ab. Chronisch depressive Patienten wurden gemäß den DSM-Kriterien (mehr als zwei Jahre, anhaltend, PHQ \geq 10) nach Aktenstudium unterschieden, wobei das Stichwort „anhaltend“ in der Anamnese als Korrelat für die fehlende Remission länger als zwei Monate diente. Bei Unvollständigkeit der Akte und möglichen Fehlern in der Erhebung ist dies eine mögliche Fehlerquelle. Es handelt sich jedoch bei der Orientierung an DSM-Kriterien um eine strenge Auswahl, da in der Literatur häufig auch rezidivierende Beschwerdebilder (mit intermittierender Remission) unter Chronischen Depressionen eingeschlossen werden (z.B. Staun, 2010; Fischer-Kern, 2014).

Das Auswahlkriterium der depressiv Erkrankten unter dem Aspekt der Selbstbeurteilung sowie einer niedrigen Schwelle für eine leichte Depression (PHQ $>$ 5) entspricht nicht der Klassifikation der ICD-10, die manche Kriterien betont und die Ausprägung der einzelnen Symptome nicht berücksichtigt. Zudem wurde Haupt- und Nebendiagnose dabei nicht berücksichtigt, sodass auch z.B. eine essgestörte Patientin als depressiv gelten kann. Andererseits ermöglicht dieses Vorgehen eine breite Abbildung des depressiven Spektrums in seiner klinisch-subjektiven Ausprägung und wird bei der hohen Anzahl an Komorbiditäten im klinischen Alltag dem vielseitigen Erscheinungsbild depressiver Symptome gerecht.

5.2.2 Überlegungen zur Ausfall-Quote

Bereits in der Erhebungsphase zeigten sich mehrere Faktoren, die den Ausfall bzw. Drop-Out beeinflussen:

1. die Adressänderung bei n=40 Patienten erscheint in einem Katamnesezeitraum von 1-4 Jahren und bei steigenden Mieten in der Stadt München nachvollziehbar, so lag die Umzugsquote 2015 in München bei 12,8%, der Anteil der Patienten in der Studie nur wenig höher bei 13,8%.
2. 38 Patienten wurden telefonisch erreicht, verweigerten jedoch die Teilnahme. Gründe waren die subjektive aktuelle Belastung (n=7); der Widerwillen, sich erneut mit der Krankheitsphase zu beschäftigen (n=3); Kränkung im Rahmen der Behandlung (n=4); der mangelnde Profit von der Behandlung bzw. ein subjektiver Schaden hierdurch (n=8); sowie bestehendes Misstrauen in Bezug auf die Datenverarbeitung (n=3).
3. Von 160 Patienten gab es keinen Rücklauf, weder auf mehrfaches Anrufen noch auf zweimaliges Verschicken des Fragebogens, obwohl 48 hiervon die Teilnahme telefonisch wiederholt zusagten.

5.2.3 Überlegungen zu den Messinstrumenten

Sowohl der PHQ9, PHQ15 und der GAD7 sind valide, reliable und repräsentative klinische Messinstrumente. Sie orientieren sich an der DSM-IV bzw. ICD10 und bilden Depression, psychosomatische Beschwerden und Angstsymptomatik zuverlässig ab. Da es sich um Selbstbeurteilungsinstrumente handelt, unterliegen sie jedoch den hier bekannten Einschränkungen: Der Unsicherheit, unter welchen Umständen ausgefüllt wurde sowie der fehlenden Klärungsmöglichkeit bei Fragen. Zudem können Fragen ausgelassen oder tendenziös beantwortet werden (z.B. initial eine Aggravation, um eine raschere Aufnahme in die Klinik zu begünstigen).

Der IPO-16 und der MZQ sind als Selbstbeurteilungsfragebögen besonders in der Kritik, da sie für ihre Beantwortung genau die Fähigkeiten der Selbstwahrnehmung und -reflektion verlangen, die sie testen. Günstig wirkt sich das psychosomatische Patientenkollektiv aus, das psychotische oder dementielle Syndrome - also grobe Verzerrungen der Wahrnehmung - von vorne rein ausschließt. Der IPO-16 korreliert mit anderen Strukturfragebögen (König, 2016: OPD-2, BDI) und ist an mehreren Kollektiven validiert worden (Zimmermann, 2013, 2015). Er entspricht den aktuell üblichen Beschreibungen psychischer Funktion.

Der MZQ wurde entsprechend dem Mentalisierungskonzept von Fonagy (2001) entwickelt. Laut Hausberg et al., 2012 bildet er Aspekte der Mentalisierung wie Selbstreflexion, Affektive

Selbstwahrnehmung, Äquivalenzmodus und Affektregulation ab. Die Vier-Faktorenanalyse erbrachte in weiteren Untersuchungen (Innamorati, 2015; Pleuni, 2016, Hyonyoo, 2017) allerdings eine unidimensionale Verteilung. Die einzelnen Fragen unterscheiden sich hiernach nicht ausreichend bezüglich des untersuchten Faktors, weshalb in dieser Studie auf eine Analyse der Subgruppen verzichtet wurde. Zudem wurde laut Hausberg et al., 2012 der Aspekt des „Als-Ob-Modus“ im MZQ nicht berücksichtigt. Dies bedeutet, dass die Fähigkeit, Zusammenhänge zwischen Innen- und Außenwelt herzustellen, nicht beurteilt werden kann. Dies passt zu der weiteren Beobachtung, dass der MZQ eine Tendenz zur kognitiven Seite der Mentalisierung aufweist und eine „Pseudomentalisierung“ nicht ausschließt. Besonders bei einem psychodynamisch orientierten Kollektiv könnte dies problematisch sein. Laut Hausberg werden reife Modi der Mentalisierung weniger abgebildet, was Ergebnisse im unteren Störungsfeld - d.h. der diskreten Defizite - schwerer beurteilbar macht. Auch gibt es bislang keine Untersuchungen von Selbst- versus Fremdbeurteilungsverfahren (also z.B. MZQ versus RF), was die Vergleichbarkeit von Studien bezüglich der Mentalisierung erschwert. Diese Einschränkungen müssen bei einer Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Der wesentliche Vorteil des MZQ liegt darin, dass auf einfache Art sehr viele Patienten erreicht werden können. Er eignet sich damit, sehr große Patientenkollektive ohne höheren zeitlichen oder finanziellen Aufwand zu untersuchen. So konnte er nicht nur an stationären Patienten, sondern auch an ambulanten Patienten - die naturgemäß eine Fremdbeurteilung erschweren - Aspekte und Verlauf von mentalisierungsassoziierten Fähigkeiten abbilden. Diese Studie ist die erste, welche den MZQ auf ein so großes Kollektiv in einer langfristigen Katamnese verwendet. So kann nicht nur für die Zeit der stationären Therapie („Glasglocke Klinik“), sondern auch unter realen Lebensbedingungen eine innerpsychische Entwicklung gesehen werden. Damit trägt diese Studie besonders zum Verständnis bei, wie die klinische Symptomatik, die Therapie und der Verlauf von Depressionen mit der Fähigkeit zusammenhängt, Gedanken, Gefühle und Absichten bei sich und anderen besser zu begreifen.

5.2.4 Überlegungen zur Auswertung

Die Stichprobe $n=300$ wurde per Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung getestet und die entsprechenden Variablen über ein Histogramm überprüft. Vor der Durchführung der Signifikanztests wurde die Möglichkeit eines Fehlers 1. Art geprüft, nach der Bonferroni-Korrektur

ergab sich mit maximal $n=14$ Tests an der gesamten Stichprobe eine Notwendigkeit der Anpassung des Signifikanzniveaus auf $\leq 0,0036$. Dies entspricht einem sehr konservativen Vorgehen, was in der Literatur kontrovers diskutiert wird (Perneger, 1998).

Abschließend ist zu sagen, dass ohne eine Kontrollgruppe die interne Validität und der kausale Wirksamkeitsnachweis dieser Studie eingeschränkt sind.

5.3 Kritische Diskussion der Ergebnisse

5.3.1. Wie entwickelt sich Struktur und Mentalisierung im Langzeitverlauf bei unterschiedlicher depressiver Symptomatik und insbesondere bei chronischer Depression?

Es bildet sich in dieser Untersuchung ein enger Zusammenhang zwischen Schwere der Depression, struktureller Störung und Mentalisierungsfähigkeit ab. Bereits bei Aufnahme wird deutlich, dass die Patienten mit moderater und mittlerer Depression zumindest strukturelle Auffälligkeiten (Mittelwert 2,11 und 2,39) und mit schwerer Symptomatik (Mittelwert 2,63) Werte aufweisen, die auf ein deutliches strukturelles Defizit hinweisen. Die Mentalisierungsdefizite steigen mit der vermehrten Ausprägung depressiver Symptome von 2,47 (Mild) bis 3,41 (Schwer) an.

Während der stationären psychodynamischen Therapie profitieren in Bezug auf die Struktur schwer depressive Patienten signifikant von dem stationären Aufenthalt. Die Effektstärke nach Cohen wächst dabei von der moderaten bis zur schwer depressiven Eingangssymptomatik von 0,2 auf 0,49 an, bei leichter Depression ergibt sich eine Verschlechterung, was mit einer durch Therapie verbesserten Selbstwahrnehmung zusammenhängen könnte. Für den Zeitraum nach Entlassung ergeben sich nur für initial mittelgradig und schwer depressive Patienten weitere Verbesserungen der psychischen Struktur (Effektstärke 0,4-0,43), die Gruppe der moderat und leicht depressiven erzielte keine signifikanten Besserungen ihrer IPO16-Werte. Dies kann durch den bereits guten Ausgangswert erklärt werden, der eine relevante Veränderung nach oben nur noch sehr eingeschränkt zulässt („Deckeneffekt“).

Mentalisierungsfähigkeit wächst während der stationären Therapie noch bedeutender mit Effektstärken von 0,19 (milde Depression) bis 0,74 (schwere Depression), wird jedoch bei der leichten und moderaten Depression nicht signifikant. Nach Entlassung zeigt sich bei schwerer Eingangssymptomatik eine weitere Verbesserung in der Mentalisierungsfähigkeit (Effektstärken bis 0,43).

Leicht und moderat Depressive haben also bezüglich der Struktur und ihrer Mentalisierungsfähigkeit keinen messbaren Profit während der stationären Therapie bzw. im Anschlusszeitraum.

Mittelgradig Depressive können stationär ihre Mentalisierung verbessern, im Anschlusszeitraum die Struktur. Schwer depressive Patienten profitieren gleichermaßen in Bezug auf ihre Struktur und Mentalisierungsfähigkeit von der stationären Therapie als auch im Anschlusszeitraum. Dabei vollzieht sich während der stationären Therapie die Veränderung der Mentalisierung schneller, als die der Struktur.

Chronisch depressive Patienten wurden nochmals gesondert untersucht: Der initiale IPO16-Mittelwert von 2,56 ist auffällig hoch. Die Mentalisierungsfähigkeit dieser Patienten mit 3,31 eher schlecht. Diese Patienten können zwar ihre Mentalisierung während des Aufenthaltes verbessern (Effektstärke 0,53), die Struktur jedoch verändert sich nicht signifikant. Im Langzeitverlauf konnten zudem weder Verbesserungen der Struktur noch der Mentalisierungsfähigkeit gemessen werden.

Es wurden bisher nur wenige Untersuchungen der Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patienten durchgeführt. Durch den hohen Aufwand der RF sind die Fallzahlen meist klein. Sie berücksichtigen häufig nicht die Schwere der Depression oder das Vorhandensein psychotischer Symptome. So schloss Fischer-Kern, 2008 20 Patienten in ihre Untersuchung ein, doch ein Zusammenhang zwischen Schwere der Depression und der reflexiven Kompetenz ergab sich nicht. Allerdings zeigte sich, dass von 20 Patienten die Hälfte schwer depressiv war und ein Viertel psychotische Symptome aufwies. Dementsprechend zeigten alle Patienten eine Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit; von einer Repräsentativität für die unterschiedliche Schwere der Symptomatik kann jedoch nicht ausgegangen werden.

Staub 2010 bezieht sich auf die reflexive Kompetenz 20 chronisch depressiver ambulanter Patienten, die bei einem durchschnittlichen BDI von 24 (Maximaler Punktwert BDI=63, ab BDI=28 schwere Depression) mittelschwer depressiv waren. Hier wurden nur bei depressionsspezifischen Themen Mentalisierungseinbrüche beobachtet. Größere Fallzahlen erbrachten bei Fischer-Kern, 2014 an 46 vorwiegend schwer depressiven Patientinnen zwar eine allgemeine Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit, jedoch ohne Zusammenhang mit der Schwere der Depression. Überraschenderweise lag auch hier der durchschnittliche BDI bei 24. Eine Untersuchung an 83 Adoleszenten (Alter 14-21) durch Belvederi, et al., 2017 ergab eine deutliche Korrelation von Depression (BDI) und MZQ. Dies entspricht dem Ergebnis unserer Studie und ist aufgrund des gleichen Testverfahrens interessant. 30% der Jugendlichen hatten aber eine zusätzliche Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine Berücksichtigung des strukturellen Niveaus in Zusammenhang mit der Mentalisierung wäre deshalb wünschenswert, weil - wie oben gesehen - strukturell schlechtere Patienten eher zu chronischen Verläufen neigen können und

sich ihre Mentalisierungsfähigkeit ohne gezieltere Therapie nicht nachhaltig verbessert. Weitere Studien sind wünschenswert, um zu klären, ob die abweichenden Ergebnisse ein Problem der Konstruktvalidität bei unterschiedlichem Testverfahren oder der strukturell divergierenden Grundvoraussetzungen sind. Konkret wäre ein Vergleich der RF (=Goldstandart) mit dem MZQ an depressiven Patienten unter Berücksichtigung der Struktur wichtig.

ToM-orientierte Studien untersuchten mit unterschiedlichsten Testverfahren Teilaspekte der Mentalisierung. Dabei werden sozial-perzeptuelle von sozial-kognitiven Fähigkeiten unterschieden, häufig getrennt untersucht und „spezialisiert“ behandelt. Dies widerspricht jedoch der Komplexität einer Beziehungserfahrung, die im neuronalen Netzwerk gleichermaßen synchron als affektive, kognitive und körperbezogene Information abgespeichert wird. Die Bindungserfahrung als wesentliche Voraussetzung und ihre daraus resultierende psychische Struktur bleibt damit weitgehend unberücksichtigt. Im Gegensatz dazu betrachtet das psychodynamische Konzept die Mentalisierung bei Depression unter dem Blickwinkel eines aktivierten Bindungssystems nach frühen Defiziterfahrungen. Ein Rückgang der reifen Mentalisierungsmodi zugunsten von teleologischem, Äquivalenz- und Als-Ob-Modus wären also ein Hinweis auf Bruchstellen in der psychischen Struktur und somit Ansatz für die nachträgliche Bearbeitung und „Heilung“.

5.3.2 Was sind wesentliche Prädiktoren für die Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit im Langzeitverlauf?

Es wurde untersucht, ob klinische Variablen oder soziodemographische Faktoren einen Einfluss auf die Verbesserung der Mentalisierung haben. In Bezug auf die soziodemographischen Variablen ergab sich kein Effekt, was den Ergebnissen anderer Studien entspricht: Fischer-Kern, 2008 sah keinen Zusammenhang von RF und Bildung, Krankheitsdauer und der Depressionskala, dagegen Korrelationen mit dem “Global Assessment of Functioning” (GAF) und der Anzahl stationärer Aufenthalte. Hermann und Huber, 2013 wiesen bei 715 stationär-psychosomatischen depressiven Patienten nach, dass soziodemographische Faktoren wie Alter und berufliche Situation bei interpersonellen Problemen, besonders aber Bindungsstil und Therapiemotivation für die Verbesserung der Depression eine Rolle spielen. Subic Wrana et al., 2010 konnten zeigen, dass sich die erheblichen Unterschiede in der Geschlechtsverteilung und dem Bildungsniveau nicht auf die ToM-Leistung auswirkten. Fischer-Kern, 2013 als auch Belvederi et al., 2017 wiesen über Kontrollgruppen nach, dass Alter und Bildungsniveau sich nicht auf die Mentalisierung auswirken.

In Bezug auf die klinischen Variablen (Depressionsschwere, Ausprägung der Angstsymptomatik und der psychosomatischen Belastung bei Aufnahme) überrascht das Ergebnis nicht: Abhängige Variable war die Veränderung der Mentalisierung, welche sich bei allen Depressionsgraden offenbar ähnlich verhält. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Mentalisierungsfähigkeit grundsätzlich nicht mit Depressionsschwere zusammenhängt, wie in Fragestellung 1 bereits gezeigt wurde. Lediglich der therapeutische Profit scheint von dem Schweregrad abzuhängen. Entscheidend für die nachhaltige Verbesserung der Mentalisierung ist allerdings die initiale Struktur, die deutlich korreliert. Dies entspricht auch der Untersuchung chronisch depressiver und strukturell niedriger eingestufte Patienten, deren Mentalisierung- wie oben gezeigt- nicht nachhaltig anwächst. Angst und psychosomatische Belastung steigen zwar mit der klinischen Symptomlast der Depression an, zeigen aber als einzelne Größen keine Auswirkung auf die Mentalisierungsänderung. Hier wäre es sinnvoll gewesen, die einzelnen Symptombereiche nochmal gesondert zu betrachten, da bei ansteigenden PHQ9-Mittelwerten auch eine Zunahme von Angst und psychosomatischen Beschwerden ersichtlich ist. Danach könnte erst deutlicher unterschieden werden, ob die Zunahme an Komorbidität die Mentalisierungsverbesserung nicht doch beeinflusst.

5.3.3 Haben Partnerschaft, Veränderungen in der Partnerschaft (Trennung, neuer Partner, Lebensform), Partnerschaftsqualität und ambulante Therapie einen moderierenden Einfluss auf die Mentalisierung?

Sichere Bindung stellt wie oben ausgeführt eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung von Mentalisierungsfähigkeit dar. In dieser Studie wurde Partnerschaft unter verschiedenen Aspekten in Zusammenhang mit Mentalisierung betrachtet. Leider konnte bezüglich der Partnerschaftsqualität nur ein Messzeitpunkt erhoben werden, sodass eine Aussage zur Auswirkung von Therapie auf Partnerschaftsqualität nicht möglich ist. Was jedoch deutlich wurde, ist, dass Trennung bzw. das Bestehen einer Partnerschaft bzw. Veränderung der Lebensform als solche keine Auswirkung auf die Veränderung der Mentalisierung nach Entlassung hatten.

Sehr interessant erscheint dagegen, dass eine neue Partnerschaft signifikant positive Auswirkung auf die Mentalisierungsverbesserung nach Entlassung hat. „Neue Partnerschaft“ bezieht sich in diesem Fall auf den Katamnesezeitraum von 1-4 Jahren. Dies würde sowohl Phasen der ersten Verliebtheit als auch frühe Jahre der Partnerschaft einschließen. Paradox erscheinen hier Ergebnisse einer MRT-Studie von Bartels und Zeki, 2004, wonach es in der romantischen als auch Mutterliebe zu einer Hemmung neuronaler Regionen kommt, die mit kognitiver Kontrolle

bzw. kritischer sozialer Bewertung und negativen Affekten verbunden sind. Der Volksmund „Liebe macht blind“ und die Aussage von Schultz-Venrath, 2013, wonach es in der Verliebtheit, sowie bei der Übertragungs- und Gegenübertragungsliebe zu einer Deaktivierung der Mentalisierungsfähigkeit (bzw. einer Abnahme des kritischen Denkens) komme, ähneln diesen Ergebnissen. Berücksichtigt man dabei jedoch, dass dies nur bei Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das emotional positiv besetzte Objekt untersucht wurde, und daneben angenommen werden kann, dass die neue Partnerschaft mit einer Aktivierung des Bindungssystems und Verstärkung von Motivation/Exploration und positiven Affekten einhergeht, könnte diese Generalisierung kritisch hinterfragt werden. Eventuell wirken auch initial positive Erwartungen auf die gesamte Affektlage, sodass die Mentalisierung bei den (ehemals depressiven Patienten) besser gelingt. Erst im Verlauf könnten problematische Beziehungsmuster und -stile wieder wirksamer werden.

Depressive Patienten beschäftigt nach S.Blatt (Will, 2000) vermehrt die Dimension des Selbst (introspektiv-selbstkritisch) oder des Anderen (anaklitisch-abhängig). Dies bedeutet, dass Beziehungsgestaltung eher durch Rückzug und Selbstkritik oder abhängiges Anklammern gekennzeichnet ist. Übertragen auf die Mentalisierung betrifft dies die Dimensionen „Selbstorientiert/Fremdorientiert“. Möglicherweise verbergen sich also hinter depressiven Patienten mit Partnerschaft, aber ohne Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit, abhängige (anaklitische) Depressionen.

Sichere Bindung ist die Voraussetzung für die Entwicklung der kindlichen Mentalisierungsfähigkeit. Themen wie Verlust und Trennung führten in der Untersuchung von Staun, 2010 zu einem konfliktbezogenen Einbruch der Mentalisierung, was so in unserer Untersuchung nicht nachweisbar war. Allerdings ist die RF dem MZQ in diesem Fall vorzuziehen, da sie nicht nur durchschnittliche Aspekte der Mentalisierung misst, sondern Mentalisierungsfähigkeit direkt innerhalb eines Narrativs. Weitere Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen themenbezogenem Affekt (z.B. Trauer, Wut, Schmerz) und Mentalisierung wären wünschenswert.

Chronisch Depressive haben vorwiegend einen unsicher-vermeidenden oder desorganisierten Bindungsstil, überschießende Aktivierung des Bindungssystems bei Trennung und schlechtere Mentalisierung (Fischer-Kern, Nolte, Kadi & Naderer, 2014). Dies könnte mit frühen bindungsrelevanten Traumata zusammenhängen. Trennung oder Verlust im Erwachsenenalter dagegen, geht nicht mit einem Verlust an Bindungssicherheit in späteren Beziehungen einher (Lux &

Walper, 2016), jedoch mit einer verminderten Konflikttoleranz und stärkeren Autonomiebestrebungen.

Der Mentalisierungsgrad und die Zufriedenheit in der Partnerschaft zeigen einen deutlichen Zusammenhang. Dies scheint einerseits plausibel, da der Perspektivwechsel und die Affektregulation in der Partnerschaft besonders bedeutsam sind und gute Mentalisierungsfähigkeiten gerade bei der Konfliktbewältigung relevant sind. Aber auch Bindungsfähigkeit als struktureller Aspekt und Partnerschaftszufriedenheit korrespondieren stark miteinander. Dies entspricht der Studie von Verreault, Sabourin, Lussier, Normandin und Clarkin, 2013, die an 274 Paaren zeigte, dass Struktur (IPO) und Partnerschaftszufriedenheit (Assessment of Marital Adjustment) stark miteinander zusammenhängen. Primitive Abwehr (wie projektive Identifikation, Spaltung und Verleugnung) spielt ebenso in die Paardynamik hinein, wie Identitätsdiffusion, die durch ihre Unvorhersehbarkeit Verwirrung und Missverständnisse erzeugt. Schließlich sind bei mangelnder Realitätprüfung z.B. paranoides oder fremdbestimmtes Erleben als Hindernisse einer gelingenden Beziehung gut nachvollziehbar. Andererseits wäre die Förderung von Mentalisierung in der Partnerschaft (z.B. in Bezug auf die eigene Abwehr wie projektive Mechanismen) ein vielversprechender Ansatz, durch die Nutzung der bestehenden Bindung einen sich selbstverstärkenden Prozess zu initiieren. Praktisch würde dies bedeuten, Partner vermehrt in die Therapie mit einzubeziehen, bzw. frühzeitig eine Diagnostik der bedeutsamen Bindungen durchzuführen. Kernberg hat in diesem Zusammenhang ein Modell entwickelt, das prüft, ob die Paarkonflikte eher neurotischer Genese sind (also besser strukturierte Partner), oder ob einer bzw. beide aufgrund tiefgreifender struktureller Störungen eine intensiviertere Therapie (z.B. im Rahmen einer Psychoanalyse) benötigen (Kernberg, 2017).

Die ambulante Therapie hatte in dieser Untersuchung keinen Effekt über die stationäre Therapie hinaus. Allerdings muss angenommen werden, dass die Angaben zur ambulanten Therapie rückblickend zu ungenau beantwortet wurden (z.B. können Patienten häufig nicht zwischen psychiatrischer Therapie, Krisenintervention oder differenzierter Therapieform unterscheiden). Zudem wäre in Übertragung der Ergebnisse auf die therapeutische Dyade eine Untersuchung der Zufriedenheit in der therapeutischen Beziehung (z.B. PFB-K Frage 10) eine interessante Ergänzung gewesen.

5.4 Bedeutung der Ergebnisse und Schlussfolgerung für den Kliniker

Diese Studie bringt das subjektive Leiden des Patienten, ausgedrückt in unterschiedlicher Schwere von depressiven Symptomen, mit der darunterliegenden psychischen Struktur und Mentalisierungsfähigkeit in Zusammenhang. Dabei wird davon ausgegangen, dass Mentalisierung - wie in der Einführung geschildert - sowohl Teil als auch bedingt ist von Struktur.

Tabelle 19: Zusammenfassung

Depression	Stationär		Katamnese	
	Struktur	Mentalisierung	Struktur	Mentalisierung
Leicht	-	-	-	-
Moderat	-	-	-	-
Mittel	-	+	+	-
Schwer	+	+	+	+
Chronisch	-	+	-	-

Deutlich wird, dass die Schwere der Depression in Zusammenhang mit Mentalisierungsdefiziten steht. Struktur und Mentalisierung verbessern sich bei schwer depressiven Patienten in dieser Untersuchung signifikant sowohl in stationärer als auch anschließender ambulanter Therapie. Unklar bleibt der Zusammenhang zwischen einer durchschnittlich gemessenen Mentalisierungsfähigkeit und ihrer affektgekoppelten Veränderung. Dies gilt nicht nur für depressive Affekte. Es ist bekannt, dass positive Emotionen die Flexibilität des Denkens fördern, was u.a. in der positiven Psychologie vermehrt genutzt wird (Allen & Fonagy, 2006).

Bei chronisch Depressiven zeigt sich, dass Mentalisierung im Rahmen des psychodynamisch-stationären Konzeptes eher verändert wird, als im nachfolgenden ambulanten Setting. Zudem

ist- anders als bei schwer depressiven Patienten- keine Veränderung der Struktur sichtbar, weder während noch nach dem Aufenthalt. Dies würde implizieren, dass nicht nur die Struktur schwerer beeinflussbar ist, sondern auch die Mentalisierungsfähigkeit durch ambulante Therapie nicht weiter anwächst.

Dies weist auf eine besonders reduzierte intrapsychische Flexibilität hin, die möglicherweise durch andere Resilienzfaktoren (z.B. Genetik) bedingt ist.

Der stationäre Aufenthalt, der durch seine multimodalen Therapieansätze, die Einzelkontakte und besonders die Gruppenerfahrungen von unterschiedlichsten Seiten ansetzt, wäre hier der Einzeltherapie überlegen, zumindest was die Förderung von Mentalisierung betrifft. Vermutlich profitieren also chronisch depressive Patienten von stationären Intervalltherapie und Spezialtherapien, wie z.B. ambulanter MBT und Gruppentherapien (Pothoff, 2012) am ehesten, was ebenso für die kognitiv-behavioralen Ansätze der Third-wave-Generation wie z.B. dem CBASP gilt (Sabaß, Padberg, Normann, Engel, Konrad et al., 2017).

5.5 Offene Fragen und Vorschläge für weitere Studiendesigns

Das Konzept des Mentalisierens bietet die Möglichkeit, kognitionswissenschaftliche und psychodynamische Ansätze zu vereinen. Es wäre an dieser Stelle wünschenswert, die Polarität eines biologisch-mechanistischen versus emanzipatorisch-humanistischen Menschenbildes zu überwinden. Trotz der unterschiedlichen Herangehensweise sind die Gemeinsamkeiten des Mentalisierungskonzeptes mit der ToM sehr deutlich. Im DSM-5 werden die multifaktoriellen Entstehungsfaktoren der Depression zunehmend berücksichtigt. Differenziertere Verfahren bei der Diagnostik – wie die Prüfung der Struktur und Mentalisierungsfähigkeit - wären sinnvoll. Dies würde in Zeiten der Ressourcenverknappung eine angemessene Einschätzung des psychotherapeutischen Behandlungsaufwandes ermöglichen und durch Anpassung des therapeutischen Verfahrens bessere Ergebnisse erzielen. Chronische Verläufe könnten gezielter behandelt und Kosten langfristig gesenkt werden.

Schon 2006 wurde durch Müller et al. auf die Gemeinsamkeiten der OPD und der Reflexiven Kompetenz hingewiesen, und ein direkter Zusammenhang mit dem Therapieerfolg gezeigt. Eine Konzentration auf die symptomatologische Ebene führt zu MBT- Manualen für Borderline, Panikstörung, Depression, Essstörung, Sucht und antisozialer PS. Dies erscheint eher der wissenschaftlichen Evaluation geschuldet, als einer praktischen Notwendigkeit. Denn durch

eine optimierte Operationalisierung von strukturellen und mentalisierungsspezifischen Defiziten, wäre die klinische Symptomatik als Spiegel der zugrundeliegenden strukturellen Defizite oder auch dysfunktionalen Beziehungserfahrungen interpretierbar. Somit wäre sie dann (Hypothese) in ihrer symptomatologischen Ausdrucksvarianz- ähnlich einer Lichtbrechung- eher phänomenologisch aufzufassen.

Die Entwicklung von Verfahren, die verschiedene (und State-abhängige) ToM/ Mentalisierungsaspekte abbilden, wäre -als weiterführende Diagnostik- wünschenswert. Strukturelle Diagnostik, wie in der OPD-2, hat bereits Einzug in den psychodynamischen Alltag gefunden (Benecke et al., 2009). Sie berücksichtigt neben dem Strukturniveau und den Konflikten darüber hinaus das allgemeine Krankheitserleben, die Beziehungsgestaltung und die Diagnosen nach ICD-10. Die Mentalisierungsfähigkeit findet sich dabei als Teil des Strukturniveaus und der Beziehungsgestaltung wieder, und wird nicht gesondert angeschaut. Dabei wäre die Art, wie das Gegenüber im Moment Gefühle, Absichten und Gedanken bei sich und anderen wahrnimmt, als Anteil bzw. Funktion im Gesamtsystem und dessen „Störung“ äußerst bedeutsam. Verschiedene Anteile (Mentalisierungszustände) wären so - unter Berücksichtigung der Identitätsdiffusion - als Ausdruck der Persönlichkeitsorganisation bewusster erlebbar, und könnten im therapeutischen Prozess (zB durch Spiegelung, Exploration und Modulation) konstruktiv beeinflusst und besser integriert werden.

6. Zusammenfassung

Depressive Störungen unterscheiden sich stark sowohl hinsichtlich der Schwere, des Verlaufs und dem Ansprechen auf Psychotherapie. Ein genaueres Wissen um die Ursachen dieser Heterogenität beziehungsweise eine frühzeitige Diagnostik erscheint sinnvoll, um die Behandlung angemessen anzupassen und Kosten zu senken. Die psychodynamische Konzeptualisierung psychischer Störung verwendet unter anderem die Beschreibung der psychischen Struktur (z.B. nach Kernberg) und den Aspekt der „Mentalisierung“, welcher die an die kindliche Entwicklung gekoppelte Entstehung von Symbolisierungs- bzw. Abstraktionsfähigkeit darstellt. Das „Mentalisierungskonzept“ basiert in seinen Ursprüngen auf drei Säulen: Der „Objektbeziehungstheorie“, der „Bindungstheorie“ und der „Theory of mind“ (ToM). Betont wird der affektive und relationale Ursprung der Mentalisierung in der frühen Kindheit und die lebenslange Entwicklung reflexiver Kompetenz in Abhängigkeit von sicherer Bindung und Spiegelung.

In dieser Untersuchung wurde geprüft, wie sich die stationär psychodynamische Therapie in Bezug auf die depressive Symptombelastung, die Mentalisierungsfähigkeit und strukturelle Beeinträchtigung im Langzeitverlauf auswirkt, welche Prädiktoren zu erkennen sind und ob Partnerschaft als Bindungskomponente eine übergeordnete Rolle spielt.

In der vorliegenden naturalistischen Katamnesestudie wurden n=300 Patienten eingeschlossen. An drei Messzeitpunkten (prae, post Behandlung und nach einem Katamnesezeitraum von 1-3 Jahren) füllten die Patienten den PHQ9, den PHQ15, den GAD7, den IPO16, den MZQ sowie Fragebögen zu personenbezogenen Daten aus. In der Katamnese wurde zudem ein Partnerschaftsfragebogen mit evaluiert (PFB-K). Bei allen Messinstrumenten handelt es sich um Selbstbeurteilungsverfahren. Zur Differenzierung wurden Gruppen nach Schwere der depressiven Symptomatik über den PHQ9 vor Aufnahme gebildet. Es ergaben sich n= 32 leicht, n=59 moderat, n=92 mittelschwer und n= 117 schwer depressive Patienten. Somit war der Anteil von mittleren und schweren Depressionen (PHQ9 > 15) mit mehr als zwei Drittel deutlich vertreten. Chronische Depressionen wurden nach Sichtung der Patientenakten über die DSM-IV-Kriterien als eigene Gruppe (n=48) unterschieden.

Anschließend wurde der PHQ9 in seinem Langzeitverlauf in den verschiedenen Gruppen untersucht: Die Abnahme der depressiven Symptomatik stellte sich über die Messzeitpunkte Prae

und Post in den Mittelwerten deutlich dar und war für diesen Zeitraum in allen Gruppen signifikant ($p \leq 0,001$), im Post-Kat-Zeitraum jedoch in keiner Gruppe. Bei zunehmender Schwere der Depression zeigte sich auch eine Erhöhung der klinischen Symptomlast in Bezug auf Angst und Somatisierung sowie der strukturellen Defizite. Der Cut-off-Wert für eine schwere Symptomatik lag für Somatisierung bei PHQ15 ≥ 15 Punkten, beim GAD7 ≥ 15 und beim IPO-16 $\geq 2,44$. Diese Werte erreichten nur Patienten aus der Gruppe der schwer Depressiven.

Die strukturelle Beeinträchtigung reduzierte sich im Zeitraum der stationären Therapie nur bei schwer depressiven Patienten signifikant. Es ergab sich dabei eine Effektstärke von 0,49. Im Katamnesezeitraum ergab sich bei mittlerer und schwerer Symptomatik eine Verbesserung der Struktur mit Effektstärken von 0,37 bzw. 0,43. Die MZQ-Wert-Veränderungen von mittel und schwer depressiven Patienten waren im Zeitraum des stationären Aufenthaltes signifikant. Die Effektstärke bewegte sich im niedrigen bis mittleren Bereich. Im Katamnesezeitraum konnte sich die Mentalisierungsfähigkeit nur bei schwer depressiven Patienten weiter verbessern.

Nochmals gesondert wurden Patienten betrachtet, die bei Aufnahme einen PHQ9 ≥ 10 aufwiesen, mehr als zwei Jahre unter einer depressiven Symptomatik litten und deren Symptomatik als „anhaltend“ bezeichnet wurde. Es ergaben sich $n=48$ chronisch depressive Patienten. Diese zeigten eine signifikante Veränderung von $p \leq 0,004$ für den Rückgang der Mentalisierungsdefizite während des Aufenthaltes, während sich die Struktur nicht signifikant änderte. Im Katamnesezeitraum ergab sich dagegen eine signifikante Verbesserung der Struktur mit $p \leq 0,006$, jedoch keine signifikante Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit. Insgesamt kann jedoch bereits die Nachhaltigkeit und Stabilität der erzielten Verbesserungen von Struktur und Mentalisierungsfähigkeit als Erfolg gewertet werden. Zusätzlich wurden Prädiktoren für die Veränderung der Mentalisierung im Langzeitverlauf wie Partnerschaft, Veränderungen in der Partnerschaft, Partnerschaftsqualität und die Angabe einer ambulanten Therapie nach dem stationären Aufenthalt untersucht. Die Angabe eines neuen Partners ($n=57$) zeigte sich mit $p=0,007$ als signifikanter Prädiktor für die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit im Katamnesezeitraum. Dagegen zeigte weder eine Trennung, noch die Form des Zusammenlebens in dieser Untersuchung einen Zusammenhang mit der Mentalisierungsverbesserung in der Katamnese. Insgesamt $n=167$ Patienten füllten den PFB-K aus. Der MZQkat-Wert korrelierte hochsignifikant mit der Partnerschaftszufriedenheit ($p < 0,000$), das R-Quadrat nach Spearman von 0,134 erklärt immerhin 13,4% der erzielten Veränderung. Eine ambulante Fortführung der Therapie zeigte in dieser Untersuchung keinen signifikanten Effekt auf die Veränderung der Mentalisierung im Langzeitverlauf.

Es wurden bisher nur wenige Untersuchungen der Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patienten im Langzeitverlauf durchgeführt. Durch den hohen Aufwand der meisten Testverfahren sind die Fallzahlen meist klein. Anhand dieser Studie konnte an einem großen Kollektiv stationär-psychosomatischer Patienten mit depressiven Symptomen die Verbesserung der Mentalisierungs- und Beziehungsfähigkeit im Langzeitverlauf unter Berücksichtigung des Strukturniveaus differenziert nachgewiesen werden. Methodische Schwächen, Bezüge zu anderen Untersuchungen und ihre Implikation für Forschung und klinische Praxis werden diskutiert.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Folie 26 des RmE-Tests	14
Abbildung 2: Depressive Symptomatik (PHQ9) prä/post/kat.....	38
Abbildung 3: Symptomlast der Gruppen	39
Abbildung 4: Strukturelle Entwicklung prä/post/kat.....	38
Abbildung 5: Mentalisierung im Langzeitverlauf nach Mittelwerten.....	40
Abbildung 6: Der mittlere PHQ9-Wert Prä/ Post/ Kat bei chronischer Depression.....	43
Abbildung 7: Struktur und Mentalisierung chronisch Depressiver prä/ post/ kat.....	45
Abbildung 8: Partnerstatus zum Katamnesezeitpunkt	48

8.Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiele für strukturbezogene Messinstrumente	10
Tabelle 2: First- und Second-Order-False-Belief-Aufgaben.....	14
Tabelle 3: Entwicklungsphasen innerhalb des Mentalisierungskonzeptes	17
Tabelle 4: Mentalisierungsbezogene Messinstrumente (nach Taubner, 2015)	19
Tabelle 5: Therapieelemente aus der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie München-Harlaching	24
Tabelle 6: Auswertung des PHQ9	27
<i>Tabelle 7: Auswertung des PHQ15</i>	<i>28</i>
Tabelle 8: Auswertung des GAD7	28
Tabelle 9: Soziodemographische und klinische Daten n= 504	32
Tabelle 10: Depressionsspektrum bei Aufnahme.....	34
Tabelle 11: Verteilung der Diagnosen n=300	35
Tabelle 12: Soziodemographische und klinische Daten n=300	36
Tabelle 13: Strukturelle Veränderung Prä/ Post.....	39
Tabelle 14: Strukturelle Veränderung Post/ Kat	40
Tabelle 15: Mentalisierung Prä/ Post	41
Tabelle 16: Mentalisierung Post/ Kat.....	42
Tabelle 17: Diagnosenverteilung bei chronisch Depressiven	43
Tabelle 18: Struktur und Mentalisierung chronisch Depressiver.....	45
Tabelle 19: Zusammenfassung	59

9. Literaturverzeichnis

- Airenti, G. (2015). Theory of mind: a new perspective on the puzzle of belief ascription. *Frontiers in Psychology*, 6(1184).
- Allan, J., G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (Vol. 3). Chichester: John Wiley and Sons
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition*. Arlington, VA.
- Apperly, I. A. (2012). What is “theory of mind”? Concepts, cognitive processes and individual differences *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 65(5), 825-839.
- Arbeitskreis OPD, & Cierpka, *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Verlag Hans Huber
- Baron-Cohen, S. (2001) /Bölte, S. (2005). Reading the Mind in the Eyes-Erwachsenenversion. Retrieved from http://www.as-tt.de/assets/applets/Augentest_Erwachsene.pdf
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21(3), 1155-1166.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.
- Bauer, C., Machold, C., Geyer, M., & Plöttner, G. (2005). Persönlichkeitsstörungen nach stationärer psychodynamischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 51, 128-144.
- Belvederi, M., Murri, G., Ferrigno, S., Penati, C., Muzio, G., Piccinini, M., & Pompili, M. A. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescents mental health*, 22(2), 69-76.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W., & Doering, S. (2009). Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. *Z Psychosom Med Psychother*, 55, 84-96.
- Beutel, M. (2009). Neurowissenschaften und Psychodynamische Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 87-96.
- Bolm, T. (2010). Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *Psychotherapie 15. Jahrg. 2010, Bd. 15, Heft 1* © CIP-Medien, München
- Bora, E., & Berk, M. (2016). Theory of mind in major depression: a meta-analysis *Journal of Affective Disorders*, 191, 49-55.
- Bora, E., & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): Comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. *Psychological Medicine*, 46, 699-716.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen* (Vol. 13). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kaechele, H., Cierpka, M., Roth, G., & Taubner, S. (2012). Changes in prefrontal- limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. Retrieved from <https://doi:doi:10.1371/journal.pone.0033745>
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.

- DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF. (2015). S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression Langfassung2 Version 5. Retrieved from <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-1aufl-vers5-lang.pdf>
- Dinger, U., Köhling, J., Klipsch, O., Ehrental, J. C., Nikendei, C., Herzog, W., & Schauenburg, H. (2015). Tagesklinische und stationäre Psychotherapie der Depression (DIP-D) – Sekundäre Erfolgsmaße und Katamneseergebnis einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie. *Psychother Psych Med*, *65*, 261-267.
- Doering, S. (2004). Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation. Deutsche Version STIPO-D. Retrieved from <https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/psychoanalyse/pdf/STIPO-D.pdf>
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *196*, 389-395.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling* (Vol. 1). Frankfurt am Main: Fischer
- Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse*, *20*(2), 175-199
- Driessen E., Van Henricus L., Don Frank J., Peen J., Kool S., Westra D., & Dekker, J. M. (2013). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, *170*, 1041-1050.
- Dziobek, D., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., & Convit, A. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and development disorders*, *36*(5), 623-636.
- Ehrental, J., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., & Dahlbender, R. (2015). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). *Z Psychosom Med Psychother*, *61*(3), 262-274.
- Ehrental, J. C., Dinger, U., & Nikendei, C. (2014). Aktuelle Entwicklungen der psychodynamischen Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, *59*, 212-218.
- Falconer, C. J., Cutting, P., Davies, E. B., Hollis, C., Stallard, P., & Moran, P. (2017). Adjunctive avatar therapy for mentalization-based treatment of borderline personality disorder: a mixed-methods feasibility study. *Evidence Based Mental Health*. Retrieved from <http://ebmh.bmj.com/>
- Farina, B., DellaMarca, G., Maestoso, G., Amoroso, N., Valenti, E. M., & Carbone, G. A. (2018). The Association among Default Mode Network Functional Connectivity, Mentalization, and Psychopathology in a Nonclinical Sample: An eLORETA Study *Psychopathology*. Retrieved from <https://doi.org/10.1159/000485517>
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., & Leithner, K. (2013). Mentalizing in Female Inpatients with Major Depressive Disorder. *The Journal of nervous and mental diseases*, *201*(3), 202-207.
- Fischer-Kern, M., Nolte, T., Kadi, B., & Naderer, A. (2014). Bindungsrepräsentation bei stationär behandelten chronisch depressiven Patientinnen. *Psychotherapeut*, *59*, 467-473.
- Fischer-Kern, M., Tmej, A., Kapusta, N. D., Naderer, A., Leithner-Dziubas, K., Löffler-Stastka, H., & Springer-Kremser, M. (2008). Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie. *Z Psychosom Med Psychother*, *54*, 368-380.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*, 1355-1381.
- Fonagy, P., & Luyten, X. (2008). The Reflective Functioning Scale. Retrieved from www.ucl.ac.uk
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*, *62*(5), 891-205.

- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). REFLECTIVE-FUNCTIONING MANUAL for application to adult attachment interviews⁵. Retrieved from <https://mentalizacion.com.ar/images/notas/Reflective%20Functioning%20Manual.pdf>
- Frank, J. (2017) *Veränderung von Symptomatik, Mentalisierungsfähigkeiten und struktureller Beeinträchtigung im Rahmen stationärer psychodynamischer Psychotherapie*. Master-Thesis, International psychoanalytic University Berlin.
- Franke, G. H., Hoffmann, T., & Frommer, J. (2005). Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese? *Z Psychosom Med Psychother*, 51(4), 360-372.
- Franz, M., Janssen, P., Lense, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., & Heuft, G. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multicenterstudie *Z Psychosom Med Psychother*, 46, 242-258.
- Franz, M., Seidler, D., Jenett, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., & Hartkamp, N. (2015). Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Z Psychosom Med Psychother*, 61, 19-35.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2009). Richtlinie Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. *Bundesanzeiger*, 58, 1399.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting Marital Happiness and Stability from Newlywed Interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60(1), 5-22.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostika*, 50(4), 171-181.
- Hahlweg, K., & Baucom, D. H. (2008). *Partnerschaft und psychische Störung* (Vol. 34). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpffer, M., Brütt, A. L., & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ)? *Psychotherapy Research*, 1, 1-11.
- Hautzinger, M. (2016). Psychotherapie bei Depressionen Aktuelle Empfehlungen der revidierten Fassung der Nationale Versorgungsleitlinie Depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45(2), 85-92.
- Herrmann, A. S., & Huber, D. (2013). Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 59(2), 273-289.
- Hinz, A., Stöbel-Richter, Y., & Bröhler, E. (2001). Der Partnerschaftsfragebogen (PFB). *Diagnostika*, 47, 132-141.
- Höflich, A. (2006). *Ergebnisse und Vorhersagemerkmale einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie* Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Huber, D., Albrecht, C., Henrich, G., & Klug, G. (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55/2009, 189–199, 55, 189-199.
- Huber, D., Brandl, T., & Klug, G. (2004). The scales of psychological capacities: Measuring beyond symptoms. *Psychotherapy Research*, 14(1), 89-106.
- Huber, D., & Klug, G. (2015). Zeit in der psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 60(2), 94-101.
- Huber, D., & von Rad, M. (2011). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus* (Vol. 1). Stuttgart Klett-Kotta
- Hyunjoo, S., & Hyun-Ah, C. (2017). Exploration of the Factor Structure of the Mentalization Questionnaire (MZQ) in 16–17-year-old Korean Adolescents. *Korean Journal of Clinical Psychology* 36(3), 391-401.

-
- Imperatori, C., Della Marca, G., Amoroso, N., Maestoso, G., Valenti, E. M., Massullo, C., & Farina, B. (2017). Alpha/Theta Neurofeedback Increases Mentalization and Default Mode Network Connectivity in a Non-Clinical Sample *Brain Topography*, 30, 822-831.
- Innamorati, M., Imperatori, C., Harnic, D., Erbuto, D., Patitucci, E., & Janiri, L. (2017). Emotion Regulation and Mentalization in People at Risk for Food Addiction. *Behavioral Medicine*, 43(1).
- Kächele, H., & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 53, 408-413.
- Kernberg, O. F. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus* (Vol. 1). Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing, *The Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169-195.
- Kernberg, O. F. (2017). Paarkonflikte aus psychoanalytischer Sicht. *Forum Psychoanalyse*, 33(3), 1-15.
- Kliem, S., Job Ann, K., Kröger, C., Bodenmann, G., Stöbel-Richter, Y., Hahlweg, K., & Brähler, E. (2012). Entwicklung und Normierung einer Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(4), 81-89.
- König, K., Dahlbender, R. W., Holzinger, A., Topitz, A., & Doering, S. (2016). Kreuzvalidierung von drei Fragebögen zur Strukturdiagnostik: BPI, IPO und OPD-SF. *Z Psychosom Med Psychother*, 62(177-189).
- Leichsenring, F. (1999). Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument for Assessing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63.
- Liebherz, S., & Rabung, S. (2013). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psych Med*, 63, 355-364.
- Lux, U., & Walper, S. (2016). Partnerschaftsbeziehungen nach einer Trennung Vor- und Nachteile gegenüber ersten Liebesbeziehungen. *Psychotherapeut*, 61(1), 22-28.
- Mestel, R. (2014). Praxis der ICD-10-Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 13(2), 91-101.
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., & Grabhor, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 485-494.
- Padberg, F. (2015). Psychotherapie der chronischen Depression. *Nervenheilkunde*, 34, 880-887
- Perneger, T. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *British Medical Journal*, 316, 1236-8
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45, 1-13.
- Pleuni, P. (2016). Reliability and validity of the Mentalization Questionnaire (MZQ) in forensic care. Retrieved from <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=142737>
- Pothoff, P. & Moini-Afchari, U. (2012). Mentalization based treatment (MBT) in der Gruppe – neues Paradigma oder alter Wein in neuen Schläuchen? *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 48/2012, 198-214
- Prestona, S. D., & deWaalb, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES*, 25, 1-72.
- Rabung, S., & Leichsenring, F. (2016). Evidenz für psychodynamische Langzeittherapie. *Psychotherapeut*, 61, 441-446.
- Reddemann, L. (2010). *Imagination als heilsame Kraft* (Vol. 15). Stuttgart: Klett-Kotta.
- Reiner, I. C., Fremmer-Bombik, E., Beutel, M. E., Steele, M., & Steele, H. (2013). Adult Attachment Interview – Grundlagen, Anwendung und Einsatzmöglichkeiten im klinischen Alltag. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59(3), 231-246.

-
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective Functioning in panic disorder patients: A Pilot Study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4), 1339-1343.
- Rudolf, G. (2016). Indikation zur strukturbezogenen Psychotherapie. *Psychotherapeut-Springer Verlag Berlin Heidelberg* 2016, 61(4), 309-313.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R., & Schumann, E. (2004). Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 50, 37-52.
- Sabaß, L., Padberg, F., Normann, C., Engel, V., Konrad, C., Helmle, C., Jobst, A., Worlitz, A. & Brakemeier, E. (2017). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as group psychotherapy for chronically depressed inpatients: a naturalistic multicenter feasibility trial. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 77-91
- Schöps, C. (2016). Wenn die Seele Hilfe braucht Was macht eine gute Psychotherapie aus? Wem hilft welches Verfahren? Und was genau geschieht dabei eigentlich in einem Menschen? *Zeit*, 46.
- Schulz-Venrath, U. (2013). *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Shamay-Tsoory, S. G., & Aharon-Peretz, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: A lesion study. *Neuropsychologia*, 45, 3054-3067.
- Shedler, J. (2007). The Shedler Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55.
- Shill, M., & Lumley, M. (2002). The Psychological Mindedness Scale: Factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(2), 131-150.
- Slade, Arietta (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281.
- Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F., Hahn, S., Brody, D., & Johnson, J. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*; 272(22):1749-56.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder the GAD-7. *Arch Intern Med.*, 166(10), 1092-1097.
- Sprong, M., Schothors, T. P., Vos, E., Hox, J., & vanEngeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018. In www.destatis.de (Thematische Recherche: Zahlen & Fakten - Gesellschaft & Staat - Gesundheit – Krankheitskosten-Depression - Dokumentart: Tabelle). Abrufdatum: 10.01.2018
- Staub, L., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Taubner, S. (2010). Mentalisierung und chronische Depression. *Psychotherapeut*, 55, 299-305.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., & Nübling, R. (2005). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation* (Vol. 55). Bern: Verlag Hans-Huber
- Subic-Wrana, C., Böhringer, D., Breithaupt, J., Herdt, L., Knebel, A., & Beutel, M. E. (2010). Mentalisierungsdefizite bei stationären Patienten. *Psychotherapeut*, 55, 306-311.
- Sulz, S. K. D., Richter-Benedikt, A. J., & Hebing, M. (2010). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie*, 15(2).
- Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Tiemann, M., Heuft, G., & Schneider, G. (2012). Langzeitkatamnese zu Beschwerdeverlauf und Behandlungszufriedenheit älterer stationärer Psychotherapiepatienten. *Z Psychosom Med Psychother*, 58, 180-191.
- Valk, S. L., Bernhardt, B. C., Trautwein, F.-M., Böckler, A., Kanske, P., Guizard, N., & Singer, T. (2017). Structural plasticity of the social brain: Differential change after social-affective and cognitive training. Retrieved from <http://advances.sciencemag.org/>

-
- Verreault, M., Sabourin, S., Lussier, Y., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2013). Assessment of Personality Organization in Couple Relationships: Factorial Structure of the Inventory of Personality Organization and Incremental Validity over Neuroticism. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 85-95.
- Weinryb, R. M., Rössel, R. J., & Schauenburg, H. (1999). Eine deutsche Version des „Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP“. *Psychotherapeut*, 44(4), 227-233.
- Weltgesundheitsorganisation, Dilling, H., Mombur, W., & Schmidt, M. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel 5 (F) Klinisch diagnostische Leitlinien* (Vol. 6). Bern: Verlag Hans Huber.
- Whisman, X. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of abnormal Psychology*, 116(3), 638-643.
- Will, H. (2000). Zwei Grundtypen depressiven Beziehungsverhaltens: abhängige und selbstkritische Depression und ihre psychodynamische Therapie. *Psychotherapie CIP-Medien*, 5(1), 79-83.
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128.
- Winter, K., Spengler, S., Bermpohl, F., Singer, T., & Kanske, P. (2017). Social cognition in aggressive offenders: Impaired empathy, but intact theory of mind Retrieved from www.nature.com/scientificreports
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., Wallner, T., Schauenburg, H., Frommer, J., Huber, D., Clarkin, J., & Dammann, G. (2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Items-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostika*, 59(1), 3-16.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S., & Dammann, G. (2015). Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16) *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61(1), 5-16.

10. Anhang

> Klinikum Harlaching

Klinikum Harlaching • Städtisches Klinikum München GmbH
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sanatoriumsplatz 2 • 81545 München

Peter Mustermann
Musterstraße 66
66666 Musterstadt

Klinik für Psychoso-
matische Medizin und
Psychotherapie

Chefärztin
Prof. Dr. med. Dr. phil.
Dorothea Huber

Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Tel. (089) 6210-2898
Fax (089) 6210-2898

psychosomatik.kh@klinikum-
muenchen.de

Klinikum Harlaching -
Akademisches Lehrkrankenhaus

So erreichen Sie uns:
Tram 15/25 oder Bus 139
Klinikum Harlaching

30. Juni 2017

Sehr geehrter Herr Mustermann,

ich schreibe Ihnen im Namen von Frau Prof. Dr. Dr. Huber, da Sie sich in unserer Klinik zur stationär-psychotherapeutischen Behandlung befanden.

Um die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit unseres therapeutischen Angebotes zu prüfen und ggf. zu verbessern, würden wir gerne erfahren, wie es Ihnen mittlerweile geht. Daher bitten wir Sie herzlich, an unserer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Auch wenn es Sie etwas Zeit kostet (ca. 15 min) helfen Sie nicht nur uns, etwas zu lernen und ggf. verändern zu können, sondern auch maßgeblich späteren Patienten.

Bitte füllen Sie die angehängten Fragebögen, die Sie teilweise noch aus Ihrem Aufenthalt bei uns kennen, vollständig aus und senden Sie diese im beigelegten Umschlag an uns zurück. Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne per E-Mail an mich wenden:

elisabeth.kirchner@klinikum-muenchen.de

Wir danken Ihnen sehr für Ihr Mitwirken und wünschen Ihnen alles Gute!

Mit freundlichen Grüßen

Elisabeth Kirchner

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum München-Harlaching
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Städtisches Klinikum München GmbH
Theodor-Kutzer-Str. 48
80337 München

Geschäftsführung:
Dr. med. Axel Fischer (Vorsitzender),
Susanne Diefenthal, Dr. med. Thomas Kösslin,
Dietmar Pawlik
Aufsichtsrat:
Oberbürgermeister Dieter Reiter (Vorsitzender)

Handelsregister:
München HRB 154 102
USt-IDNr.: DE514194919



PM010199

**Patientenbefragung der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
München-Harlaching**

Willkommen bei unserer Befragung zur Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und Ihrem Befinden.

Wir möchten unsere Behandlung ständig weiterentwickeln, daher interessiert es uns besonders, wie es unseren Patienten nach einem längeren Zeitraum seit ihrem Aufenthalt in unserer Klinik geht. Bitte helfen Sie uns, indem Sie uns ca. 15 Minuten Ihrer Zeit schenken und unsere Patienten-Umfrage beantworten. Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Ihren Namen benötigen wir als zusätzliches Kriterium, damit wir Ihre aktuellen mit Ihren früheren Angaben vergleichen können.

Platz für zusätzliche Bemerkungen finden Sie auf der letzten Seite des Fragebogens.

Name, Vorname: Datum:

Zunächst würden wir Ihnen gerne einige Fragen stellen, die unter anderem Dinge betreffen, die sich seit Ihrem Aufenthalt in unserer Klinik bei Ihnen ereignet haben.

1. Haben Sie im Anschluss an Ihren Klinikaufenthalt eine Psychotherapie gemacht?

ja, ambulant ja, stationär nein

2. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

kein Partner fester Partner, getrennt lebend fester Partner, zusammen lebend

3. Gab es Veränderungen im Beziehungsstatus seit Ihrem Aufenthalt bei uns?

keine Veränderung Trennung neuer Partner

4. Als Sie zu uns kamen, klagten Sie über eine Reihe von Problemen. Wie geht es Ihnen damit heute?

sehr gut gut teils/teils schlecht sehr schlecht

5. Wie hat Ihnen rückblickend die Therapie in der Psychosomatischen Klinik im Klinikum Harlaching geholfen?

sehr geholfen ziemlich geholfen etwas geholfen nicht geholfen geschadet

Auf dieser und der nächsten Seite folgen einige Fragen zu Ihrem Befinden in den vergangenen Wochen.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Oberhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, sodass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Oberhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MZQ / PM010199

Im Folgenden finden sie einige Aussagen, die sich auf Fähigkeiten beziehen Gefühle von anderen und von sich wahrzunehmen. Wir möchten Sie bitten möglichst spontan Ihre Zustimmung zu diesen Aussagen zu kennzeichnen. Hierbei können Sie einer Aussage voll und ganz, oder aber auch überhaupt nicht zustimmen. Bitte lassen Sie bei Ihrer Beantwortung keine Aussage aus.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils- teils	Stimme weit- gehend zu	Stimme voll und ganz zu
1. Wenn ich erwarte, kritisiert oder verletzt zu werden, nimmt meine Angst immer mehr zu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Erklärungen von anderen helfen mir nur wenig dabei, meine Gefühle zu verstehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Gefühle werden für mich manchmal gefährlich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Dass mich jemand wirklich gern hat, kann ich nur glauben, wenn es für mich ausreichend reale Beweise (z.B. eine Verabredung, ein kleines Geschenk oder eine Umarmung) dafür gibt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Meistens ist es besser, nichts zu fühlen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Ich kann meine Gefühle oft nicht kontrollieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Es fällt mir schwer zu glauben, dass Beziehungen sich verändern können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Ich neige dazu, Gefühle der körperlichen Anspannung oder des Unbehagens solange nicht wahrzunehmen, bis sie meine ganze Aufmerksamkeit „erzwingen“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Über Gefühle zu sprechen würde bedeuten, dass diese immer mächtiger werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Manchmal wird mir erst im Nachhinein bewusst, welche Gefühle ich vorher hatte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Es fällt mir häufig schwer, meine Gefühle in ihrer ganzen Intensität wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Ich fühle mich oft in der Vorstellung bedroht, dass mich jemand kritisieren oder verletzen könnte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Wenn jemand in meiner Gegenwart gähnt, ist das ein sicheres Zeichen dafür, dass er sich in meiner Gesellschaft langweilt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Ich habe meistens keine große Lust, mit anderen über meine Gedanken und Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Oft weiß ich gar nicht, was in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

IPO-16

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Aussagen, die man verwendet, um sich selbst zu beschreiben. Bitte lesen Sie jeden Satz durch und entscheiden Sie, wie sehr er auf Ihre Gefühle, Gedanken und Beziehungen in Ihrem Alltag zutrifft. Kreuzen Sie hierzu jeweils das entsprechende Feld von 1 („trifft nie zu“) bis 5 („trifft immer zu“) an. Denken Sie nicht zu lange über Ihre Antwort nach, sondern kreuzen Sie einfach das Feld an, das Ihnen als erstes in den Sinn kommt. Bitte lassen Sie bei Ihrer Beantwortung keinen Satz aus.

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft gelegent- lich zu	trifft oft zu	trifft immer zu
16. Ich spüre, dass mein Geschmack und meine Meinungen nicht wirklich meine eigenen sind, sondern dass ich sie von anderen übernommen habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Ich bin mir nicht sicher, ob eine Stimme, die ich gehört habe oder etwas, was ich gesehen habe, Einbildung ist oder nicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Es passiert mir, dass ich Dinge so sehe, dass sie sich bei näherer Betrachtung als etwas anderes herausstellen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Es fällt mir schwer, Menschen zu vertrauen, da sie sich so oft gegen mich wenden oder mich betrügen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Ich gehe Beziehungen mit anderen ein, die ich nicht wirklich mag, weil es mir schwer fällt, "nein" zu sagen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Es passiert mir, dass ich Dinge tue, die ich zu anderer Zeit für nicht allzu gescheit halte (z.B. häufig wechselnde Sexualpartner haben, lügen, trinken, Wutanfälle bekommen oder kleine gesetzwidrige Handlungen begehen).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Leute sagen mir, dass ich mich widersprüchlich verhalte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Ich kann nicht sagen, ob bestimmte körperliche Empfindungen, die ich habe, wirklich sind, oder ob ich sie mir nur einbilde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Wenn andere mich erfolgreich sehen, fühle ich mich in Hochstimmung; wenn sie mich dagegen scheitern sehen, fühle ich mich am Boden zerstört.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Ich habe Angst, dass Leute, die wichtig für mich werden, plötzlich ihre Gefühle mir gegenüber ändern.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Ich verstehe oder weiß Dinge, die niemand sonst versteht oder wissen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Ich verhalte mich so, dass es anderen unberechenbar und sprunghaft vorkommt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Nachdem ich mich mit Leuten eingelassen habe, bin ich erstaunt herauszufinden, wie sie wirklich sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Es passiert mir, dass ich Dinge tue, die mir in dem Moment in Ordnung erscheinen, aber bei denen ich im Nachhinein kaum glauben kann, dass ich sie getan habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Ich kann nicht unterscheiden, ob ich nur möchte, dass etwas wahr wäre oder ob es wirklich wahr ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. Es ist schwierig für mich, alleine zu sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PFB-K / PM010199

Ich habe einen Partner Ja ₁ Nein ₂

Nur falls ja:

Im Folgenden ist eine Reihe von Verhaltensweisen aufgeführt, die möglicherweise in Ihrer Partnerschaft/Ehe auftreten. Diese Verhaltensweisen können von Ihrem Partner oder von Ihnen beiden gezeigt werden. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung an, wie oft diese Verhaltensweise in der letzten Zeit aufgetreten ist. Kreuzen Sie bitte die erste Antwort an, die Ihnen in den Sinn kommt. Denken Sie bitte daran, jede Feststellung zu beantworten und bei jeder Feststellung nur eine Antwort anzukreuzen

	Nie/sehr selten	Selten	Oft	Sehr oft
32. Er/Sie sagt mir, dass er/sie zufrieden ist, wenn er/sie mit mir zusammen ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
33. Er/Sie äußert sich abfällig über eine von mir geäußerte Meinung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
34. Er/Sie nimmt mich in den Arm.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
35. Wir unterhalten uns am Abend mindestens eine halbe Stunde miteinander	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
36. Er/Sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
37. Er/Sie streichelt mich zärtlich.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
38. Er/Sie bemüht sich, sich meine Wünsche zu merken und erfüllt sie bei passender Gelegenheit.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
39. Er/Sie kritisiert mich in sarkastischer Art und Weise.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
40. Er/Sie sagt mir, dass er/sie mich gern hat.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wie glücklich würden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

- sehr unglücklich ₁
unglücklich ₂
eher unglücklich ₃
eher glücklich ₄
glücklich ₅
sehr glücklich ₆

Mit der Beantwortung unserer Fragen haben Sie uns sehr geholfen, unsere Behandlung weiterzuentwickeln. Dafür möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

Wir wünschen Ihnen weiterhin alles Gute!

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Benutzung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze und Satzteile sind als Zitate belegt, andere Anlehnungen hinsichtlich Aussage und Umfang unter Quellenangabe kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Datum: München, 6.09.2022

Unterschrift: Elisabeth Kirchner

Danksagung

Ich bedanke mich bei meinem Doktorvater Herrn Professor Frank Padberg für die Ermöglichung dieser Dissertation. Meiner Betreuerin Frau Professor Dorothea Huber, ehemals Chefarztin der Psychosomatischen Klinik Harlaching, gilt mein besonderer Dank für ihre kompetente, geduldige und freundliche Begleitung. Auch meinem psychologischen Kollegen, Herrn Joachim Frank, möchte ich für den Austausch, seine Unterstützung und stets hilfsbereite Grundhaltung sehr herzlich danken.

Ich danke meinen Eltern und Geschwistern für ihr Vorbild und ihre nachhaltigen Ermutigungen. Ich danke meiner Tochter, die „trotz allem“ nun auch Medizin studieren möchte.

Zuletzt danke ich aber jedem, der eben durch eine *sichere Bindung* mein Selbstvertrauen und Durchhaltevermögen entscheidend mit gestärkt hat, denn:

„Am Ende wird alles gut, und wenn es nicht gut ist, dann ist es noch nicht zu Ende.“