

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Fachbereichs Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. A. Maneros)

**Beziehungen zwischen Behandlungserfolg
und spezifischer Beurteilung der Therapieformen in der stationären
Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen
des Clusters C**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Claudia Döschner
geboren am 25. 06. 1975 in Halle/Saale

Betreuer: PD Dr. med. Konzag

Gutachter: Prof. Dr. med. Frommer
Prof. Dr. med. Plöttner

Eröffnung: 25.06.2007
Verteidigung: 21.01.2008

urn:nbn:de:gbv:3-000013455

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000013455>]

Ich danke meinen Eltern
für die jahrelange Unterstützung meines Studiums
und
widme ihnen diese Arbeit

Kurzreferat

In Deutschland wird die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen mit ca. 10% der Gesamtbevölkerung angegeben. In einem Zeitraum von 1995 bis Ende 2000 wurden an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 120 Patienten mit einer nach den Kriterien der DSM IV (1,10) diagnostizierten Cluster - C Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Fragestellung nach einem möglichen Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Wirksamkeit einzelner Therapieformen während der stationären Psychotherapie untersucht. Die Zielstellung war, klinisch relevante Konsequenzen aus den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung abzuleiten.

Zu vier verschiedenen Messzeitpunkten wurden sowohl soziodemographische als auch klinisch relevante Variablen (Wirksamkeit einzelner Therapieformen, therapeuten- und patientenseitige Angaben zum Behandlungserfolg) erfasst.

Die verschiedenen Erfolgsgruppen wurden hinsichtlich ihrer Merkmale in einem Prä-/Postvergleich analysiert und mögliche Prädiktoren für einen Therapieerfolg bzw. Misserfolg betrachtet.

Im Ergebnis der Untersuchung ergab sich eine Übereinstimmung der Therapieerfolgsbeurteilung durch Patienten und Therapeuten. Faktoren wie die Beschwerdedauer und Motivationsangaben der Patienten waren nicht prognoserelevant. Von ausschlaggebender Bedeutung ist, ob die Patienten im stationären Verlauf der Therapie schon zu Beginn kleinere Erfolgserlebnisse verzeichnen können. Schon zu Beginn der Behandlung ergibt sich folglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erfolgsbeurteilung durch patienten- und therapeutenseitige Kriterien und dem späteren Therapieerfolg.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Patienten in ihrer großen Mehrheit von der stationären Psychotherapie sehr profitieren konnten.

Auffällig war, dass die Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Therapieformen zwischen Patienten und Therapeuten differierte. Diesbezüglich ist eine kritische Reflexion der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse im Behandlungsverlauf erforderlich.

Döschner, Claudia: Beziehungen zwischen Behandlungserfolg und spezifischer Beurteilung der Therapieformen in der stationären Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen des Clusters C , Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 69 Seiten, 2006

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kapitel 1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Empirische Untersuchungen zur stationären integrativen Psychotherapie	3
1.3 Konzeption der stationären integrativen Psychotherapie	6
Kapitel 2 Cluster C- Persönlichkeitsstörungen	13
2.1 Definition von Persönlichkeitsstörungen	13
2.2 Charakteristika von Cluster – C- Persönlichkeitsstörungen	14
2.3 Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung bei Cluster - C- Störungen	16
Kapitel 3 Behandlungskonzept der Klinik	19
3.1 Therapiestruktur	19
3.2 Phasenmodell der therapeutischen Beziehung	20
3.2.1 Vorbemerkung	20
3.2.2 Inhalt und Ablauf des Phasenmodells	20
Kapitel 4 Empirische Untersuchungen	23
4.1 Hypothesen	23
4.2 Ziele und Methodik der Untersuchung	24
Kapitel 5 Ergebnisse	27
5.1 Deskriptive Auswertung	27
5.2 Weiterführende testdiagnostische Auswertungen	40
5.3 Diskussion	45
5.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung	48
Kapitel 6 Literaturverzeichnis	50
Kapitel 7 Anlagen	56
Kapitel 8 Thesen	68
Lebenslauf	
Erklärung	
Danksagung	

Kapitel 1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Vor dem Hintergrund des immer größer werdenden Interesses an einheitlichen Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung von Patienten, wurden auch die Forschungsaktivitäten zur Untersuchung der Wirksamkeit der stationären Psychotherapie intensiviert.

Für die Qualität einer stationären Behandlung ist vor allem ein differenziertes, diagnosespezifisches Therapieangebot, welches der entsprechenden Patientenklientel gerecht wird, wichtig.

Zur Klärung der Korrelation von Therapieerfolg und einer Reihe von relevanten Einflussfaktoren, wie Qualität der therapeutischen Beziehung, Dauer der Therapie, spezifischen Patientenmerkmalen und verschiedenen Therapieformen, vor allem der Gruppenpsychotherapie (17, 53, 56, 57), wurden in den letzten Jahren zunehmend empirische Untersuchungen durchgeführt. In deren Ergebnis konnte eine gute Wirksamkeit von Psychotherapie festgestellt werden. Jedoch besteht ein weitergehender diagnosespezifischer Forschungsbedarf zur Wirksamkeit der stationären psychodynamischen Psychotherapie, da bisher nur begrenzt aussagefähige Stichprobenzahlen für einzelne Diagnosegruppen zur Verfügung standen.

Unter den Bedingungen der Akutversorgung, wie an einer Universitätsklinik, wurden Untersuchungen an großen spezifischen Patientenproben mit Persönlichkeitsstörungen bisher nicht durchgeführt, da aufgrund begrenzt vorhandener Kapazitäten (Bettenzahlen) und der fehlenden Homogenität der zu untersuchenden Patientenklientel sich die diagnosespezifische Stichprobenfindung problematisch gestaltete.

Wie von Franz et. al (17) belegt, werden häufig Patienten mit schweren strukturellen Störungen, zur stationären Psychotherapie eingewiesen. Die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen in der Gesamtbevölkerung wird im deutschen Sprachraum nach Maier et. al 1992 (39) mit 10 % angegeben.

Dabei kommt den im Diagnostisch – Statistischen - Manual Psychischer Störungen (1) als Cluster - C auf der Achse II zusammengefassten Persönlichkeitsstörungen eine besondere Bedeutung zu, da sich häufig im Verlauf der Behandlung gravierende Probleme entwickeln.

Im einzelnen werden Cluster – C Persönlichkeitsstörungen in die anankastische, die selbstunsicher - vermeidende und die dependente Persönlichkeitsstörung unterschieden.

Innerhalb der Gesamtbevölkerung liegt die Prävalenzrate für eine anankastische Persönlichkeitsstörung zwischen 1,7% und 6,4%, für die selbstunsicher - vermeidende Persönlichkeitsstörung zwischen 0,4% und 1,3% und für die dependente Persönlichkeitsstörung zwischen 1,6% und 6,7%.

In klinischen Populationen werden auf der Basis umfangreicher Studien von Loranger et al. (14) die Prävalenzen der selbstunsicher - vermeidenden Persönlichkeitsstörung zwischen 11 - 15,2%, für die dependente Persönlichkeitsstörung zwischen 4,5 - 4,6% und für die anankastische Persönlichkeitsstörung zwischen 1,8 - 2,8 % angegeben.

Diese epidemiologischen Zahlen belegen die gesundheitspolitische Bedeutung der Evaluierung der Effektivität der Behandlung von Patienten mit Cluster -C Persönlichkeitsstörungen.

Die vorliegende Arbeit analysiert die Wirksamkeit der stationären psychodynamisch orientierten Psychotherapie bei diesen nach den Kriterien der DSM IV (Tabelle 1,1,10) diagnostizierten Patienten.

In diesem Zusammenhang wurden im Zeitraum von 1995 bis Ende 2000 an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg der Therapieerfolg einer Gruppe von 120 Patienten mit einer Cluster -C Persönlichkeitsstörung, welche mit stationärer Psychotherapie behandelt wurden, wissenschaftlich untersucht.

1.2 Empirische Untersuchungen zur stationären integrativen Psychotherapie

In Verlauf zahlreicher empirischer Studien konnte die Effektivität der Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen ausreichend gesichert werden (3, 31, 61). Allerdings finden sich unter diesen Arbeiten nur wenige Wirksamkeitsstudien.

Gerade im Hinblick auf längerfristige psychotherapeutische Behandlungen von Cluster - C Persönlichkeitsstörungen fehlen bisher empirischen Studien (51, 61) zur Korrelation zwischen spezifischen Persönlichkeitsstörungen und der Wirksamkeit einzelner Therapieformen.

Die hohe Komorbidität der einzelnen Persönlichkeitsstörungen untereinander und mit einer Vielzahl anderer Störungsbilder erschwert dabei die Zusammenstellung eines homogenen Patientenkollektivs.

Nur wenige Studien genügen dem gegenwärtigen methodischen Standard und beinhalten transparente nachprüfbar Angaben über therapeutische Konzepte, das untersuchte Patientenkollektiv bzw. Veränderungseffekte (2, 3).

Im Folgenden sollen einige Studien näher beleuchtet werden, bei denen versucht wurde, die oben genannten Kriterien zu berücksichtigen.

Ahrens und Junge untersuchten im Verlauf einer stationären psychodynamisch orientierten Behandlung Patientenmerkmale und Behandlungserfolg (27). Am Ende der Behandlung gaben 85%, ein Jahr nach Entlassung noch 75% der untersuchten Patienten eine Beschwerdebesserung an. Im Vergleich der Zeitpunkte ein Jahr vor und ein Jahr nach Beendigung der stationären Behandlung verzeichneten drei Viertel der Patienten eine Verringerung der Beschwerdesymptomatik. Im Ergebnis der Berliner Psychotherapiestudie (41, 42, 43), in welcher 151 stationär psychodynamisch behandelte Patienten untersucht wurden, konnte für ca. 75% der Patienten eine Besserung festgestellt werden.

In der so genannten Zauberbergstudie (35) wurde die Effizienz der psychotherapeutischen Behandlung im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation untersucht. Die Katamneseerhebung bei 364 Patienten ergab, dass 23,7% deutlich und 43,9% etwas gebessert abschnitten. Bei 26,9% resultierten keine Veränderungen, 5% wiesen Verschlechterungen auf. Im Heidelberger Katamneseprojekt (8, 64) wurden über einen bestimmten Zeitraum an der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg alle stationär und ambulant behandelten Patienten erfasst, die während dieser Zeit zur Therapie kamen. Die vor der Therapie festgelegten Therapieziele und Auswertungsgrundlagen wurden am Ende der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt zur Evaluation der Effektivität herangezogen. Zur Katamnese zeigten bei der Symptombewertung 45% einen guten, 36% einen leichten und 18% keinen Erfolg.

Je nach Diagnosegruppe ergaben sich geringfügig ungünstigere Werte für psychosomatische, etwas positivere für psychische Störungen.

Zur Untersuchung der Effekte der stationären Gesprächspsychotherapie führten Böhme et al. (7) eine 1 - Jahres- Katamnese durch und stellten dabei eine hochsignifikante Beschwerdeminderung (lediglich 17,4% der Patienten waren nicht erfolgreich) fest. Dabei fiel eine Verbesserung der spezifischen Einflussgrößen Depressivität, Selbst- und Fremdakzeptanz auf. Bei der Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörung zeigte sich zusätzlich eine Verbesserung der sozialen Kompetenz. Weiterhin imponierte diagnosespezifisch eine signifikant geringere Abnahme der Erkrankungsschwere bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Vor allem Einzel - (59,6%) und Gruppengespräch (58,4%), aber auch der Kontakt mit anderen Patienten (56,9%) wurden von dem untersuchten Patientenkollektiv als besonders hilfreich beschrieben.

Strauß und Burgmeier- Lohse (55) evaluierten eine stationäre psychoanalytisch orientierte Langzeitgruppentherapie. Von durch testdiagnostische Prä- Post- Untersuchungen und Therapiezielüberprüfung untersuchten 31 Patienten konnte bei 9 ein deutlicher, bei 11 ein mittlerer und bei 8 kein bzw. nur ein geringer Erfolg festgestellt werden. Als besonders hilfreich wurden dabei von der erfolgreichen Gruppe Klarifikation, Lerneffekt, Katharsis, Einsicht und die Wiederbelebung der Erfahrungen aus dem familiären Umfeld beurteilt. In der weniger erfolgreichen Gruppe wurden diese Punkte als nur geringfügig hilfreich eingeschätzt. Nach Therapeuteneinschätzung zeigten vor allem die erfolgreicherer Patienten eine Verbesserung der verbalen, kommunikationsfördernden Fähigkeiten und ihrer Abgrenzungsmöglichkeiten. In weiteren Studien wurden eine Vielzahl von Faktoren und deren Wirkkomponenten untersucht, welche auf die stationäre Psychotherapie bzw. die Rehabilitation einen Einfluss ausüben könnten.

Schulz et al. (50) betrachteten in ihrer Studie Behandlungsabbrüche im psychosomatischen Rehabilitationsbereich. Dabei kristallisierten sich das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, das Alter bzw. Vorbehandlungszeiten und Arbeitsunfähigkeitsdauer als klinische Prädiktoren für einen Abbruch der Behandlung heraus. Die Patienten mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung wurden 1,5 – 2 -mal häufiger vorzeitig entlassen, als andere Diagnosegruppen. Die Patienten unter 30 Jahren wurden 2 -mal häufiger entlassen, als andere Altersgruppen. Bei längerer vorstationärer Arbeitsunfähigkeit oder Vorbehandlungen erhöhte sich ebenfalls das Risiko für einen vorzeitigen Therapieabbruch. Diese Behandlungsabbrüche erfolgten sehr häufig innerhalb der ersten 6 Wochen einer Therapie.

Bei der Untersuchung von Kordy et al. (32) stand die Patientenperspektive im Mittelpunkt. Dabei wurden neben Prä- Post- Vergleichen (Giessen Test, Giessener Beschwerdebogen) am Ende der Behandlung Fragen vom Patienten beantwortet, welche die subjektiv als hilfreich empfundenen Therapieangebote näher beleuchten sollten.

Die zwei verwendeten Settings (Gruppentherapie oder Gruppentherapie kombiniert mit Einzeltherapie) wurden parallel untersucht.

Im Ergebnis schätzen die Patienten die Gruppentherapie, die Konzentrierte Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie als besonders hilfreich ein.

Wurden Einzel- und Gruppentherapie kombiniert, kam der Einzeltherapie eine deutlich positivere Bewertung zu (92%), als der Gruppentherapie (66%).

Es wurde vermutet, dass eine freie Auswahl (keine zwingende Festlegung) der Therapieangebote innerhalb der stationären integrativen Psychotherapie, einen besonders positiven Einfluss auf die Behandlung des einzelnen Patienten hat.

Bassler et al. (4, 5) untersuchten den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdauer der stationären tiefenpsychologischen Psychotherapie auf den Therapieerfolg. Die erhobenen Daten von 219 Patienten können zusammenfassend einen recht deutlichen positiven Effekt einer langen Behandlungsdauer nachweisen. Je besser die therapeutische Beziehung patientenseitig eingeschätzt wird, desto länger währte die Dauer der Behandlung. Bei kürzerer Behandlungsdauer wiesen die Patienten eine geringere Verbesserung der Symptomatik auf.

Bassler und Hoffman (2) analysierten weiterhin auch die Qualität der therapeutischen Beziehung im Rahmen der stationären integrativen Psychotherapie. Es ließ sich jedoch im Unterschied zu Untersuchungen im ambulanten Bereich kein korrelativer Zusammenhang zwischen der initialen Qualität der Beziehung und dem späteren Therapieerfolg feststellen. Erst bei der Entlassung zeigte es sich, dass eine gute therapeutische Beziehung möglicherweise einen Einfluss auf die Besserung der Symptomatik hat. Ebenfalls ließen einzelne Faktoren wie Arbeitsbündnis oder Empathie (therapeutenseitige Einschätzung) keine prognostischen Aussagen bezüglich des Outcomes zu.

Bei der Entlassung zeigten sich drei mit dem Therapieerfolg signifikant korrelierende Faktoren: die Qualität des Arbeitsbündnisses, der erreichte Schulabschluss sowie die Schwere der Störung der Patienten.

Insgesamt wurden Patienten mit einem höheren Schulabschluss als introspektionsfähiger eingeschätzt. Patienten mit mittlerem Abschluss wurden als psychosozial angepasst, schwererer gestörte Patienten als wenig motiviert charakterisiert.

1.3. Konzeption der stationären integrativen Psychotherapie

Für die therapeutische Beziehung in der stationären integrativen Psychotherapie fordern Heigl- Evers und Ott (23) Respekt, Präsenz und Akzeptanz als basale Grundeinstellungen. Trotz der vielfach schwierigen therapeutischen Beziehung muss der Patient als Individuum akzeptiert werden, wodurch die Gefahr heftiger Gegenübertragungsreaktionen verringert wird.

Ebenso wichtig für die therapeutische Arbeit ist, dass Therapeuten bei strukturell schwer gestörten Patienten nicht durch Deutungen, sondern durch selektiv authentisches Antworten einwirken (23).

Kernberg hebt andererseits hervor, dass es notwendig ist, frühe Abwehr- und Objektbeziehungsformen und negative Übertragungen zu reinszenieren, um die Entwicklung einer integrierten Selbst- und Objektrepräsentanz zu fördern. Allgemeine Ich- Funktionen und die Realitätsprüfung werden durch die Interpretation primitiver Abwehr eher gestärkt (28, 48, 51).

Im stationären Setting sind die strukturierten Rahmenbedingungen eine externe Kompensationsmöglichkeit und ein Strukturierungsangebot für den Patienten, um Internalisierungsprozesse zu fördern. Weiterhin stellen sie einen schützenden, klar umgrenzten Raum dar, der ein gemeinsames Agieren von intrapsychischen Konflikten auf zwischenmenschlicher Ebene verringern soll.

Dieser stationäre Rahmen beinhaltet die Krankenhaus- und Stationsordnung, den zeitlich vorgegebenen Therapieplan, sowie den individuellen Therapievertrag.

In diesen Verträgen werden die Grundlagen des gemeinsamen Arbeitsbündnisses festgelegt. Diese Vereinbarungen enthalten unter anderem die Therapieziele, bestimmte Bedingungen für eine stationäre Psychotherapie (z. B. aktive regelmäßige Teilnahme an den Gruppenstunden) und mögliche Konsequenzen bei Nichteinhaltung.

Die Therapieangebote im verbalen und nonverbalen Bereich können nach Jansen (25, 26) in drei verschiedene Bereiche unterteilt werden:

- verbal- konfrontativ- interpretativer Bereich (v.a. Einzel- und Gruppentherapie)
- extraveral-kreativer Bereich (v.a. Malen/ Musik/ Bewegungstherapie)
- somatisch- ärztlich-pflegerischer Bereich (v.a. Holding function)

Durch die entsprechenden Therapieangebote wird den strukturell schwer gestörten Patienten auf verschiedenen Ebenen eine vertiefte Konfliktanalyse ermöglicht.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die im Folgenden beschriebenen Therapieformen unter Beachtung ihrer Wirksamkeit näher betrachtet.

Einzeltherapie

Die bei der untersuchten Patientenstichprobe eingesetzte Einzeltherapie ist tiefenpsychologisch orientiert und richtet sich nach den interaktionell-analytischen Prinzipien von Heigl-Evers (23).

Die Grundeinstellungen des Therapeuten zeichnen sich durch Qualitäten wie Respekt, Präsenz und Akzeptanz gegenüber dem Patienten aus (15, 23, 48, 51).

Anfangs dient die Einzeltherapie dem ausführlichen Interview, der Fokussierung des Therapieprozesses und der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen.

Die Behandlung findet im Sitzen statt. Durch diese Vorgehensweise soll eine freie Assoziation verhindert werden, um eine strukturierende und themenselektierende Fokusbildung zu ermöglichen.

Bevor im Sinne einer Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten die individuellen Therapieziele und damit verbundene Arbeitsschritte geklärt werden können, müssen bei einem ausführlichen psychodynamischen Aufnahmegespräch sowohl biographische Daten, als auch spezifische Störungsmuster herausgearbeitet werden.

Der Therapeut konfrontiert den Patienten mit konflikthaften Anteilen und regt eine Neubewertung an. So ist es dem Patienten im Behandlungsverlauf möglich, Ambivalenzen zu integrieren. (40, 48, 51). Entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten, können Sitzungsdauer und -frequenz variiert werden.

Um eine gemeinsame Arbeitsbasis zu schaffen, schließen Patient und Therapeut einen Therapievertrag über die schrittweise Erreichung der Therapieziele ab.

In der sich dadurch entwickelnden dyadischen Beziehung hat während der gesamten Psychotherapie die Bearbeitung der vorhandenen Beziehungskonflikte und deren Auswirkungen hinsichtlich der Selbst- und Objektrepräsentanzen oberste Priorität (40, 48, 51).

Im Verlauf der Einzeltherapie werden regressive psychische Phänomene in Form der Reinszenierung früherer Konflikte schrittweise bearbeitet.

Eine Verknüpfung der horizontalen interaktiven (Gegenwart) und der vertikalen intrapsychischen (Vergangenheit) Ebene wird therapeutisch gefördert (58).

Unter Einbeziehung von Übertragung und Gegenübertragung werden die Symptomatik des Patienten und mögliche auslösende Situationen näher beleuchtet.

Infolgedessen ergibt sich eine Analyse bisheriger dysfunktionaler und die Erarbeitung konstruktiver alternativer Konfliktbewältigungsstrategien.

Das auch Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten Einfluss auf den Behandlungserfolg haben, ist anzunehmen, denn der Umgang mit den entstehenden Gegenübertragungssituationen ist individuell getönt. Den Therapeuten dienen deshalb zur Bearbeitung ihrer Gegenübertragungen zum Patienten Supervisionen von erfahrenen Fachkollegen.

Gruppenpsychotherapie

„Gruppenpsychotherapie ist die Therapieform, die ganz speziell die interpersonale Situation der kleinen sozialen Gruppe psychodynamisch nutzt, indem sie es gestattet, dass der soziale Mikrokosmos der Gruppe die sozial entstandenen Probleme der einzelnen Gruppenmitglieder über kurz oder lang zum Tragen kommen lässt.“ (65). Wie in der Einzeltherapie steht auch in der Gruppentherapie das Individuum mit seinen ganz eigenen intrapsychischen und interpersonellen Konflikten im Vordergrund der Behandlung.

Pluralität und Autonomie stehen sich im Gruppentherapieverlauf gegenüber und entwickeln vielfältige Beziehungsinszenierungen, die durch die Förderung konstruktiver Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster eine differenzierte Interaktion möglich werden lassen (23, 53, 57).

Im strukturierten Raum der Gruppe ergeben sich bewusste oder unbewusste Reinszenierungen früherer psychosozialer Erfahrungen. Durch Einsicht, Verstehen, Identifikation und Bestätigung durch andere Gruppenmitglieder können die Patienten emotional korrigierende Erfahrungen sammeln (53, 57, 62). Den Patienten wird die Möglichkeit eröffnet, sich durch die wechselseitigen sozialen Beziehungen im emotionalen, kognitiven und handlungsspezifischen Austausch zu erleben und zu verändern.

Im intragruppalen Verhalten wird der Konflikt des Einzelnen auf drei verschiedenen Ebenen erlebt und bearbeitet. Das von Heigl- Evers und Heigl entwickelte Schichtenmodell zur Gruppentherapie spiegelt diesen Prozess wider (18, 23).

- Ebene 1 > unbewusstes Handeln
- Ebene 2 > vorbewusstes Verhalten
- Ebene 3 > bewusstes Verhalten

Entstehende Übertragungsprozesse während der Behandlung wirken in der Gruppentherapie nicht nur auf den Therapeuten ein, sondern werden in Form von multilateraler Übertragung bei allen Gruppenmitgliedern spürbar (9). Ein besonderer Abwehrmechanismus, welcher für diese Therapie typisch ist, ist die psychosoziale Kompromissbildung bzw. projektive Identifizierung innerhalb der Gruppe (56, 57, 62). Durch diese interindividuelle Gruppenleistung wird der psychische Schutz der gesamten Gemeinschaft gewährleistet.

Der Gruppentherapeut hat die Aufgabe, einen therapeutisch nutzbaren Gruppenprozess in Gang zu bringen und zu fördern, parallel dazu aber auch die psychosoziale Entwicklung jedes Einzelnen zu unterstützen.

Zum einen vertritt er die Norm der freien Interaktion, zum anderen als Angehöriger der klinischen Institution deren bestehendes Struktursystem (23), was von den Patienten oft widersprüchlich erlebt wird.

Heigl- Evers und Heigl (30) verweisen weiterhin darauf, dass der Gruppentherapeut verstehend (diagnostizierend) und fördernd (intervenierend) den Gruppenprozess begleiten soll. Zeitgleich muss er die gegebenen Rahmenbedingungen und deren Einfluss auf den Therapieprozess einschätzen und mit ihnen therapeutisch umgehen können.

Die gruppentherapeutischen Methoden müssen im stationären Setting häufig aufgrund institutioneller und settingspezifischer Rahmenbedingungen modifiziert werden (53, 56, 57, 62).

Im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit dem Therapieerfolg wurden von Tschuschke (1993) eine Reihe möglicher Wirkfaktoren wie Selbstöffnung, Rekapitulation der Primärfamilie, Kohäsion, interpersonelles Lernen und Verhaltensänderung als spezifische Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie untersucht. Vor allem Kohäsion, Selbstöffnung, Output (Verhaltensänderung) und Rekapitulation zeigten dabei eine enge positive Korrelation zum Therapieerfolg. Weniger spezifisch hingegen waren Verständnis, Respekt, Interesse, Vergebung, Wärme, Akzeptanz und Empathie.

Die Vorteile der Gruppenpsychotherapie sind in der besseren therapeutischen Nutzung interaktioneller Fähigkeiten, der Förderung sozialer Fertigkeiten, der Realitätsorientierung, der Kontrollfähigkeit und den optionalen „Trainingshandlungen“ in einem Mehrpersonenfeld zu sehen (13, 14, 15).

Mal- und Gestaltungstherapie

Die Mal- und Gestaltungstherapie gehört zu den nonverbalen Therapieformen und arbeitet mit bildnerisch-gestalterischen Mitteln vor einem tiefenpsychologischen Verständnishintergrund.

Dabei sind zwei grundsätzliche Zielrichtungen möglich (9):

- selektiv authentische, klientenorientierte Therapieziele
- persönlichkeiterweiternde Therapiezielsetzung

Gestaltungstherapeuten übernehmen während der Behandlungsphase die Rolle einer stabilen, analysierenden Bezugsperson, welche den Patienten beobachtet, ihn anregt und ermutigt und ihm nur wenig konfrontative Interpretationen anbietet (9).

Diese Form der Therapie wird im Behandlungsplan so eingebunden, dass parallel zu Einzel- oder Gesprächstherapie das Erlebte auf einer symbolisch- präverbalen Ebene dargestellt und dadurch besser verarbeitet werden kann.

Gerade Patienten mit geringen Verbalisierungsmöglichkeiten wird über die Förderung kreativer Potentiale und die Darstellung affektiver Vorgänge im Bild der Zugang zu eigenen oft unbewussten Erlebens- und Verhaltensmustern eröffnet (25, 26).

Durch die kreative Arbeit können aufgestaute Spannungen oder Unlustgefühle abgebaut, eigene Ressourcen aufgebaut und der adäquate Umgang mit der eigenen seelischen, geistigen, körperlichen und sozialen Realität gefördert werden (9).

Durch Umgehung sprachlicher Kontrollbarrieren kann sich ein angstfreierer Zugang zu Phantasien, Wünschen und Emotionen entfalten. Oft resultiert daraus eine Verknüpfung unbewusster Impulse mit bewusst gestalteten Ausdrucksformen.

Im Verlauf der Therapie kann eine Themenzentrierung erfolgen, z.B. in Form des Aufgreifens von Beziehungsmustern, Symptomen, oder Emotionen.

Musik- und Tanztherapie

Die Musik- und Tanztherapie zählt ebenfalls zu den nonverbalen Therapieformen.

Sie vereint Musik als „prä- oder postverbales Ausdrucksmittel mit der Bewegung und besitzt tiefenpsychologisch wirksame Potenzen“ (9).

Musik kann in Verbindung mit Bewegung zur Erfahrung aktueller Kommunikationsstrukturen beitragen (verhaltenszentrierter Ansatz), oder vorwiegend zur Aufarbeitung verdrängter Erlebnisinhalte (konfliktzentrierter Ansatz) eingesetzt werden.

Über die Veränderung der Wahrnehmung, des Verhaltens oder über den Abbau von vorhandenen Ängsten und Blockierungen, fördert die Musik- und Tanztherapie die Selbsterkenntnis und die Fähigkeit zur Selbstentfaltung.

Sie fördert ebenfalls die interpersonelle Kommunikation, die Entwicklung von Körperkontrolle und das Erlernen angemessener Bewältigungsstrategien (9).

Im spielerischen Umgang mit Konflikten oder emotional-affektiven Erfahrungen werden im gruppenspezifischen Prozess Verbalisierungsschranken abgebaut und Gemeinsamkeits-, Selbstwert- und Kompetenzgefühle aufgebaut.

Zwei grundsätzliche Varianten der Therapie lassen sich unterscheiden:

- passiv-rezeptive Musiktherapie
- aktiv-produzierende Musiktherapie

Auch ohne Vorkenntnisse fördert das eigene „Produzieren“ von Musik das Bewusstwerden seelischer Spannungszustände und die Identifizierung bzw. Aufarbeitung emotionaler Defizite.

Rezeptiv angewandt wirkt Musik je nach Rhythmus, Lautstärke oder Klangfarbe erregend oder beruhigend. Wird sie aktiv zum Einsatz gebracht, ist sie ein kommunikatives Medium zwischen allen teilnehmenden Personen.

Nach dem „Effort– Shape- System“ von Labans (9) sollte ein Musiktherapeut als teilnehmender Beobachter fungieren und über Rückmeldung, Unterstützung und Austausch, den Veränderungsprozess in der Gruppe begleiten.

Kommunikative Bewegungstherapie

Die kommunikative Bewegungstherapie (KBT) wurde von Wilda- Kiesel ursprünglich im Rahmen der Physiotherapie entwickelt.

Sie stellt eine handlungsorientierte, tiefenpsychologisch geprägte Therapiemethode dar, welche durch nonverbale Kommunikation (Gestik, Mimik, Körpersprache) und eigenes Spüren und Erleben, die emotionale Beteiligung des Patienten fördert (9).

Die KBT findet in der Gruppe statt und wird im Rahmen der stationär integrativen Psychotherapie als körperpsychotherapeutische Methode eingesetzt.

Gerade vielen Patienten mit psychischen Störungen fällt es sehr schwer, den eigenen Körper positiv zu erleben. Durch kommunikative Bewegungstherapie soll es ihnen ermöglicht werden, über „Erfahrung äußerer Objekte im aktiven Erspüren, Ertasten und Bewegen, Selbstverständnis und Selbstbewusstsein zu entwickeln, sowie körperliche Entspannung und Lernprozesse im sozialen Umfeld bewirken.“ (12)

Die patientenspezifischen psychodynamischen Akzente wie Abwehrstrukturen werden ebenso einbezogen, wie gruppendedynamische Aspekte, die sich im Kontakt der Patienten untereinander ergeben.

Im Umgang mit dem eigenen Körpererleben und den Erfahrungen innerhalb der Gruppe, die unterstützend und in Problembereichen klärend agiert, soll der Patient Schritt für Schritt entscheidungsfähiger, risikobereiter und konfliktfähiger werden und einen besseren Zugang zur eigenen Körperwahrnehmung entwickeln.

Videogestütztes Rollenspiel

Das Rollenspiel wird zu den verhaltenstherapeutischen Standardmethoden gerechnet.

Es ermöglicht spielerisch Konflikte zu analysieren und entsprechende Bewältigungsstrategien einzuüben. Das Aufgreifen psychodynamischer Aspekte ist ebenfalls möglich.

Der Patient erlebt im Spiel die intrapsychischen und interpersonellen Facetten von Problemsituationen.

Er kann die eigenen Defizite in der Kommunikation mit anderen Menschen erkennen und Veränderungen des eigenen Verhaltensmusters bewusst einüben und überprüfen (11).

Autogenes Training

Das autogene Training (AT) ist nicht als eigenständiges Psychotherapieverfahren zu verstehen. Vielmehr ist es eine supportive Begleittherapie, die ressourcenaktivierende und selbstwirksamkeitsstärkende Effekte bewirkt (52). Durch autosuggestiv herbeigeführte Entspannung erschließt es dem Patienten Möglichkeiten einer verbesserten Selbstwahrnehmung auf körperlicher und emotionaler Ebene (23). Der psychotherapeutische Prozess kann durch

dieses Bewusstwerden des Zusammenhanges zwischen Psyche und Physis positiv beeinflusst werden (33). Autogenes Training wird in eine Ober- und Unterstufe eingeteilt.

Die in der Oberstufe zusätzlich verwendeten Farb- und Bildimaginationen können zu einer Verbesserung der Introspektionsfähigkeit führen.

Vor Beginn jeder Übung wird dem Patienten der genaue Ablauf erläutert. Während des AT richtet er sich dann nach den vorgegebenen Formeln, welche in bildhafter Weise den erstrebten Zustand widerspiegeln.

Der Patient soll dabei lernen, sich im vorstrukturierten Rahmen intensiv auf sein eigenes Körperempfinden zu konzentrieren.

Das autogene Training erfreut sich besonders im prophylaktischen Anwendungsbereich eines größeren Interesses, obwohl es nicht bei allen Störungsbildern wirksam ist.

Bei der Behandlung von psychosomatischen Beschwerden und psychoneurotischen Erkrankungen kann es begleitend zur Therapie eingesetzt werden (23)

Es wurden mehrere kontrollierte Wirksamkeitsstudien zum autogenen Training (Grawe et al 1994, Stetter/ Mann 1984, Kaluza et al 1986) vorgelegt. Eine gesicherte Aussage zu Therapieerfolgen steht jedoch noch aus.

Kapitel 2 Cluster C- Persönlichkeitsstörungen

2.1 Definition von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen werden definiert als „tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen“ (39, S.173).

Die Störung der Person zeigt sich vor allem durch extreme inadäquate Verhaltensweisen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Da es sich bei Persönlichkeitsstörungen um situationsspezifische Erlebens- und Verhaltensmuster handelt, besteht ein Problem der Diagnosefindung darin, zwischen einer akzentuierten Persönlichkeitseigenschaft und einer Persönlichkeitsstörung zu differenzieren (14, 59, 60).

In der DSM IV Klassifikation (1) werden diesbezüglich folgende Kriterien festgelegt:

- Es besteht eine deutliche Unausgeglichenheit in Einstellung/ Verhalten in mehreren Funktionsbereichen (Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle)
- Das abnorme Verhalten ist andauernd und nicht auf einzelne Episoden beschränkt
- Das abnorme Verhaltensmuster ist tief greifend und in vielen Situationen unpassend und unflexibel
- Es bestehen ein deutliches subjektives Leiden und deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungen
- Die Störung beginnt meist bereits in der Kindheit/ Jugend und manifestiert sich im Laufe des Erwachsenenalters

Der Betroffene erlebt sein Verhalten im Gegensatz zu seiner psychosozialen Umwelt oft primär nicht als störend, was auch als Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen bezeichnet wird. In diesem Zusammenhang prägt die Unfähigkeit zu Empathie in zwischenmenschlichen Beziehungen das Bild dieser Störungsgruppe in der Öffentlichkeit.

Aufgrund der daraus resultierenden Schwierigkeiten flüchtet der Patient in zwischenmenschlich noch weniger akzeptierte Verhaltensweisen, welche von seinem Umfeld mit verstärkter Ablehnung, Kritik und Ausgrenzung beantwortet werden, wodurch die intrapsychischen Spannungen weiter anwachsen (14, S.789) .

Einsicht im Hinblick auf die Mitverantwortlichkeit für die zunehmenden interpersonellen Schwierigkeiten existiert bei dieser Personengruppe wie o.g. primär häufig nicht. Durch die psychosozialen Probleme entsteht jedoch im Verlauf häufig ein sekundärer Selbstveränderungsdruck, vor allem wenn sich wichtige Bezugspersonen immer mehr distanzieren.

2.2 Charakteristika von Cluster - C Persönlichkeitsstörungen

Auf der Basis der allgemeinen diagnostischen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung, ermöglichen spezifische Symptome eine differenzierte Einteilung der Persönlichkeitsstörungen. In dem Diagnostisch - Statistischem Manual Psychischer Störungen (DSM IV) werden die Cluster - A (paranoid, schizoid, schizotypisch), Cluster - B (antisozial, Borderline, hysterisch) und Cluster - C (vermeidend, dependent, zwanghaft) als spezifische Persönlichkeitsstörungen unterschieden. (Tabelle 1 Anhang)

Im multiaxial aufgebauten DSM IV (1) werden unter dem Begriff Cluster - C die selbstunsicher -vermeidende, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung subsumiert. Diese Zusammenfassung als Cluster – C wurde unter Berücksichtigung des in dieser Diagnosegruppe durchgehenden gemeinsamen Verhaltensmusters in Form von sozialer Unsicherheit, Angst und Furcht vor Zurückweisung erstellt. Die diagnostischen Kriterien beziehen sich dabei nicht auf psychodynamische Zusammenhänge oder ätiologische Faktoren, sondern auf das klinische Erscheinungsbild. Entsprechend ihrer Leitsymptome werden die Cluster - C Persönlichkeitsstörungen wie folgt differenziert:

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F.60.5)

Für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung ist ein „starres, perfektionistisches, dogmatisches, grüblerisches, moralisches, unflexibles, unentschlossenes, emotional und kognitiv blockiertes“ (6, S.275) Verhaltensschema typisch. Das übergewissenhafte Streben nach Sorgfalt und Perfektion wird Ich - synton erlebt und sämtliche Bestrebungen zur Aufrechterhaltung subjektiver Autonomie stehen selektiv hochgradig eingeeengt unter dem Regime moralischer, logischer oder sozialer Regeln und Maximen (11, 12, 14). Oft beginnt diese Erkrankung im frühen Erwachsenenalter. Von den folgenden 8 Kriterien müssen mindestens 4 gegeben sein:

- Übermäßiges Beschäftigen mit Details, Regeln, Plänen etc., dabei geht der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität verloren
- Arbeit und Produktivität werden über Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen gestellt
- Der eigene Perfektionismus behindert die Erfüllung gestellter Aufgaben, Unentschlossenheit behindert die Entscheidungsfindung
- Die Person ist nicht in der Lage alte oder wertlose Dinge wegzuworfen
- Die Person delegiert nur widerwillig Aufgaben, arbeitet ungern mit anderen zusammen
- Die Person ist geizig zu sich selbst und anderen gegenüber
- Überzogene Gewissenhaftigkeit, Besorgtheit, Starrheit gegenüber allem, was Moral, Ethik oder Wertvorstellungen betrifft

Selbstunsicher -vermeidende Persönlichkeitsstörung (F.60.6)

Diese Persönlichkeitsstörung ist geprägt durch eine „durchgängige, emotionale und kognitive Vermeidung“ (6, S.227). Sozialer Rückzug und Vermeidung von zwischenmenschlichen Beziehungen sind eine Selbstschutzreaktion vor erwarteter Ablehnung durch andere Personen. Der Betroffene agiert im inneren Konflikt zwischen Bindungsangst- und Bindungssehnsucht. Nach interpersonellen Erklärungsansätzen von Horney (14, S.296) müssen eine „zunehmende interpersonelle Entfremdung und Feindseligkeit als natürliche Reaktionsform auf erlebte Hilflosigkeit und Angst“ gesehen werden. Durch dieses extrem passiv- distanzierende Vermeidungsmuster und den sich daraus ergebenden sozialen Konsequenzen, weisen diese Patienten häufig depressive Symptome auf (39). Der Beginn der Erkrankung liegt im frühen Erwachsenenalter. Von folgenden 7 Kriterien müssen mindestens 4 erfüllt werden:

- Durch Kritik oder Ablehnung extrem leicht zu verletzen
- Sofern die Person sich nicht sicher ist, akzeptiert zu werden, geht sie keine engeren Beziehungen ein
- Hält sich für gesellschaftlich unbeholfen, unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen
- Nimmt ungern persönliche Risiken auf sich und vermeidet neue Unternehmungen, weil diese sich als beschämend erweisen könnten
- Ist durch Gefühle der eigenen Unzulänglichkeit in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt
- Vermeidet aus Angst vor Missbilligung oder Zurückweisung berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte bedingen
- Zeigt Zurückhaltung in intimeren Beziehungen, aus Angst beschämt oder lächerlich gemacht zu werden

Dependente Persönlichkeitsstörung (F.60.7)

Bei Patienten mit diesem Störungsbild ist ein abhängiges, unterwürfiges Verhalten und Hilflosigkeit bei der Entscheidungsfindung auffallend. Sie neigen zu „Trennungsängsten, Passivität oder Selbstabwertung und durch den Verlust von Bezugspersonen kann es zu suizidalen Handlungen kommen.“ (6, S.257)

Sie erleben sich als vollkommen abhängig von anderen Menschen ohne eine dominierende Bezugsperson oder als hilflos und allein. In den Beziehungsmustern dieser Patienten dominiert eine extreme Nachgiebigkeit gegenüber anderen, die eigene Person wird nur über die Bedürfnisse wichtiger Bezugspersonen definiert (11, 12, 14). Der Erkrankungsbeginn liegt im frühen Erwachsenenalter. Mindestens 5 von den folgenden 8 Kriterien müssen erfüllt sein:

- Eigeninitiative und Eigenaktivitäten sind erschwert
- Unfähigkeit, alltägliche Entscheidungen zu treffen, ohne ständig Rat und Billigung anderer einzuholen
- Benötigt andere, welche die Verantwortung für seine wichtigsten Lebensbereiche übernehmen
- Wenn Beziehungen zerbrechen defragmentiert die Persönlichkeit
- Sucht bei anderen Fürsorge und Unterstützung, stellt dafür eigene Interessen zurück
- Fühlt sich alleine unwohl oder hilflos und vermeidet dies nach Möglichkeit
- Starke Verlassensängste
- Schwierigkeiten beim unabhängigen Durchführen von Unternehmungen durch mangelndes Vertrauen in die eigene Urteilskraft

2.3 Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung bei Cluster - C Störungen

Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen werden die Ich -strukturellen Defizite häufig situativ- oder kontextabhängig massiv bemerkbar.

Besonders in psychosozialen Krisen werden mangelhafte Selbst- und Objektwahrnehmung, fehlerhafte Impulskontrolle und die gestörte Autonomie- bzw. Abhängigkeitsregulation, sichtbar (14, 15).

Diese pathologischen Verhaltensmuster und die damit verbundenen Abwehrmechanismen (Verdrängung, Vermeidung etc.) müssen Inhalt der psychotherapeutischen Behandlung sein. Das Therapieziel sollte dabei zunächst weniger die unmittelbare Änderung der Persönlichkeit sein, als vielmehr die Verbesserung der sozialen und interpersonellen Fähigkeiten. Dem Patienten sollten hierbei alternative Bewältigungsmuster (Copingstrategien), sowie Kompetenz im Umgang mit interaktionellen Konflikten vermittelt und das Erlernen entsprechender Verhaltensweisen ermöglicht werden (14, 15).

Nachfolgend sollen die zu beachtenden Besonderheiten der Behandlung in einer skizzierten Übersicht dargelegt werden:

- Klare, zieltransparente, hoffnungsvermittelnde Therapeuteninterventionen
- Längere gegenwarts- und realitätsorientierte Anfangsphase als supportive Therapie
- Vermeidung regressionsfördernder und abwehrprovozierender Interventionen
- Förderung der Mitverantwortlichkeit des Patienten
- Psychoedukative Konfrontation mit möglichen Negativfolgen des eigenen Verhaltens
- Ich - Syntonie in Ich - Dystonie umwandeln und dadurch Veränderungsmotivation fördern

Im therapeutischen Setting werden die pathologischen Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen auch im Umgang mit den stationär vorgegebenen Rahmenbedingungen deutlich.

Bei der Behandlungsplanung müssen vor allem Therapiedauer, Sitzungsfrequenz, Technik, Strategie etc. den Bedürfnissen der Patienten angepasst werden (6).

Während die Therapiebemühungen sowohl auf vertikal -intrapsychischer, wie auf horizontal -interaktiver Ebene stattfinden, sitzen sich Patient und Therapeut gegenüber. Dies soll möglichen malignen Regressionen, extremen Gegenübertragungsaspekten oder aber aufkommenden Gefühlen des Ausgeliefertseins seitens des Patienten entgegenwirken.

Da die zentrale Affektregression, die Gebundenheit an die vorhandenen pathologischen Affekte und der daraus resultierende verfestigte innere Widerstand gegen eine Veränderung sich bei der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten ungünstig auswirken, gelten sie oft als schwer therapierbar. Zur Wirksamkeit der verschiedenen Therapieansätze existieren deshalb bisher nur sehr wenige Studien.

Im Folgenden soll kurz auf wichtige Aspekte des Therapieablaufes bei den einzelnen Cluster - C Störungen eingegangen werden.

Die Therapie einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung muss klar identifizierte Behandlungsziele und Behandlungsgrenzen beinhalten. Die regelmäßige Teilnahme an allen Therapiesitzungen sollte ebenfalls schon vor Beginn abgesprochen werden, denn mehr als bei den anderen Störungsmustern dieses Clusters muss seitens der Patienten mit erheblichen Complianceproblemen gerechnet werden (14).

Shapiro empfiehlt die „ Schemata zu rekonstruieren, zu modifizieren, zu interpretieren und Interventionen, die auf die Stärkung der eigenen Wirksamkeitswahrnehmung abzielen“ im Therapieverlauf einzubringen, denn zwanghafte Patienten nehmen häufig die Bemühungen des Therapeuten als fehlerhaft wahr (6). Eine initiale massive Konfrontation mit den zwanghaften Eigenarten soll, soweit möglich, vermieden werden.

Aus Angst vor Kontrollverlust fällt es diesen Patienten schwer, sich zu öffnen und über ihre defizitären Strukturen zu reflektieren. Daher muss ihnen im Verlauf der Behandlung näher gebracht werden, dass ihr Verhalten Nachteile bewirkt und die interaktionellen Konflikte durch mehr Extroversion besser beeinflussbar sind.

Bei der Behandlung von Patienten mit einer selbstunsicher -vermeidenden Persönlichkeit können nach vorherrschender Meinung in der Literatur alle Therapieformen zur Anwendung gebracht werden, bei denen dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt wird, seine interpersonellen Unsicherheiten und Beziehungsstörungen, zu reflektieren (14, 15, 24, 27).

Dies kann durch Selbstsicherheitstraining oder allmähliches Erhöhen der emotionalen Toleranzgrenze unterstützt werden. Als Hauptproblem erweist sich allerdings immer der entstehende Ambivalenzkonflikt zwischen dem Wunsch nach Bedürfnisbefriedigung und der Angst vor damit verbundenen Risiken (6).

Bei Patienten mit dependenter Grundstruktur ist oft zu erleben, dass sie ihren Mangel an eigener Entschlussfähigkeit leicht durch die vorgegebenen Rahmenbedingungen einer Klinik kompensieren können.

Häufig haben bei diesen Fällen Therapeuten und Patienten auch sehr hohe Erwartungen hinsichtlich des Behandlungserfolges (6). Der Patient erscheint im Therapieverlauf zunächst hochmotiviert und überträgt schnell seine Abhängigkeitswünsche auf den Therapeuten und versucht alles zu tun, was erwartet wird, ohne sich innerlich weiterzuentwickeln (14, 15).

Durch diese scheinbar hohe Compliance wird nicht selten kurzfristig vorgetäuscht, der Patient profitiere von der Behandlung, obwohl er sich nur oberflächlich den Erwartungen des Therapeuten anpasst.

Therapieziel muss es jedoch sein, Unabhängigkeit bzw. Eigenverantwortung zu fördern. Von Overholser (14, 15) werden vor allem die Stärkung der Selbstüberwachung, Selbstevaluation und Selbstverstärkung benannt.

Im vereinbarten Arbeitsbündnis kann mit klar festgelegten Grenzen der patientenseitig angestrebten pathologisch abhängigen Beziehung zum Therapeuten entgegengewirkt werden.

Außertherapeutische Kontakte sollten im Umgang mit dependenten Patienten strikt vermieden werden (6).

Eine Aufklärungsphase kann über „frühzeitiges Erarbeiten der Interaktionsschwierigkeiten und Hilflosigkeit die Motivation des Patienten zur aktiven Mitarbeit steigern und positiv im Hinblick auf zunehmende Selbstkontrolle der gewohnheitsbedingten Dependenz wirken.“ (14).

Wird jedoch zu forciert auf autonome Entscheidungsprozesse hingearbeitet, besteht die Gefahr des vorzeitigen Therapieabbruchs, da der Patient sich aufgrund mangelhafter Selbstsicherheit schnell überfordert und bedroht fühlen kann.

Kapitel 3 **Behandlungskonzept der Klinik**

Im Folgenden soll ein Überblick über die stationäre Therapiestruktur der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Halle gegeben werden.

Das zur Anwendung kommende Behandlungskonzept basiert auf den theoretischen Grundlagen der stationären integrativen Psychotherapie nach Jansen, welche im Kapitel 2 erläutert wurden.

3.1 Therapiestruktur

Die Patienten bilden halboffene Gruppen, die durchschnittliche Verweildauer der Patienten beträgt 71 Tage.

Nach eingehendem Erstinterview und psychodiagnostischen Tests bei der stationären Aufnahme wird, je nach Schweregrad der Symptomatik oder Störung, über den weiteren Behandlungsverlauf entschieden.

In der Folge werden gemeinsam mit den Patienten Therapieziele erarbeitet und dokumentiert.

Durch diesen Ablauf können vorhandene Motivationsprobleme und eine fehlende Psychogeneseinsicht erfasst und thematisiert werden.

Von Beginn an soll bei den Patienten die Integrationsfähigkeit im Hinblick auf seine psychischen Konflikte gefördert werden. Parallel wird der Patient in den stationären Behandlungsablauf eingliedert und mit den Rahmenbedingungen vertraut gemacht.

Im Mittelpunkt des wöchentlichen Behandlungsplanes stehen 4 Gruppenstunden von je 60 Minuten und zusätzlich 2- 3 Einzelgespräche von je 45 Minuten, welche der patientenspezifischen Therapievereinbarung angepasst sind.

Eine Stationsgruppe im wöchentlichen Turnus mit Patienten, Therapeuten und Pflegepersonal dient vor allem der Optimierung von Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Über die gesamte Woche verteilt nehmen die Patienten weiterhin an 4 Stunden Mal- und Gestaltungstherapie, 2,5 Stunden Musik- und Tanztherapie, 2 Stunden Kommunikative Bewegungstherapie und 1 Stunde Rollenspiel teil.

Außerdem sieht der Therapieplan Autogenes Training, Konzentrierte Entspannung, Gymnastik und Yoga als begleitende Therapien vor. Außerhalb der Gruppentherapien können die Patienten bei Bedarf verhaltenstherapeutische Therapieformen, wie zum Beispiel das Selbstsicherheitstraining und das Angstbewältigungstraining durchführen. Der vorhandenen Symptomatik entsprechend werden mit den Patienten zusätzliche Vereinbarungen wie Ernährungsberatung, Gewichtskontrolle etc. getroffen.

3.2 Phasenmodell der therapeutischen Beziehung

3.2.1 Vorbemerkung

Erfahrungsgemäß bereitet die psychotherapeutische Behandlung von Ich- strukturell gestörten Patienten immer wieder große Schwierigkeiten.

Vor diesem Hintergrund wurde von Konzag und Fikentscher an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik ein Behandlungskonzept entwickelt, welches anhand des Leitaspektes Objektbeziehungen, die einzelnen therapeutischen Phasen strukturiert.

Dabei handelt es sich um „idealtypische Verdichtungen immer wieder beobachtbarer Abläufe in der Therapie.“ (30)

Der individuelle Therapieverlauf kann dabei abhängig vom jeweiligen Patienten in unterschiedlicher Ausprägung vom idealtypisch-schematisiertem Phasenablauf abweichen.

Die Verlaufskonstruktion unterschiedlicher Phasen der Objektbeziehung soll als Verstehensmodell dienen, um eine Hilfestellung bezüglich des Umganges mit strukturell gestörten Patienten zu bieten und den Therapieverlauf zu optimieren.

3.2.2 Inhalt und Ablauf des Phasenmodells

Das Phasenmodell wird untergliedert in eine pseudoneurotische Anfangsphase, eine Spaltungsphase, eine trianguläre Phase, eine Nachreifungsphase und die Trennungsphase. Diesen Phasen werden bestimmte Merkmale der Objektbeziehungen, Abwehrkonstellationen, interaktionellen Botschaften des Patienten und darauf zurückgehende Behandlungsstrategien, zugeordnet.

Unter Beachtung der drei verschiedenen Ebenen einer therapeutischen Beziehung, können entsprechende Therapieziele formuliert werden.

Wie von Petzold (1993) dargestellt, spielen dabei die Erlebnisaktivierung, Bewusstwerdung und die emotionale Nachsozialisation (30) eine große Rolle.

Der Prozess verläuft auf den folgenden 3 Ebenen:

- Verhaltens- und Handlungsebene: Ziel ist v.a. die Erarbeitung alternativer Bewältigungsstrategien
- Kognitiv- psychosoziale Ebene: Ziel ist v.a. die Psychogeneseeinsicht
- Psychodynamische Ebene: Ziel ist v.a. die emotionale Nachsozialisation

„Die Ebene der Interventionssequenzen bezieht sich auf den aktuellen Kontextzusammenhang der Störung vor dem Hintergrund der jeweiligen Biographie der Patienten. Welche Ebene angezielt wird, verändert sich situativ.“ (30)

Nachfolgend sollen diese Einzelheiten dieses Phasenmodell dargestellt werden. Einen Überblick bietet Tabelle 2 im Anhang.

Die pseudoneurotische Anfangsphase umfasst den Zeitraum der ersten zwei Wochen nach der stationären Aufnahme, welcher einen Versorgungsaspekt und einen introspektionsfördernden Aspekt besitzt. Die damit verbundenen Anforderungen an die Interaktionsbereitschaft des Patienten fördern eine hoffende Erwartungshaltung.

Häufig dominieren in dieser Phase Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung und Identifikation mit dem Aggressor (30).

In der Objektbeziehung wird eine apersonale Teilobjektübertragung deutlich, in der sich trotz Beziehungswünschen, unterschwellig entgegengesetzte Tendenzen (Beziehungsvermeidung) zeigen.

Mit strukturierten Vorgaben, Hilfs-Ich- Angeboten und der Erarbeitung konkreter Therapieziele kann der Therapeut Vermeidungstendenzen rechtzeitig entgegensteuern und Unterstützung anbieten.

Das Erarbeiten der Therapievereinbarung kann den Patienten verunsichern, da der Inhalt und die Ziele dieses Vertrages bisher gültige Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten in Frage stellen.

Damit der therapeutische Prozess nicht durch unterschwellige Vermeidungswünsche des Patienten beeinflusst wird, ist es wichtig, auf therapeutischer Ebene ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu ermöglichen.

In der sich anschließenden Spaltungsphase überwiegt nach einer ausgehandelten Therapievereinbarung und den zunehmend intensiveren Kontakten die Inszenierung der starren Selbstobjekt- und Beziehungsrepräsentanzen.

Der Patient schützt sich durch diese Spaltungsabwehr vor Desintegrations-, Verfolgungs- und Verschmelzungsängsten. Die therapeutische Beziehung ist oft gekennzeichnet durch abwechselnd auftretende klammernd- aussagende und aggressiv- entwertende Tendenzen. Oft besteht während dieser Zeit eine erhöhte Gefahr für autoaggressive Krisen und massiver Zunahme der Symptomatik. Dies kann zum Bruch von Therapievereinbarungen und zum Therapieabbruch führen.

Ziel muss es sein, trotz gewollter partieller regressionsfördernder Interventionen, eine generalisierte Regression der Ich- Funktionen, zu verhindern (30). Eine haltgebende Funktion hat in diesem Zeitraum der strukturelle Außenrahmen, welcher einer malignen Regression entgegenwirken soll. Innerhalb der therapeutischen Gruppe erleben die strukturell gestörten Patienten neben Ängsten, Aggressionen, Neid, Rivalität und Kontaktängsten, auch positive Rückmeldungen, Akzeptanz und Gemeinsamkeit.

Parallel zu den in der Gruppe möglichen interpersonellen Lernerfahrungen fördern auch die körperorientierten Therapieformen eine gezieltere Körperwahrnehmung und damit verbunden, eine Ausdrucksdifferenzierung.

Die Körpertherapie „führt zu einem Abbau internalisierter maligner Selbstvorstellungen und damit zu einer authentisch gefühlten, körperlichen Identität“ (30).

Stark libidinös gefärbte bzw. aggressive Triebenergien des Patienten können durch Aufspaltung der Übertragungsmechanismen im Behandlungsteam integriert werden.

In der folgenden Triangulierungsphase fungiert der Therapeut als haltgebendes Objekt für den Patienten, der mittlerweile fähig ist, zwischenmenschliche Beziehungen besser zu steuern.

Es kann eine deutliche Progression der Ich- Funktionen beobachtet werden, obwohl der Patient noch immer durch Objektverlustängste und destruktive Spaltungsphänomene in „alte“ Verhaltensmuster zurückfallen kann.

Durch einen weiteren Abbau der Spaltungsmechanismen ist es dem Patienten in der Nachreifungsphase situativ möglich, reifere Objektbeziehungen zu anderen Mitgliedern der Therapiegruppe einzugehen. Der Einzeltherapeut ist in dieser Zeit „affektiver Resonanzverstärker, Anleiter zur Selbstreflexion, Identifikationsmodell und Über-Ich - Entschärfer“ zugleich (30). In der Trennungsphase erfolgt vor der Entlassung eine allmähliche innere Ablösung vom strukturierten, haltgebenden Behandlungsrahmen. Der Übergang ins häusliche Milieu soll dem Patienten durch eine sich anschließende ambulante Nachbetreuung erleichtert werden.

Innerhalb dieses Prozesses können erneut Symptome auftreten. Durch Trennungs-, Verlust- und Kränkungserlebnisse wird möglicherweise eine erneute Regression bedingt.

Dem Patienten sollte man deshalb genügend Raum für eine bewusste Trauerarbeit einräumen. Weiterhin kann das zukünftige Alltagsleben strukturell vorbereitet werden.

Um für neue Patienten offen zu sein, sollte auch der Therapeut diesen Zeitraum nutzen, Schuld- und Verantwortlichkeitsgefühle gegenüber den Patienten, zu bearbeiten.

Kapitel 4 Empirische Untersuchungen

4.1 Hypothesen

Das Leitziel der Untersuchung war die Überprüfung von möglichen Prädiktoren für einen Therapieerfolg von Patienten mit Cluster C- Persönlichkeitsstörungen im Rahmen der Behandlung mit stationärer Psychotherapie, um daraus ggf. klinisch relevante Konsequenzen ableiten zu können.

Haupthypothese 1.

Es lassen sich signifikante Prädiktoren finden, mit deren Hilfe sich der Behandlungserfolg voraussagen lässt.

Subhypothesen:

- Die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges wird geringer, je höher die Symptombelastung im SCL-90-R und je größer die Differenz von Selbst- und Idealbild zu Beginn im Giessen Test ist.
- Mit der Zunahme der Beschwerdedauer wird die Wahrscheinlichkeit geringer, einen Therapieerfolg in der vorgegebenen Behandlungszeit zu erreichen.
- Die Therapie wird umso erfolgreicher beendet, je größer die Motivation der Patienten war.

Haupthypothese 2.

Die psychometrisch erfassbaren Symptom- und Selbstbildveränderungen korrelieren signifikant mit den globalen Beurteilungen des Therapieerfolges durch Patienten und Therapeuten.

Haupthypothese 3.

Die unterschiedlichen Therapieerfolgsgruppen differieren hinsichtlich einzelner Wirksamkeitsprofile der Therapieformen.

Subhypothesen:

- Von allen Patientengruppen wird die Einzeltherapie als besonders wirksam empfunden.
- Von der Gruppe der Erfolgreichen wird die Gruppentherapie als wesentlich wirksamer eingestuft, als von der Gruppe der Erfolglosen.
- Die Interaktion zwischen den Patienten wird von allen Erfolgsgruppen als wirksam beurteilt.
- Es ist davon auszugehen, dass bezüglich der nonverbalen Therapieformen die Bewegungstherapie am wirksamsten erlebt wird.

4.2 Ziele und Methodik der Untersuchung

Im Hinblick auf die Verifizierung bzw. Falsifizierung der im vorherigen Kapitel aufgeführten Hypothesen war es zunächst notwendig, die folgenden Fragestellungen zu beantworten:

- Wie sind Erfolg bzw. Misserfolg in der untersuchten Diagnosegruppe verteilt?
- Welche Effektstärken werden am Ende der Therapie erreicht?
- Besteht eine Korrelation zwischen den erhobenen soziodemographischen Daten und Therapieerfolg bzw. Misserfolg?
- Gibt es eine Korrelation zwischen patienten- und therapeutenseitiger Beurteilung des Therapieerfolges?
- Wie wird die Wirksamkeit der einzelnen Therapieformen beurteilt?

Die Untersuchung erfolgte an vier Messzeitpunkten, wobei soziodemographische Daten, klinisch relevante Variablen wie z.B. die Wirksamkeit der einzelnen Therapieformen und patienten- und therapeutenseitige Urteile zum Behandlungserfolg erfasst wurden.

Das Evaluierungssetting basierte auf folgenden testdiagnostischen Instrumenten: Symptom-Check-Liste (SCL-90-R, 46), Beeinträchtigungsschwerescore (BSS, 47), Helping-Alliance-Questionnaire (HAQ) nach Luborsky (36, 37), dem Therapeutenrating nach Bassler (2,3,4) sowie einem globalen Evaluierungsindex (31).

Aufgrund der komplexen Thematik strukturierten wir unsere Untersuchungen in folgender chronologischer Reihenfolge:

- Deskriptive Untersuchung der erfassten Stichprobe (Demographie, Komorbidität etc.)
- Beurteilung des Behandlungserfolges der untersuchten Patientengruppen
- Differenzierung der Patientenklientel in Erfolgsgruppen (erfolgreich, teilweise erfolgreich, erfolglos)
- Überprüfung einer möglichen Relevanz von ausgewählten Prognosefaktoren bezüglich des Behandlungserfolges (Diagnose, Beschwerdedauer, Krankschreibung, Motivation u.a.)
- Untersuchung des möglichen Zusammenhanges zwischen Erfolgsgruppe und Beurteilungen der Wirksamkeit der verschiedenen Therapieformen
- Untersuchung des möglichen Zusammenhanges zwischen Erfolgsgruppe und Einschätzung der einzeltherapeutischen Beziehung an mehreren Messzeitpunkten

Im Zeitraum von Anfang 1995 bis Ende 2000 wurden konsekutiv 120 Patienten mit einer Cluster - C Persönlichkeitsstörung, welche in dieser Zeitspanne stationär behandelt wurden, in die Untersuchung einbezogen.

Ein Kriterium zur Aufnahme in die Studie waren neben der Diagnose einer Cluster - C Persönlichkeitsstörung eine Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen.

Frühabbrecher (Aufenthalt unter 14 Tagen) wurden nicht in unsere Untersuchungen einbezogen.

Die Festsetzung der Mindestdauer des Aufenthaltes auf 14 Tage begründete sich in der Tatsache, dass während dieser Zeit mit dem Patienten Therapieziele vereinbart werden und eine Therapievereinbarung abgeschlossen wird, was die Voraussetzung für eine längerfristige Therapie darstellt.

Die soziodemographischen, diagnostischen und testpsychologischen Daten wurden an vier verschiedenen Messzeitpunkten erfasst.

Im Einzelnen wurden folgende testpsychologischen Verfahren eingesetzt:

Aufnahme:	Symptomcheckliste SCL-90-R, Giessentest, DKPM- Basisdokumentation
Nach 2 Wochen:	Therapieformenfragebogen, Helping Alliance Questionnaire
Nach 6 Wochen:	Therapieformenfragebogen, Helping Alliance Questionnaire
Entlassung:	Symptomcheckliste SCL-90-R, Giessentest, Therapieformenfragebogen, Helping Alliance Questionnaire, Globaler Evaluierungsbogen

Therapieformenfragebogen und Helping Alliance Questionnaire lagen in einer Patienten- und einer Therapeutenform vor und wurden parallel beantwortet.

Zum Entlassungszeitpunkt wurde außerdem eine patienten- und therapeutenseitig parallelierte Evaluierung mit dem Globalen Evaluierungsbogen (GOB) durchgeführt (Tabelle 3 im Anhang).

Dieser umfasste sechs Fragen, welche sich auf Veränderungen der Krankheitssymptomatik, der Selbstobjektbeziehung und der Fremdojektbeziehung beziehen. Die Beantwortung erfolgte auf einer fünfstufigen Likertskala von deutlich gebessert bis verschlechtert.

Die Ergebnisse des Evaluierungsbogens (siehe Kap.5, Tabelle 4 im Anhang) bildeten die Basis für die Zuordnung der Patienten in drei Therapieerfolgsgruppen.

Die sechs Veränderungsurteile (3 des Patienten und 3 des Therapeuten) wurden zu einem globalen Erfolgsindex transformiert wodurch eine Einteilung der Gesamtgruppe in erfolgreiche Patienten (Gruppe1), teilweise erfolgreiche Patienten (Gruppe 2) und erfolglose Patienten (Gruppe 3) möglich war.

Der erfolgreichen Gruppe wurden alle Patienten zugeordnet, welche mindestens 2 Veränderungsurteile „sehr gebessert“ und kein Veränderungsurteil „verschlechtert“ aufwiesen. Als teilweise erfolgreich wurden Patienten kategorisiert, bei denen mindestens 2 Veränderungsurteile „deutlich gebessert“ und kein Urteil „verschlechtert“ vorhanden war. Alle übrigen Patienten wurden in die „erfolglose“ Gruppe eingeordnet.

Anhand der ermittelten Prä-/ Postdifferenzen und der daraus errechneten Effektstärken im SCL-90-R bzw. im Giessentest wurde die Gruppeneinteilung auf ihre testpsychologische Relevanz überprüft.

Weiterhin erfolgte die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen den möglichen Prognosefaktoren Beschwerdedauer, Dauer der Krankschreibung, Motivation, Alter, Familienstand, Beschäftigungsstatus, Art der ausgeübten Berufstätigkeit und den einzelnen Therapieerfolgsgruppen durch spezifische Signifikanztests (Chi-Quadrat-Test, T-Test).

Die an den drei verschiedenen Messzeitpunkten (2. Behandlungswoche, 6. Behandlungswoche und Entlassung) erhobenen Aussagen zur Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Therapieformen wurden auf eine mögliche Korrelation zum Behandlungserfolg untersucht. In dem für diese Untersuchung entwickelten Therapieformenfragebogen wurden die während der stationären Behandlung eingesetzten Therapieformen einzeln aufgelistet und parallel von Patienten und Therapeuten auf einer mehrstufigen Likertskala hinsichtlich ihrer Wirksamkeit beurteilt. Die Fragebögen dazu befinden sich im Anhang (siehe Tabelle 5).

Therapeuten und Patienten haben diese Fragebögen unabhängig voneinander ausgefüllt. Dabei wurden alle angebotenen Therapieformen in die Auswertung einbezogen. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Ergebnisse wurden anschließend zu einem Ranking aggregiert um die wahrgenommene Bedeutung der einzelnen Therapieformen innerhalb des Gesamtspektrums zu gewichten.

Zur Beurteilung des therapeutischen Erfolges bzw. der Qualität der einzeltherapeutischen Beziehung wurde patientenseitig das Helping Alliance Questionnaire (siehe Tabelle 6) und therapeutenseitig der Therapeutenfragebogen genutzt.

Dabei wurden jeweils zu den vorgegebenen Messzeitpunkten die beiden Therapeutenfaktoren „Arbeitsbündnis“ und „Empathie“, sowie patientenseitig die beiden Faktoren „Beziehung“ und „Erfolg“ gruppenspezifisch bestimmt (2, 4, 31).

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS Version 10.

Zur Beurteilung der untersuchten Faktoren dienten Mittelwert, Median und Standardabweichung. Die Veränderungen wurden vorwiegend durch Effektstärken (34) beschrieben und berechnen sich aus den Mittelwerten der Prä- Post- Differenzen, dividiert durch die Standardabweichungen der Anfangswerte. Zusammenhänge wurden in Abhängigkeit von den Ausprägungen der untersuchten Variablen mit Hilfe von Korrelationskoeffizienten nach Pearson oder Chi- Quadrat- Testung untersucht.

Kapitel 5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Auswertung

Demographie

Unter 120 die Aufnahmekriterien unserer Studie erfüllenden Patienten befanden sich 10, welche innerhalb der ersten 14 Tage und weitere 6, welche noch vor Ende der Behandlung, die Therapie abbrachen und folglich nicht in die weiteren Untersuchungen einbezogen wurden. Zwischen diesen Abbrechern und dem Rest der Patienten bestehen keine relevanten demographischen oder diagnostischen Unterschiede.

Bei den 104 Patienten handelt es sich um 73 Frauen (70%) und 31 Männer (30%).

Fasst man die Altersgruppen zwischen 25 bis 44 Jahren zusammen, sind ca. 2/3 der stationären Patienten dieser Altersspanne zuzuordnen.

Von den befragten 104 Personen waren zum Zeitpunkt der Befragung 44% verheiratet und 41% voll erwerbsfähig. Die meisten Patienten (38%) waren mit Hinblick auf ihren Berufsstand als Angestellte oder Beamte tätig.

Befragt nach der Dauer ihrer Beschwerdesymptomatik gaben 21% eine Dauer von max. 1 Jahr vor Therapiebeginn an. Bei 24% waren es 1 bis 2 Jahre, bei 27% 2 bis 5 Jahre, bei 21% 5 bis 15 Jahre und 7% berichteten über eine Dauer von 20 Jahren.

Eine detaillierte Darstellung der demographischen Einzelheiten ist den Grafiken im Auswertungsteil zu entnehmen.

Diagnosespektrum und psychische Komorbidität

Auf der Basis der Auswahlkriterien konnten 104 Patienten in die Evaluierung einbezogen werden. Darunter befanden sich 6 Patienten mit anankastischer, 22 mit selbstunsicher-vermeidender und 74 mit dependenter Persönlichkeitsstörung. 2 Patienten wiesen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung auf.

Das Spektrum der psychischen Komorbidität wurde zu den Diagnosegruppen Affektive Störungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen und Essstörungen zusammengefasst.

Bei Patienten mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung überwiegen bei der psychischen Komorbidität mit jeweils 33% somatoforme Störungen und Angststörungen.

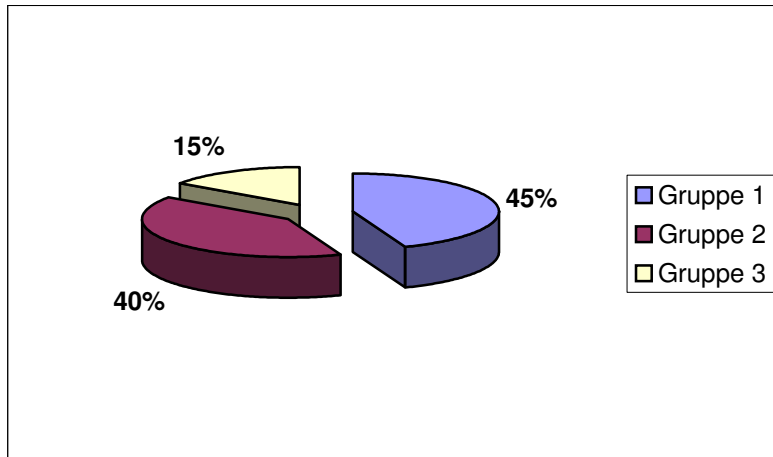
Bei der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung war eine Komorbidität mit somatoformen Störungen (35%), Angst- und phobische Störungen (26%) bzw. affektive Störungen (26%) festzustellen.

Bei der dependenten Persönlichkeitsstörung waren im Hinblick auf die Komorbidität hingegen Angst- und phobische Störungen am häufigsten (44%) vorhanden. Des Weiteren waren affektive Störungen mit 33% und somatoforme Störungen mit 24% vertreten.

Therapieerfolg und Diagnoseverteilung

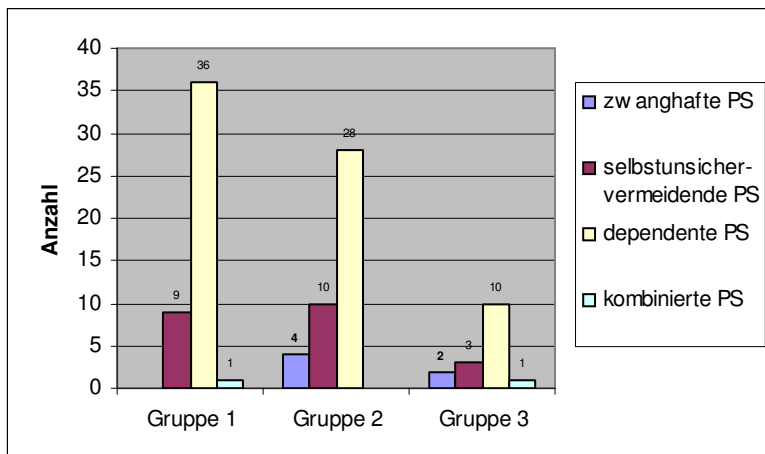
Wie im Kapitel 4 beschrieben ermittelten wir auf Grundlage des globalen Evaluierungsbogens (GOB) 3 Therapieerfolgsgruppen (Grafik 7) .

Der Gruppe 1 (erfolgreich) konnten 46 Patienten, der Gruppe 2 (teilweise erfolgreich) 42 Patienten und der Gruppe 3 (erfolglos) 16 Patienten zugeordnet werden.



Grafik 7: Erfolgsgruppen

Folgende Verteilung der Persönlichkeitsstörungen auf die entsprechenden Gruppen konnten wir dabei feststellen (Grafik 8).



Grafik 8: Diagnoseverteilung in den Erfolgsgruppen

Patienten mit dependenter Persönlichkeitsstörung waren in allen Erfolgsgruppen am häufigsten vertreten. In der erfolgreichen Gruppe waren Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung nicht vertreten. Aufgrund der Häufigkeitsverteilung ist eine direkte Korrelation zwischen einzelner Persönlichkeitsstörungen und den Erfolgsgruppen nicht erkennbar.

Therapieerfolg und Konkordanz

Mit Hilfe des Globalen Evaluierungsbogens wurde untersucht, ob eine Übereinstimmung der Erfolgsbeurteilung der Therapie durch Patient und Therapeut besteht. Anhand der folgenden Grafik lässt sich feststellen, dass übereinstimmende Beurteilungen des Therapieerfolges auf den sechs Veränderungsskalen durch Patienten und Therapeuten überwiegen, denn ca. 90% aller Antworten unterscheiden sich maximal um einen Skalenpunkt.

Skalenpunkte GOB	Konkordanz	Divergenz +/-	
		1	>1
Globale Symptomatik	56%	37%	7%
Globale Selbstobjektbeziehung	53%	40%	7%
Globale Fremdobjektbeziehung	45%	47%	8%
Gesamteinschätzung Therapieziele	55%	40%	5%

Grafik Globaler Evaluierungsbogen

Eine entsprechende Übersicht (siehe Tabelle 4 im Anhang) lässt sich auch für die einzelnen Erfolgsgruppen erstellen. Vor allem in Gruppe 1 und 2 kommt es zu einer weitestgehenden Übereinstimmung zwischen den Erfolgsbeurteilungen von Patienten und Therapeuten.

Therapieerfolg im psychometrischen Testvergleich

Um die Richtigkeit der Einteilung in die verschiedenen Erfolgsgruppen zu prüfen, verwendeten wir zusätzlich psychometrische Testverfahren (SCL-90-R und Giessentest). Dabei wurde deutlich, dass in der Tat in der erfolgreichen Gruppe 1 die Effektstärken höher ausfielen, als in den beiden anderen Gruppen.

Im SCL-90-R zeigte sich im direkten Vergleich der drei Gruppen, dass in Gruppe 1 die größten Effektstärken auf den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität und Gesamtschwerescore erreicht werden. Auch auf den weiteren Skalen ist eine Abnahme der Intensität der Symptomatik zu beobachten. In der teilweise erfolgreichen Gruppe 2 liegen die Effekte auf allen Skalen unter denen der Gruppe 1. Besonders die Skalen des SCL-90-R Depressivität und phobische Angst zeigten eine positive Veränderung, allerdings nur mit mittlerer Effektstärke. Die Abnahme des Gesamtschwerescores der psychischen Belastung fällt ca. 50% geringer aus, als in Gruppe 1. In der nicht erfolgreichen Gruppe 3 veränderten sich Ängstlichkeit/phobische Angst und Somatisierung minimal. Es fällt jedoch eine Zunahme der Aggressivität auf. Für alle Skalen der Gruppe 1 ließ sich im SCL-R-90 Signifikanz nachweisen, ebenso bei Gruppe 2 bis auf die Skala paranoides Denken. Bei Gruppe 3 wurde im Sinne einer Verstärkung auf der Skala Aggressivität eine Signifikanz festgestellt.

Unsere Einteilung in einzelne Erfolgsgruppen konnte somit bestätigt werden. Die tabellarische Übersicht hierzu findet sich im Kapitel 5.2 der Auswertung.

Im Giessentest wurde im Prä-/ Post – Vergleich die Zu-/ Abnahme der Selbst- und Idealbild-differenz untersucht. Die Reduzierung der Differenz dieser beiden Faktoren gilt als positiver Therapieeffekt.

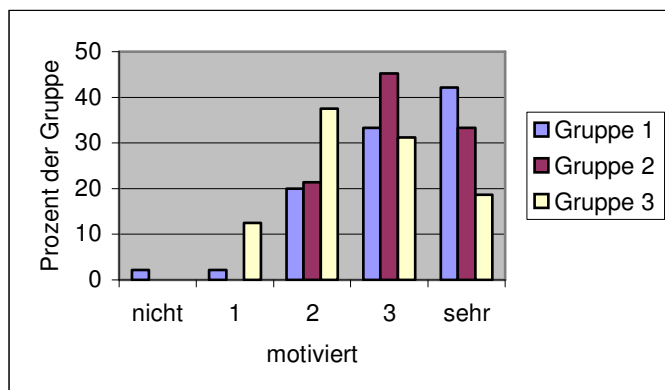
Die Patienten der Gruppe 1 zeigen einen ausgeprägten Effekt im Sinne der Abnahme der Selbst-/ Idealbilddifferenz auf den Skalen Grundstimmung, Kontrolle und soziale Resonanz. Die teilweise erfolgreichen Patienten der Gruppe 2 weisen lediglich eine Abnahme der Differenz auf der Skala Grundstimmung auf. Eine markante Abnahme der Differenz auf der Skala Grundstimmung zeigt sich in Gruppe 3, den erfolglosen Patienten. Auf den anderen Skalen des GT sind nur geringe Veränderungen zu finden.

Die Ergebnisse auch dieses psychometrischen Tests bestätigen somit die auf der Basis subjektiver globaler Patienten- und Therapeutenveränderungsurteile vorgenommene Erfolgsgruppeneinteilung.

Therapieerfolg und Motivation

Die Motivation wurde durch die Patienten in einem Selbstrating eingeschätzt.

Es standen dabei 4 mögliche Auswahlkriterien zur Verfügung (nicht, wenig, mittelgradig und hoch motiviert).



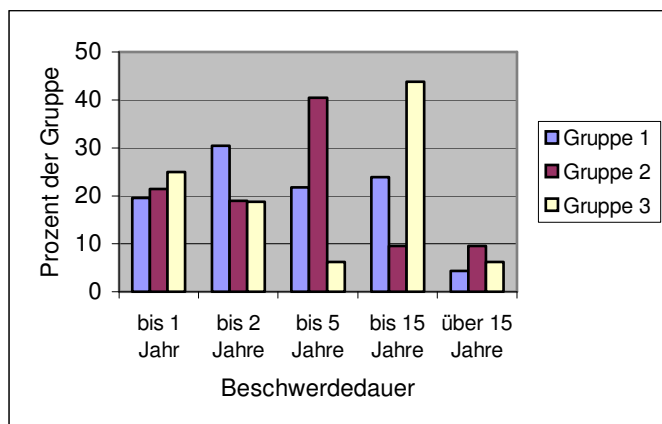
Grafik 9: Motivationsbewertung

In Gruppe 1 waren 76% der Befragten mittelgradig, bzw. hoch motiviert. In den Gruppen 2 und 3 waren es jeweils 79% und 50% der Patienten.

Die subjektive Motivationsaussage unterscheidet die Patienten bezüglich des späteren Therapieerfolges nicht signifikant und war daher überraschenderweise nicht prognoserelevant.

Therapieerfolg und Beschwerdedauer

Am Anfang der Therapie wurden die einzelnen Patienten zu ihrer Beschwerdedauer befragt, wobei 5 Kategorien zur Verfügung standen.

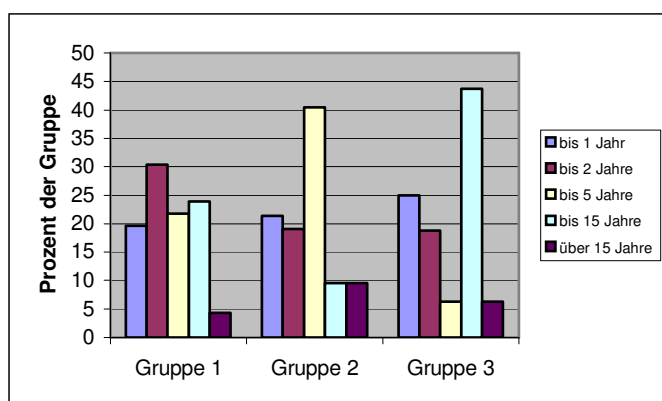


Grafik 10: Beschwerdedauer in Jahren

Eine Beschwerdedauer von 1-5 Jahren vor der Therapie gaben 71% der Patienten der Gruppe 1 und 81% der Gruppe 2 an. In Gruppe 3 waren es nur 50%.

28% der Patienten aus Gruppe 1 und 19% der Gruppe 2 hatten eine Beschwerdedauer von über 15 Jahren, in Gruppe 3 waren es dagegen 50%.

Tendenziell lässt sich in den Gruppen der erfolgreichen und teilweise erfolgreichen Patienten eine Beschwerdedauer bis 5 Jahre mit einem Anteil zwischen 70% und 80% feststellen. Bis 15 Jahre Beschwerdedauer waren die meisten Patienten (44%) in der Gruppe der Erfolgreichen zu finden. Die wenigsten Patienten hatten eine Beschwerdedauer von über 15 Jahren (insgesamt 20%), wobei die Verteilung zwischen den einzelnen Erfolgsgruppen nicht relevant differierte.



Grafik 11: Beschwerdedauer bezogen auf Erfolgsgruppen

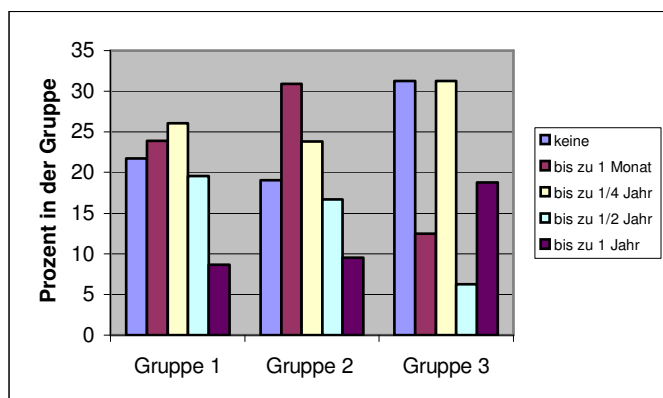
In der vorliegenden Stichprobe erwies sich die Beschwerdedauer der Patienten nicht als signifikanter Prädiktor für den Erfolg der Therapie.

Entgegen der hypothetischen Annahme, dass mit zunehmender Beschwerdedauer der Therapieerfolg geringer ausfällt, waren Patienten unabhängig von der Beschwerdedauer in allen Erfolgsgruppen vertreten, ohne dass ein Trend erkennbar war. Auch Patienten mit einer Beschwerdedauer bis zu 15 Jahren waren in der erfolgreichen Gruppe vertreten.

Therapieerfolg und Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die untersuchten Daten zur zurückliegenden Zeit einer Arbeitsunfähigkeitsschreibung ergaben keinen signifikanten Unterschied zwischen den 3 Therapieerfolgsgruppen bei einer Arbeitsunfähigkeit bis zu drei Monaten. In der Gruppe 3 gaben 31% der Befragten an, noch nicht krankgeschrieben gewesen zu sein. In den Gruppen 1 und 2 waren dies jeweils 22% bzw. 19%. Bis zu einem Jahr waren in der erfolglosen Gruppe 19% krankgeschrieben. In den beiden anderen Erfolgsgruppen waren diese unter 10% der Patienten. In der Gruppe der Erfolgreichen waren anteilig die meisten Patienten bis zu einem ¼ Jahr krankgeschrieben (26%), bei den teilweise erfolgreichen Patienten bis zu einem Monat (31%). In der Gruppe der Erfolglosen waren ebenfalls die meisten Patienten je (31%) entweder gar nicht oder bis zu einem ¼ Jahr vor der Therapie krankgeschrieben.

Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeit bis zu einem halben Jahr sind in der Gruppe der Erfolgreichen häufiger vertreten als in den Gruppen der teilweise Erfolgreichen und Erfolglosen. Ein gegenläufiger Trend dazu ist bzgl. Arbeitsunfähigkeit bis zu einem Jahr erkennbar.



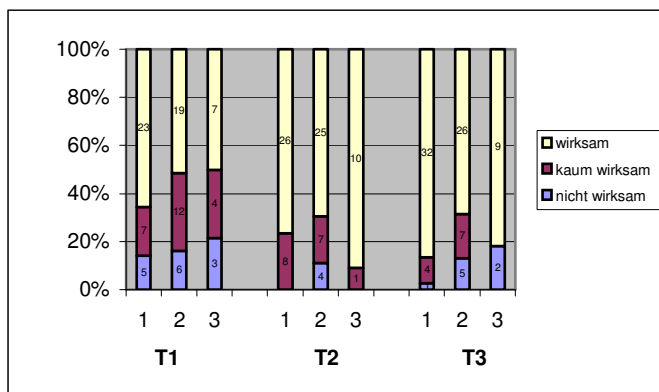
Grafik 12: Arbeitsunfähigkeitsschreibung in Erfolgsgruppen

Bewertung der Wirksamkeit der Therapieformen

Den Patienten und Therapeuten wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten T1 nach 14 Tagen, T2 nach 6 Wochen und T3 Zeitpunkt der Entlassung Fragebögen zur abgestuften Bewertung der Wirksamkeit aller Therapieformen vorgelegt. Parallel dazu erfolgte die Einschätzung der einzeltherapeutischen Beziehung durch Patienten und Therapeuten im Helping Alliance Questionnaire.

Die folgenden Darstellungen sind eine Auswahl der Therapieformen, die unter statistischen Gesichtspunkten relevante Veränderungen erkennen lassen. Bei der Auswertung der nicht aufgeführten weiteren Therapieformen war keine statistisch bedeutsame Relevanz ersichtlich (siehe Tabelle 7).

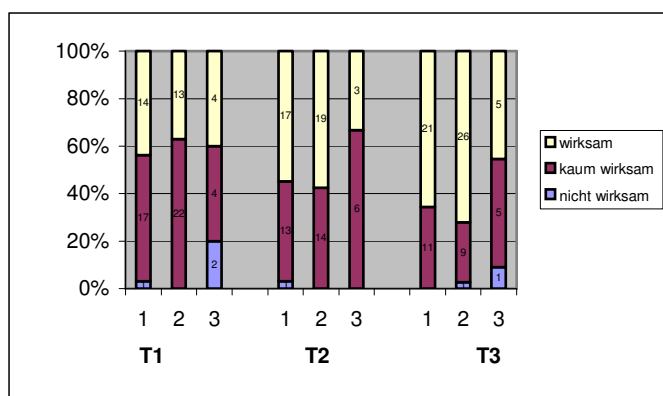
Einzelpsychotherapie



Grafik 13 Patienteneinschätzung Einzelpsychotherapie

Beurteilung durch die Patienten:

Auffallend ist eine Zunahme der Wirksamkeit in allen drei Erfolgsgruppen im Verlauf der Therapie. Vor allem in der Gruppe 1 lässt sich eine deutlich konstante Zunahme der Wirksamkeit von T1 über T2 bis T3 feststellen. In der Gruppe 2 ist eine Zunahme von T1 zu T2 erkennbar, bis T3 setzt keine weitere Veränderung ein. In der Gruppe 3 hingegen gibt es nur eine geringe Steigerung zwischen T1 und T2 und bis T3 einen Rückgang.



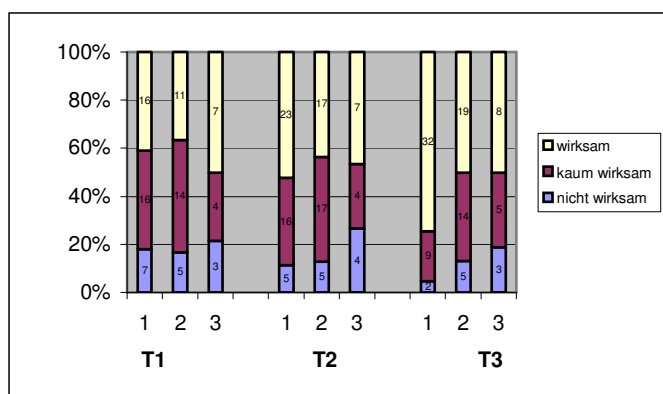
Grafik 14: Therapeuteneinschätzung Einzelpsychotherapie

Beurteilung durch die Therapeuten:

Die Beurteilung durch den Therapeuten fällt kritischer aus, als die der Patienten. Insbesondere hinsichtlich der Gruppe 3 wird dies sehr deutlich.

Bei der Bewertung der Einzeltherapie durch die Therapeuten lässt sich für die Gruppen 1 und 2 ebenfalls eine Zunahme der Wirksamkeit zwischen den Zeitpunkten T1 und T3 feststellen. In Gruppe 3 hingegen zeigen sich nur minimale Unterschiede von T1 bis T3. Es fällt auf, dass zum Zeitpunkt T3 die Gruppe 2 positiver eingeschätzt wird, als Gruppe 1.

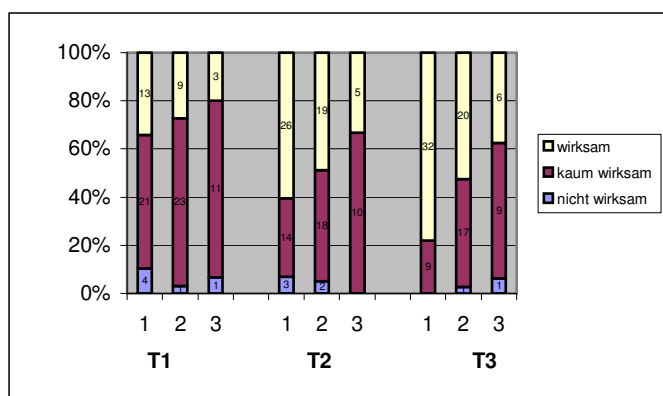
Gruppenpsychotherapie



Grafik 15: Patienteneinschätzung Gruppenpsychotherapie

Beurteilung durch die Patienten:

Bei der Gruppe 1 nimmt die Einschätzung „wirksam“ bis zu T3 konstant zu, „nicht wirksam“ ist bis zum Zeitpunkt T3 rückläufig. Die Gruppe 1 profitierte zum Zeitpunkt T3 am meisten von der Therapie. Bei Gruppe 2 bleibt die Häufigkeit der Einschätzung „nicht wirksam“ konstant, ansonsten wird zwischen T1 und T3 die Wirksamkeit insgesamt positiv beurteilt. In der Gruppe 3 zeigen sich zu den verschiedenen Zeitpunkten kaum Unterschiede.



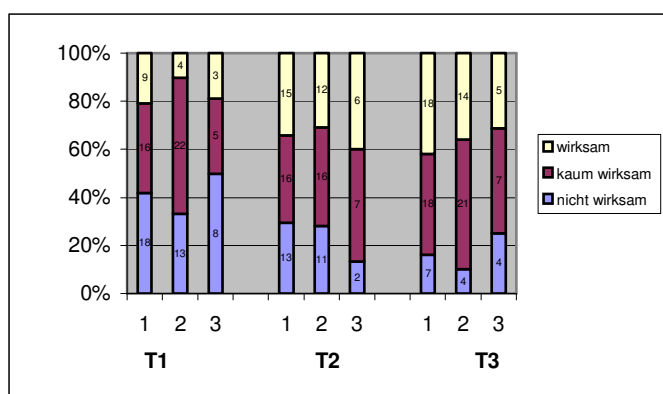
Grafik 16: Therapeuteneinschätzung Gruppenpsychotherapie

Beurteilung durch die Therapeuten:

Zu allen drei Zeitpunkten wird eine konstante Zunahme der Wirksamkeit „wirksam“ in den Gruppen deutlich, auch wenn diese in Gruppe 3 geringfügiger ausfällt.

Es gibt eine positive Verschiebung von „wenig wirksam“ zu „wirksam“ in allen drei Erfolgsgruppen. Bei Gruppe 1 ist eine konstante Zunahme bezüglich der Wirksamkeit auffallend. Bei Gruppe 2 und 3 ist dieser Trend zwischen T2 und T3 nicht so ausgeprägt.

Mal- und Gestaltungstherapie

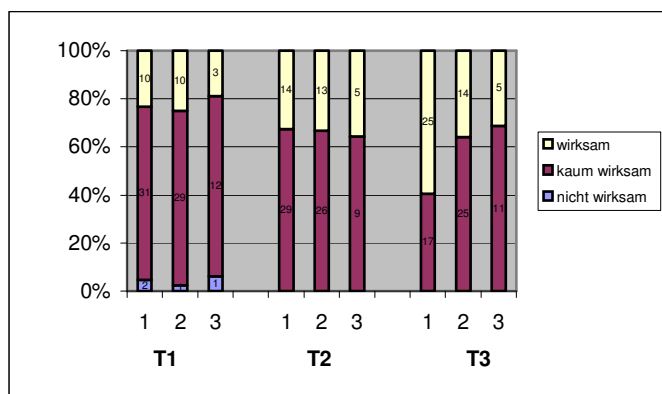


Grafik 17: Patienteneinschätzung Mal- und Gestaltungstherapie

Beurteilung durch die Patienten:

Wenige Patienten beurteilten zu T1 die Therapie mit „wirksam“.

Von T1 zu T3 hat sich in Gruppe 1 konstant der Anteil „wirksam“ verdoppelt, der Anteil „wenig wirksam“ hat sich im gleichen Zeitraum etwa halbiert. In Gruppe 2 und 3 wird ein ähnlicher Trend deutlich, der jedoch geringfügiger ausfällt, als in Gruppe 1 und bis T3 wieder rückläufig ist. Zum Zeitpunkt T2 haben die Patienten in den Gruppen 2 und 3 mehr profitieren können, dieser Effekt kehrt sich bis T3 wieder um.



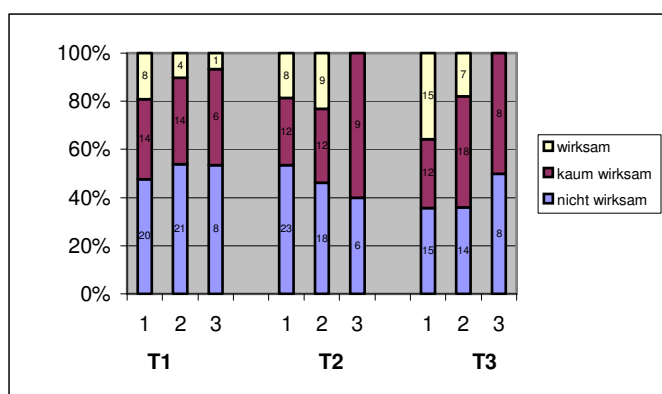
Grafik 18: Therapeuteneinschätzung Mal- und Gestalttherapie

Beurteilung durch die Therapeuten:

Deutlich wird, dass der Anteil von „wenig wirksam“ und „nicht wirksam“ in der Summe der Bewertung durch Patienten und Therapeuten annähernd gleich ist.

Gleiches gilt auch für die Bewertung „wirksam“ in allen Gruppen. Zum Zeitpunkt T3 gibt es eine absolute Übereinstimmung bezüglich „wirksam“ mit der Patientenbewertung für die Gruppen 2 und 3.

Musik- und Tanztherapie

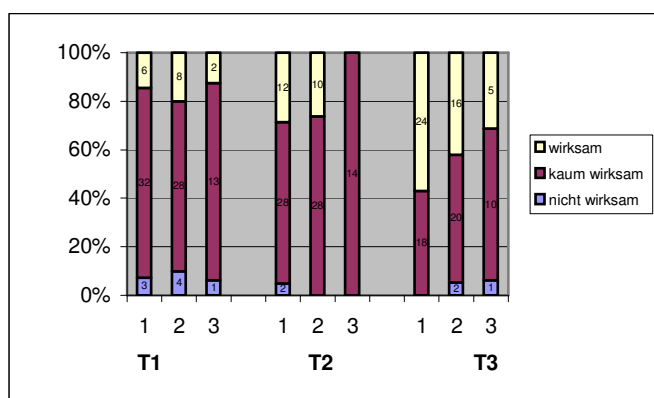


Grafik 19: Patienteneinschätzung Musik- und Tanztherapie

Beurteilung durch die Patienten:

Auffallend ist der deutlich erhöhte Anteil von „wenig wirksam“ und „nicht wirksam“ im Vergleich zu anderen Therapieformen in allen drei Erfolgsgruppen.

Lediglich in Gruppe 1 ist zum Zeitpunkt T3 eine Zunahme von „wirksam“ im Trend erkennbar. In Gruppe 3 bleiben „nicht wirksam“ und „wenig wirksam“ fast unverändert hoch. Der Anteil „nicht wirksam“ ist im Vergleich mit anderen Therapieformen in allen Gruppen sehr hoch.

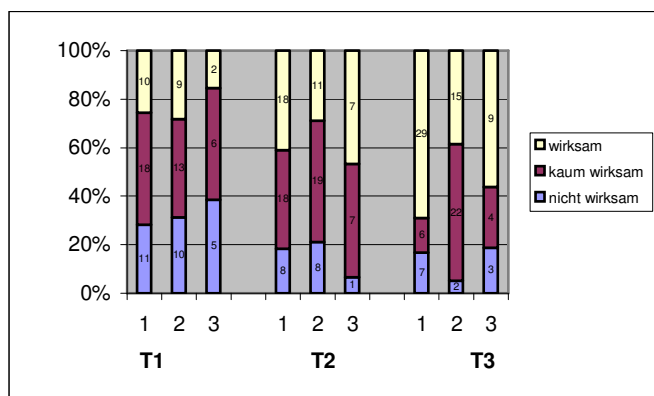


Grafik 20: Therapeuteneinschätzung Musik- und Tanztherapie

Beurteilung durch die Therapeuten:

Zwischen T1 und T3 wird in den Gruppen 2 und 3 eine Zunahme von „wirksam“ deutlich, ohne dass dies zum Zeitpunkt T2 schon als eindeutiger Trend sichtbar gewesen wäre. Nur für die Gruppe 1 ist ein positiver Trend der Wirksamkeitsbewertung zu allen drei Zeitpunkten ersichtlich. Zu den Zeitpunkten T1 und T2 ist die Einschätzung bezüglich „wirksam“ in allen drei Erfolgsgruppen vergleichbar mit der Bewertung durch die Patienten. Zu T3 werden die Unterschiede in der Bewertung durch Patient und Therapeut am deutlichsten.

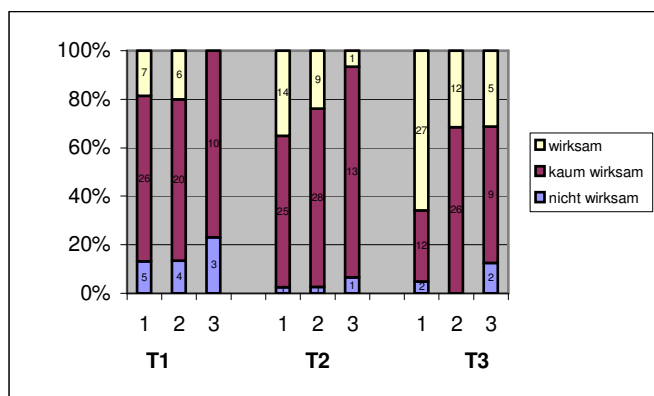
Kommunikative Bewegungstherapie



Grafik 21: Patienteneinschätzung KBT

Beurteilung durch die Patienten:

In Gruppe 1 wird eine deutliche Zunahme im Sinne von „wirksam“ bis zum Zeitpunkt T3 sichtbar. Für Gruppe 2 verläuft dieser Trend weniger positiv. Der Anteil „nicht wirksam“ verändert sich sichtbar hin zu „wenig wirksam“. In der Gruppe 3 wird ein positiver Trend zwischen T1 und T2 erkennbar. Dieser setzt sich bis T3 nicht fort. Der Anteil „nicht wirksam“ verringert sich stark zwischen T1 und T2 und verdreifacht sich annähernd zum Zeitpunkt T3.

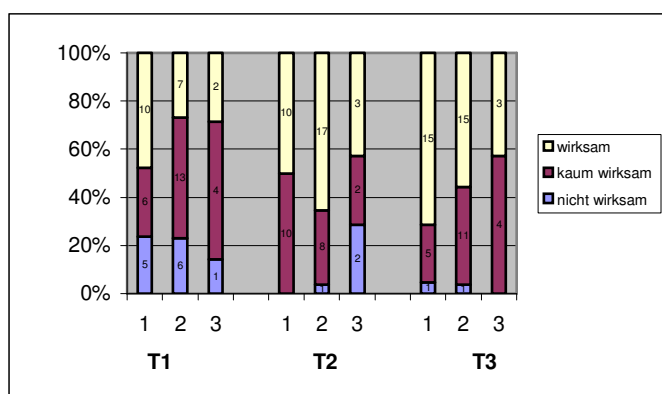


Grafik 22: Therapeuteneinschätzung KBT

Beurteilung durch die Therapeuten:

Für die Gruppe 1 ist ein positiver Trend von „wirksam“ bis zum Zeitpunkt T3 erkennbar. In Gruppe 2 stellt sich ebenfalls ein Zuwachs von „wirksam“ dar, der jedoch geringer ausfällt, als bei Gruppe 1. Bei Gruppe 3 ist erst zu T3 eine positive Bewertung erkennbar.

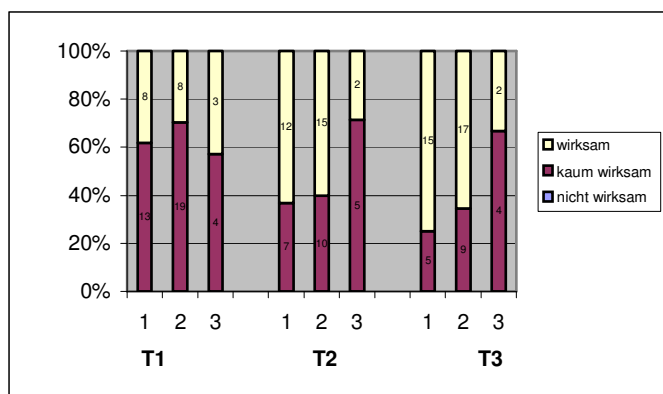
Patientenkontakt in der Stationsgemeinschaft



Grafik 29: Patienteneinschätzung Stationsgemeinschaft

Beurteilung durch die Patienten:

Bereits zum Zeitpunkt T1 gibt die Gruppe 1 zu ca. 50% „wirksam“ an. Dies nimmt bis T3 weiter zu. Bei Gruppe 2 und 3 ist zu T3 ein deutlicher Zuwachs gegenüber T2 erkennbar. Allerdings nimmt dieser bis T3 nicht weiter zu, sondern dann wieder ab.



Grafik 30: Therapeuteneinschätzung Stationsgemeinschaft

Beurteilung durch die Therapeuten:

Von T1 bis T3 ist ebenfalls eine konstante Zunahme der Wirksamkeit in Gruppe 1 deutlich. Bei Gruppe 2 wird dieser Trend ebenfalls sichtbar.

In der Gruppe 3 hingegen wird von T1 zu T2 eine Wirksamkeitsabnahme angegeben. Anhand der Einschätzung des Patientenkontaktes innerhalb der Stationsgemeinschaft ist eine Zuordnung der Erfolgsgruppen möglich. Offensichtlich ist eine sehr deutliche Auswirkung der Patientenkontakte in der Stationsgemeinschaft auf alle drei Erfolgsgruppen.

5.2 Weiterführende testdiagnostische Auswertungen

Globaler Evaluierungsbogen

In der vorliegenden Arbeit wurde der stationäre Therapieverlauf bei Persönlichkeitsstörungen vom Typ Cluster C differenziert untersucht. Der besondere Fokus lag dabei auf der Analyse des Zusammenhanges zwischen Therapieerfolg und der Beurteilung einzelner Therapieformen.

Auf der Basis des Ergebnisindex des Globalen Evaluierungsbogens wurden die 104 untersuchten Patienten 3 unterschiedlichen Erfolgsgruppen zugeordnet. Anschließend wurden diese Gruppen hinsichtlich ihrer Merkmale in einem Prä-/ Postvergleich analysiert. Danach wurden mögliche Prädiktoren für Therapieerfolg- bzw. Misserfolg betrachtet. In der letzten Stufe unserer Auswertung untersuchten wir die Korrelationen zwischen Therapieerfolgsgruppen und den einzelnen Therapieformen.

Die zahlreichste Gruppe stellten dabei die erfolgreichen Patienten mit 46 Personen (45%), gefolgt von der Gruppe der teilweise erfolgreichen Patienten, welche 42 Personen (40%) umfasste. 16 Personen (15%) wurden der erfolglosen Gruppe zugeordnet.

Die patienten- und therapeutenseitigen Urteile im Globalen Evaluierungsbogen sind in 55% vollständig konkordant, in weiteren 40% weitgehend konform und nur in wenigen Fällen (5%) divergent.

Das Ergebnis weist auf eine weitgehende Übereinstimmung der Patienten- und Therapeutenurteile hinsichtlich des Therapieerfolges hin. Folglich ist eine Zuordnung der Patienten nach standardisierten Regeln zu den einzelnen Erfolgsgruppen auf Basis des GEB berechtigt. Eine weitere Differenzierung der einzelnen Therapiegruppen lässt sich aufgrund der signifikanten Unterschiede aus den Prä-/Post-Vergleichen der psychodiagnostischen Selbstratings (SCL 90-R, Gießen Test) und den Prä-/Post-Vergleichen des Beeinträchtigungsschwerescores erzielen (Vgl. dazu 21, 22, 31, 62).

Symptomcheckliste (SCL-90-R)

Weiterführend wurden deshalb die Effektstärken analysiert, welche die Erfolgsgruppen im Prä-/Postvergleich der Testwerte der Symptom- Checkliste SCL 90 aufweisen (Grafik 2).

Effektstärken	Gruppe 1 (erfolgreich)	Gruppe 2 (teilweise erfolgreich)	Gruppe 3 (erfolglos)	Gesamtgruppe
Somatisierung	0,70	0,53	0,29	0,56
Zwanghaftigkeit	1,02	0,51	-0,08	0,64
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,80	0,29	-0,07	0,45
Depressivität	1,12	0,58	0,27	0,78
Ängstlichkeit	0,63	0,50	0,37	0,53
Aggressivität / Feindseligkeit	0,51	0,07	-0,45	0,21
Phobische Angst	0,65	0,58	0,34	0,57
Paranoides Denken	0,59	-0,10	0,05	0,26
Psychotizismus	0,72	0,21	0,00	0,42
Gesamtschwerescore	0,96	0,51	0,21	0,68

Grafik 2 Symptomcheckliste (SCL-90-R) Effektstärken (durchschnittliche Veränderung bezogen auf die Standardabweichung)

Dabei zeigte die erfolgreiche Gruppe besonders auf den Skalen Depressivität, Zwanghaftigkeit und Gesamtschwerescore hohe Effektstärken. Die teilweise erfolgreiche Gruppe blieb unter den Effektstärken der erfolgreichen Gruppe, der Gesamtschwerescore reduzierte sich jedoch um eine Differenz von 0,51. Auf den Skalen Depressivität und phobische Angst erreichten sie die deutlichsten Verbesserungen.

Die erfolglose Gruppe zeigte kaum Veränderungen, jedoch fiel eine deutliche Zunahme der Effektstärken auf der Skala Aggressivität und eine leichte Zunahme auf den Skalen Zwanghaftigkeit und Unsicherheit im Sozialkontakt auf.

Die Effektstärken der Gesamtgruppe sinken durch diese negativen Effektstärken der Subgruppe „erfolglos“ statistisch gesehen auf ein mittleres Niveau.

Giessentest (GT)

Im Giessentest ließ sich bei der Auswertung der Selbst-/ Idealbilddifferenz feststellen, dass ein ausgeprägter Effekt für alle 3 Erfolgsgruppen auf der Skala Grundstimmung deutlich wird, für die restlichen Skalen ergeben sich ähnliche Konstellationen wie im SCL 90 (Grafik 3).

Eine Reduzierung der Selbst-/ Idealbilddifferenz bedeutet eine Abnahme der intrapsychischen Konfliktspeicherung und ist als positiver Therapieeffekt zu werten.

Effektstärken	Gruppe 1 (erfolgreich)	Gruppe 2 (teilweise erfolgreich)	Gruppe 3 (erfolglos)	Gesamtgruppe
Soziale Resonanz	0,44	-0,09	0,08	0,19
Dominanz	0,17	-0,20	0,02	0,03
Kontrolle	0,48	0,05	0,13	0,27
Grundstimmung	1,18	0,31	0,69	0,72
Durchlässigkeit	0,38	-0,03	-0,07	0,16
Soziale Potenz	0,18	-0,12	-0,19	0,04

Grafik 3 Giessentest (GT) Effektstärken (durchschnittliche Veränderung bezogen auf die Standardabweichung)

Die Patienten der erfolgreichen Gruppe weisen einen ausgeprägten Effekt im Sinne der Abnahme der Selbst-/ Idealbilddifferenz auf den Skalen Grundstimmung, Kontrolle und Soziale Resonanz auf. Die teilweise erfolgreiche Gruppe weist eine Veränderung auf der Skala Grundstimmung auf. Es kommt zu einer Verstärkung der Selbst-/Idealbilddifferenz bei Dominanz und Sozialer Potenz. Am positivsten ist in der erfolglosen Gruppe Grundstimmung gefolgt von der Kontrolle, gleichzeitig vergrößern sich die wahrgenommenen Differenzen bei der Durchlässigkeit (Offenheit) und der Sozialen Potenz.

Es wird insgesamt deutlich, dass die Patienten in ihrer großen Mehrheit gut bis sehr gut von der stationären Psychotherapie profitierten. Bei der erfolglosen Subgruppe führt die Psychotherapie wahrscheinlich zu einer stärkeren dystonen Bewusstwerdung ihrer strukturellen Defizite, welche vorher Ich- synton empfunden wurden.

Qualität der einzeltherapeutischen Beziehung

Die Qualität der einzeltherapeutischen Beziehung wurde durch die 4 Faktoren des Helping Alliance Questionnaire abgebildet (Grafik 4).

Um einen Zusammenhang zwischen der therapeutenseitigen Beziehungseinschätzung und der Einteilung in die Erfolgsgruppen aufzuzeigen, mussten zunächst an den drei Messzeitpunkten die beiden Therapeutenfaktoren „Arbeitsbündnis“ und „Empathie“ in den einzelnen Gruppen miteinander verglichen werden. Bezüglich dieser beiden Faktoren ist eine konstante Zunahme in der Gruppe 1 vom MZP 1 bis zum MZP 3 ersichtlich. Die steigenden Faktorenwerte entsprechen dabei einer Verbesserung des Arbeitsbündnisses und der Empathie im Verlauf des therapeutischen Prozesses.

Hinsichtlich der Therapeutenfaktoren Empathie und Arbeitsbündnis ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den 3 Erfolgsgruppen.

In Gruppe 2 zeigt sich eine Zunahme der Faktorenwerte zwischen dem MZP 1 und dem MZP 2, jedoch gibt es keine weitere Veränderung im Sinne einer Verbesserung bis zum Zeitpunkt T3. Die Werte für „Arbeitsbündnis“ bleiben in der Gruppe 3 vom MZP 1 bis zum MZP 2 un-

verändert, nehmen zum MZP 3 aber geringfügig zu. Bei „Empathie“ hingegen ist eine Verbesserung vom MZP 1 bis MZP 2 ersichtlich. Zum MZP 3 bleiben die Werte dann konstant. Für den Patientenfaktor subjektiver Erfolg ergibt sich bereits nach 14 Tagen für die 3 unterschiedlichen Gruppen eine Signifikanz.

Es scheint offenbar prädiktorisch entscheidend für den gesamten weiteren Verlauf der Therapie zu sein, ob der Patient innerhalb der ersten 14 Behandlungstage bereits kleinere therapeutische Erfolgserlebnisse verzeichnen kann oder nicht.

Die Therapeutenfaktoren weisen dagegen zwischen den 3 Therapieerfolgsgruppen keine signifikanten Unterschiede auf.

Gruppe		2. Woche		6. Woche		Ende			
		M	S	M	S	M	S		
1 Erfolgreich (n= 46)	Patientenfaktor Beziehung	31,0	3,65	Patientenfaktor Beziehung	31,6	3,54	Patientenfaktor Beziehung	33,5	2,48
	Patientenfaktor Erfolg	20,9*	3,28	Patientenfaktor Erfolg	22,*3	3,41	Patientenfaktor Erfolg	26,1*	2,27
	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	28,1	4,5	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	29,7	5,30	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	32,2	3,69
	Therapeutenfaktor Empathie	8,4	1,11	Therapeutenfaktor Empathie	8,8	1,12	Therapeutenfaktor Empathie	9,3	1,22
2 Teilweise erfolgreich (n= 42)	Patientenfaktor Beziehung	30,2*	3,14	Patientenfaktor Beziehung	30,4	3,04	Patientenfaktor Beziehung	30,6	4,11
	Patientenfaktor Erfolg	20,1*	3,87	Patientenfaktor Erfolg	20,0	4,08	Patientenfaktor Erfolg	22,5	3,12
	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	26,7	4,03	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	28,5	4,19	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	27,8	5,79
	Therapeutenfaktor Empathie	8,3	1,27	Therapeutenfaktor Empathie	8,8	1,09	Therapeutenfaktor Empathie	8,9	1,49
3 Erfolglos (n= 16)	Patientenfaktor Beziehung	29,2	3,19	Patientenfaktor Beziehung	31,3	3,83	Patientenfaktor Beziehung	30,4	4,79
	Patientenfaktor Erfolg	16,6*	2,87	Patientenfaktor Erfolg	18,6*	4,12	Patientenfaktor Erfolg	19,2*	4,69
	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	25,7	5,45	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	28,3	4,97	Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	27,6	7,92
	Therapeutenfaktor Empathie	8,2	1,68	Therapeutenfaktor Empathie	8,9	1,16	Therapeutenfaktor Empathie	9,0	1,79

Grafik 4 Helping Alliance Questionnaire Faktorenanalyse

(M= Mittelwert / S= Standardabweichung (±) / *= Signifikanz auf 5% Niveau)

Therapieformenfragebogen

Im Ranking der Wirksamkeit der einzelnen Therapieformen wird über den gesamten Behandlungszeitraum die Einzeltherapie von der erfolgreichen Gruppe als wirksamste Therapieform beurteilt, gefolgt von Stationsgemeinschaft, Gruppentherapie sowie Kommunikativer Bewegungstherapie (siehe Tabelle 7).

Die Gruppe der Erfolgreichen konnte die meisten der angebotenen Therapieformen am besten nutzen.

Bei der teilweise erfolgreichen Gruppe lassen sich ähnliche Aussagen treffen. Die Einzeltherapie rangiert die ersten Wochen ebenfalls auf Platz 1 der Liste, wird jedoch zum Therapieende von der Gruppentherapie abgelöst. Auf den weiteren Plätzen folgen Kommunikative Bewegungstherapie und Stationsgemeinschaft (siehe Tabelle 7).

Insgesamt geringere Wirksamkeiten bei allen Therapieformen gibt die Gruppe der erfolglosen Patienten an. Am wirksamsten wird ebenfalls die Einzeltherapie empfunden, gefolgt von Stationsgemeinschaft und Kommunikativer Bewegungstherapie. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes wird die Gruppentherapie immer häufiger als wenig wirksam beurteilt.

Es lässt sich vermuten, dass diese Patientengruppe von einer triangulären Gruppensituation mit einem Therapeutenpaar nicht genügend profitieren kann. Dies ändert sich auch im Therapieverlauf nicht.

Diese Patienten favorisieren dagegen eher nonverbale Therapieformen wie Gestaltungstherapie, KBT und Kontakte mit dem Pflegepersonal. Signifikante Aussagen bezüglich nonverbaler Therapieformen bei der erfolglosen Gruppe können jedoch nicht beschrieben werden, es sind lediglich Tendenzen auffällig.

Auffällig erscheint es, dass die Beurteilungen bei einzelnen Therapieformen zwischen Patienten und Therapeuten weit differiert. Von Therapeutenseite werden einige Therapieformen deutlich positiver bewertet, als sie von den Patienten selbst erlebt werden, insbesondere die Musik- und Tanztherapie. Diesbezüglich sollte eine kritische Reflektion erfolgen.

Zu vermuten wäre ein unterschiedliches Verständnis einzelner Bewertungsmaßstäbe durch Patienten und Therapeuten bei diesen Therapieformen.

5.3 Diskussion

In Anbetracht des großen Interesses an einheitlichen Standards der medizinischen Versorgung von Patienten, wurden auch die Forschungsaktivitäten zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie intensiviert. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Behandlung von Patienten mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung, welche mit einer Prävalenz von 10% für Deutschland angegeben werden.

Wirksamkeitsstudien psychodynamisch orientierter Psychotherapien sind in diesem Bereich angesichts der erheblichen gesundheitspolitischen Bedeutung der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen von großer Wichtigkeit. Aus der Literatur ist bekannt (5), dass Patienten mit persönlichkeitsstrukturellen Störungen in der Regel weniger gute Therapiechancen zugeschrieben werden und die Notwendigkeit stationärer Therapien dadurch an Bedeutung gewinnt.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Wirksamkeit spezifischer Therapieformen während einer stationären Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen vom Typ Cluster C über einen Zeitraum von fünf Jahren an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität untersucht.

Zu vier verschiedenen Messzeitpunkten wurden sowohl soziodemographische als auch klinisch relevante Variablen erfasst. Die vorliegenden Ergebnisse der Untersuchung sind lediglich mit der Wirksamkeit stationärer psychodynamisch orientierter Psychotherapie bei heterogenen Diagnosegruppen vergleichbar, da analoge diagnosespezifische Studien bei Persönlichkeitsstörungen bislang fehlen. Bezüglich soziodemographischer Daten weicht die untersuchte Patientenklientel nicht von anderen Stichproben ab (Studienübersicht siehe Tabelle 8 im Anhang).

Das größte Segment der Patientenklientel nahmen die dependenten, gefolgt von selbstunsicher -vermeidenden und den anankastischen Persönlichkeitsstörungen ein.

Bei den Symptomdiagnosen waren die somatoforme, affektive und Angststörungen besonders häufig vertreten.

Bei den anankastischen Persönlichkeitsstörungen dominierten deutlich somatoforme und Angststörungen. Ähnliches ließ sich bei selbstunsicher -vermeidenden Persönlichkeitsstörungen feststellen. Im Vergleich dazu überwiegen bei dependenter Persönlichkeitsstörung Angst- und phobische Störungen. In der Bad Dürkheimer Komorbiditätsstudie und anhand von Prävalenzuntersuchungen beschreibt Fydrich et al (19, 20, 49) ähnliche Ergebnisse bezüglich der Komorbidität.

Die durchschnittliche Verweildauer von ungefähr 71 Tagen (Standardabweichung 18 Tage) war kürzer, als bei anderen Untersuchungen.

Auf Basis des Ergebnisindex des Globalen Evaluierungsbogens wurden die 104 erfassten Patienten drei unterschiedlichen Erfolgsgruppen zugeordnet. Die erzielten Ergebnisse lassen

auf eine weitgehende Übereinstimmung der Patienten- und Therapeutenurteile im Bezug auf den Therapieerfolg schließen. Ca. 85% der untersuchten Patienten konnten einen Therapieerfolg bzw. teilweisen Therapieerfolg erzielen, bei den verbleibenden 15 % zeigte sich entweder kein oder nur ein geringer Therapieerfolg.

Anschließend wurden die Patienten hinsichtlich ihrer Merkmale in psychodiagnostischen Prä/Postvergleichen (Symptomcheckliste SCL-90-R, Giessentest, Beeinträchtigungsschwerescore) analysiert und mögliche Prädiktoren für einen Erfolg oder Misserfolg abgeleitet.

Es wurde deutlich, dass die untersuchten Patienten in ihrer großen Mehrheit gut bis sehr gut von einer stationären psychodynamischen Psychotherapie profitieren konnten. Es ist davon auszugehen, dass sowohl eine Verbesserung der Konfliktbewältigung, als auch der Beziehungsfähigkeit gefördert wurde.

Bezüglich prädiktiver Patientenmerkmale hinsichtlich des Therapieerfolges werden in der Literatur Dauer der Krankschreibung, Beschwerdedauer und Motivationsangaben der Patienten genannt. Bei der vorliegenden Untersuchung war eine signifikante Korrelation zwischen diesen Prognosefaktoren und Therapieerfolg nicht festzustellen. 85% der Patienten, unter denen sich auch langjährig gestörte Patienten befanden, konnten gut von der Therapie profitieren. Es ist zu vermuten, dass durch das Behandlungsmodell auch chronifizierte Patienten günstiger beeinflusst werden konnten. Weiterhin zielte das Interesse auf eine Auswertung von möglichen Korrelationen zwischen Therapieerfolgsgruppen und den einzelnen Therapieformen. Erfolgreiche Patienten konnten die meisten der angebotenen Therapieformen sehr gut nutzen. Einzeltherapie und Gruppentherapie werden von den Patienten gleich häufig am wirksamsten angegeben. Die erfolglosen Patienten preferierten eher nonverbale Therapieformen wie Gestaltungstherapie, Kommunikative Bewegungstherapie und Kontakte mit dem Pflegepersonal.

Es erscheint jedoch auffällig, dass die Beurteilung einzelner Therapieformen zwischen Patienten und Therapeuten weit differiert. Einige Therapieformen werden von Therapeutenseite deutlich positiver bewertet, als sie von den Patienten selbst erlebt werden. Zu vermuten wäre ein unterschiedliches Verständnis der einzelnen Bewertungsmaßstäbe durch Patient und Therapeut. Diesbezüglich ist eine kritischere Reflexion der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse im Behandlungsverlauf erforderlich.

Zur Differenzierung der therapeutenseitigen Beziehungseinschätzung und der jeweiligen Einteilung in die einzelnen Erfolgsgruppen wurden den drei Messzeitpunkten (Helping Alliance Questionnaire) der Verlauf der Therapeutenfaktoren „Arbeitsbündnis“ und „Empathie“ miteinander verglichen. Zwischen den drei Erfolgsgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. In den Gruppen der erfolgreichen und teilweise erfolgreichen Patienten zeigen sich steigende Faktoren im Sinne einer Verbesserung des „Arbeitsbündnisses“ und der „Empathie“. In der Gruppe der Erfolglosen zeigen die Werte für „Arbeitsbündnis“ und „Empathie“ nur geringfügige Veränderungen. Für den Patientenfaktor „Erfolg“ ergibt sich jedoch nach 14

Tagen für die drei unterschiedlichen Gruppen eine Signifikanz. Innerhalb der ersten Therapiewochen zeichnet sich bereits prädiktorisch ab, wie erfolgreich eine Patientenklientel den therapeutischen Prozess durchlaufen wird. Offenbar ist für den gesamten weiteren Verlauf der Therapie entscheidend, ob Patienten innerhalb der ersten 14 Behandlungstage bereits ein kleineres therapeutisches Erfolgserlebnis verzeichnen können oder nicht. Zum Zeitpunkt der Entlassung ergaben sich im Gegensatz zu den Untersuchungen von Bassler und Hoffmann (2) noch deutlichere Korrelationen.

Ein ausführlicherer Vergleich der Ergebnisse ist mit der multizentrischen Effektivitätsstudie von Franz et al (17) sinnvoll, da eine ähnliche methodische Vorgehensweise erfolgte.

Für die Gesamtgruppe wurde dabei eine Effektstärke des Gesamtschwerescore (GSI) und des SCL-90-R von 0,84 ermittelt. Bezogen auf die einzelnen Skalen fanden sich die höchsten Effektstärken für Depressivität, Angst, Zwanghaftigkeit und Unsicherheit. Im Vergleich dazu ergab sich in der vorliegenden Untersuchung eine durchschnittliche Effektstärke für die Gesamtgruppe von 0,68. Auch auf den Einzelskalen finden sich geringere Effektstärken. Es lässt sich allerdings übereinstimmend feststellen, dass die höchsten Effektstärken ähnlich wie in der zitierten Studie auf den Skalen für Depressivität, Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit erreicht werden. Folglich kann eine besondere Wirksamkeit der stationären psychodynamischen Psychotherapie bestätigt werden. Allerdings liegt der Anteil der erfolgreichen und teilweise erfolgreichen Patienten in der Multicenterstudie von Franz et al. mit 56% deutlich unter den von uns ermittelten Werten.

In einer von Rudolf et al. über 5 Jahre untersuchten Patientengruppe (41, 42, 43) wurden verschiedene Störungsbilder, darunter auch Persönlichkeitsstörungen, bezüglich der Behandlungsergebnisse verglichen. Er kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht zwingend ungünstige Behandlungsergebnisse erwartet werden müssen.

Ebenso wie in der vorliegenden Arbeit berichtet Tschuschke (62, S.189) in einer seiner Untersuchungen, dass Patienten, welche später der erfolgreichen Gruppe angehören, sich bereits innerhalb der ersten Therapiewochen intrapsychisch und interpersonell verändern.

Methodenkritisch anzumerken bleibt, dass die Ergebnisse der vorgestellten Untersuchung durch ihren explorativ naturalistischen Charakter limitiert sind. So fehlt beispielsweise eine vergleichbare Kontrollgruppe.

Wirksamkeitsstudien psychodynamisch orientierter Psychotherapien werden häufig kontrovers diskutiert. Angesichts der gesundheitspolitischen Bedeutung der großen Patientenklientel mit Persönlichkeitsstörungen ist daher eine vertiefte konzeptionelle Prozessforschung in diesem Bereich erforderlich. Forschungsbedarf besteht auch bezüglich der Methodik zur Messung des Behandlungserfolges (32).

5.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Vor dem Hintergrund der untersuchten heterogenen Patientenstichproben erweist sich das vorliegende Ergebnis von ca. 85% Patienten mit einem Therapieerfolg bzw. teilweisem Therapieerfolg als positiver Nachweis einer guten Wirksamkeit der stationären psychodynamisch orientierten Psychotherapie bei strukturell schwer gestörten Patienten des Cluster C nach DSM IV. Sack et al (44) kamen in ihrer Untersuchung (1-Jahres Katamnese nach Behandlung) zu dem Ergebnis, dass es keinen Zusammenhang zwischen Erreichen von Therapiezielen und der Beschwerdeverbesserung gibt. Vielmehr sei die Evaluation von Therapiezielen eher zur Steuerung von Prozessqualität, als zur Beurteilung eines Behandlungserfolges nach stationärer Psychotherapie geeignet. Eine genauere Untersuchung des möglichen Zusammenhanges zwischen Ausgangsmerkmalen des Patienten, einzelne Prozessaspekte der Psychotherapie und dem entsprechendem Behandlungsergebnis erscheint daher sinnvoll. Empirische Untersuchungen des Zusammenhanges von patienten- und therapeutenseitig eingeschätzter Zielerreichung und einer Beschwerdeverbesserung fehlten bislang. Die vorliegende Untersuchung liefert erstmalig Erkenntnisse zu diesen Fragestellungen.

Aus unseren Untersuchungen lässt sich feststellen, dass sich zum Beginn der Behandlung bereits nach 14 Tagen ein Zusammenhang zwischen der Erfolgsbeurteilung durch patienten- und therapeutenseitige Erfolgskriterien ergibt. Neben der Einzelpsychotherapie werden auch Interaktionen zwischen den Patienten in der therapeutischen Stationsgemeinschaft von allen Erfolgsgruppen als wirksam eingestuft. Offensichtlich besitzt die sowohl konkurrierend, als auch synergistisch erlebte dyadische Beziehung zu anderen Patienten einen zentralen Stellenwert im Verlauf der stationären Behandlung. Diese Beziehungsmuster sind von Bedeutung für die erfolgreiche Bearbeitung vorhandener struktureller psychischer Defizite während der Gruppenpsychotherapiesitzungen. Auf Grundlage der Therapieformenevaluation durch die vorliegende Studie wurden im Ablauf der Gruppenpsychotherapie an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik verschiedene Modifikationen vorgenommen, um insbesondere die Gruppe potentiell erfolgloser Patienten besser in den therapeutischen Prozess zu integrieren.

Zukünftig werden alle Patienten zuerst in einer interaktionellen symptomorientierten Gruppe behandelt. Nach Verbesserung der Gruppenfähigkeit im Sinne von besserer Reflexion intrapsychischer und interpersoneller Aspekte, erfolgt die Weiterbehandlung in einer psychodynamisch orientierten Gruppe. Ziel dieser Modifikation ist es, die Gruppenfähigkeit schwer gestörter Patienten über eine verlängerte Anfangsphase zu bessern und eine mögliche Überforderung der Patienten innerhalb der therapeutischen Gruppe zu vermeiden. Desweiteren werden in Zukunft verstärkt körperbezogene Therapieformen (KBT) in den Behandlungsablauf integriert, da sie nach Einzeltherapie und Gruppentherapie von den meisten Patienten als besonders wirksam im Therapieverlauf empfunden wurden.

Untersuchungen zur prognostischen Bedeutung von Bindungsmerkmalen bei Patienten sind bislang noch rar und werden kontrovers diskutiert. Fonagy et al. (16) zeigt auf, dass vermeidend gebundene Patienten eher günstigere Behandlungserfolge aufweisen. Im Gegensatz dazu kommen Schauenburg und Reinhold (45) zu dem Schluss, dass abhängig gebundene Patienten gemessen anhand von Symptomskalen bessere Behandlungsergebnisse aufweisen. Strauß und Burgmeier-Lohse konstatieren hingegen, dass Patientenmerkmale zu Beginn der Therapie bzw. die Motivation des Einzelnen keinen Einfluss auf den Therapieerfolg haben (54, 55). In der vorliegenden Untersuchung sind in den einzelnen Erfolgsgruppen vor allem bei den Erfolgreichen und teilweise Erfolgreichen abhängig gebundene Patienten, gefolgt von selbstunsicher-vermeidenden Patienten vertreten. Ob Bindungsmerkmale (abhängig, selbstunsicher-vermeidend) von entsprechender prognostischer Bedeutung sein könnten, bleibt im Hinblick auf ein differenzierteres Therapieangebot von Interesse. Eine genauere Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Ausgangsmerkmalen des Patienten, einzelner Prozessaspekte der Psychotherapie und dem Behandlungsergebnis ist deshalb anzustreben.

Von Bedeutung wäre ebenso eine Katamnese zum Langzeiterfolg der stationären psychodynamisch orientierten Psychotherapie bei Cluster - C Störungen, welche nach einem längeren Zeitintervall durchgeführt werden sollte.

Individuell ist der Erfolg einer Behandlung nicht immer völlig kongruent zu den erfassten quantitativen Therapiezielen. Es wäre deshalb qualitativ weiterführend, zu Beginn patientenspezifische Ziele der Therapie zu dokumentieren und im Verlauf der Behandlung ggf. zu flexibilisieren sowie phasenspezifisch zu evaluieren, was allerdings ein sehr aufwändiges Untersuchungsdesign erfordern würde.

Kapitel 6 Literaturverzeichnis

- 1 American Psychiatric Association DSM IV, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders; 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Press 1994
- 2 Bassler M./ Hoffmann S.O. Die therapeutische Beziehung im Rahmen von stationärer Psychotherapie; Psychother Psychosom med Psychol 1993; 43: 325- 332
- 3 Bassler M./ Hoffmann S.O. Trends in der empirischen Forschung über stat. Psychotherapie; Psychotherapeut 1994; 39: 174- 176
- 4 Bassler M./ Krauthauser H. Zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stat. Psychotherapie; Psychother Psychosom med Psychol 1996; 46: 29-37
- 5 Bassler M./ Krauthauser H./ Hoffmann S.O. Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie? Psychother Psychosom med Psychol 1995; 45: 167- 175
- 6 Beck A.T./ Freeman A. et. Al Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen; Psychologie Verlags Union 1993
- 7 Böhme H./ Finke J./ Teusch L. Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese; Psychother Psychosom med Psychol 1998; 48: 20- 29
- 8 Bräutigam W./ Senf W./ Kordy H. Wirkfaktoren stationärer psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojektes, in: Lang H. (Hrsg), Wirkfaktoren der Psychotherapie, Springer Verlag, Berlin 1990; 189- 208
- 9 Corsini R. Handbuch der Psychotherapie; 4. Auflage, Psychologie Verlags Union, Beltz- Verlag, Weinheim 1994
- 10 Dilling H./ Mombour W./ Schmidt M. H. ICD 10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, klinisch diagn. Leitlinien; Huber, Bern Göttingen Toronto,
- 11 Dilling H./ Reimer C. Psychiatrie und Psychotherapie; 3. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg 1997
- 12 Faust V. Psychiatrie- Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung; Gustav Fischer Verlag, Stuttgart- New York 1995
- 13 Fiedler P. Verhaltenstherapie in und mit Gruppen; Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996

-
- 14 Fiedler P. Persönlichkeitsstörungen; 5. Auflage, Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz, Weinheim 1999, 2001
- 15 Fiedler P. Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen; Hogrefe- Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen 2000
- 16 Fonagy P./ Leigh T./ Steele H./ Kennedy R./ Mattoon G./ Target M./ Gerber A. The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification and Response to Psychotherapy; J consult and Clinic Psychol 1996; 64: 22- 31
- 17 Franz M./ Janssen P./ Lensesche H./ Schmidtke V./ Tetzlaff M./ Martin K./ Wöller W./ Hartkamp N./ Schneider G./ Heuft G. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. Eine Multicenter-Studie; Z Psychosom Med und Psychotherapie 2002; 46: 242- 258
- 18 Freyberger H. J./ Schneider W./ Stieglitz R. D. Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosom. Medizin; 11. Auflage, Karger, Freiburg 2002
- 19 Fydrich T./ Laitreiter A. R./ Engberding M. Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie- Empfehlungen zur Standardisierung; Zeitschrift für klinische Psychologie 1996; 25: 161- 168
- 20 Fydrich T./ Schmitz B./ Dietrich G./ Heinicke S./ König J. Prävalenz und Komorbidität bei Persönlichkeitsstörungen, in: Schmitz B./ Fydrich T./ Limbacher K. (Hrsg) Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, Psychologie Verlags Union, Beltz- Verlag, Weinheim 1996; 318- 342
- 21 Geiser F./ Imbierowicz K./ Schilling G./ Conrad R./ Liedtke R. Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom- Checklist- 90-R (SCL-90-R); Psychother Psychosom med Psychol 2000; 50: 447- 453
- 22 Geiser F./ Imbierowicz K./ Schilling G./ Conrad R./ Liedtke R. Zur Unterscheidung von "geheilten" und "gebesserten" sowie von "unveränderten" und "verschlechterten" Patienten in einer Therapieerfolgsstudie; Z Psychosom Med Psychother 2001; 47: 250-261
- 23 Heigl- Evers A./ Heigl F./ Ott J. Lehrbuch der Psychotherapie; 2. Auflage, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart Jena 1994
- 24 Hoffmann S./ Hochapfel G. Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin; 6.Auflage, Schattauer Verlag , Stuttgart-New York 1999

-
- 25 Janssen P. L. Psychoanalytische Therapie in der Klinik; Klett- Cotta Verlag, Stuttgart 1987
- 26 Janssen P. L./ Martin K./ Tress W./ Zaudig M. Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht; Psychotherapeut 1998; 43: 265- 276
- 27 Junge A./ Ahrens S. Stat. psychosomatische Behandlung- Patientenmerkmale und Behandlungserfolg; Psychother Psychosom med Psychol 1996; 46: 430-437
- 28 Kernberg O. F. Für eine integrative Theorie der Klinikbehandlung; in: Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, Klett Verlag Stuttgart 1981; S.256- 245
- 29 Klußmann R. Psychosomatische Medizin; 4. Auflage, Springer Verlag Berlin, Heidelberg 1998
- 30 Konzag T.A./ Fikentscher E. Stationäre Psychotherapie- Phasen der therapeutischen Beziehung; Psychotherapeut 1998; 43: 369-376
- 31 Konzag T.A./ Fikentscher E./ Bandemer- Greulich U. Vernetzte Evaluierung von Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Psychotherapie; Psychother Psychosom med Psychol 2000; 50: 1-8
- 32 Kordy H./ Hannover W. Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen, in: Ambühl H./ Strauß B. (Hrsg) Therapieziele, Hogrefe Verlag, Göttingen 1999; 75- 90
- 33 Krampen G. Einführung zum Autogenen Training; Verlag für angewandte Psychologie, Verlagsgruppe Hogrefe, Göttingen Stuttgart 1992
- 34 Meyer HE Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischer Störungen; Psychotherapeut 1994; 39: 298- 376
- 35 Lamprecht F./ Schmidt J. Das Zauberberg Projekt: Zwischen Verzauberung und Ernüchterung; in: Ahrens S. (Hrsg) Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der BRD, Springer Verlag Berlin 1990, S.97-115
- 36 Luborsky L. Principles of Psychoanalytic Psychotherapy; Basic Books Inc., New York 1984
- 37 Luborsky L. Einführung in die analytische Psychotherapie; Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1988

- 38 Nissen G. Persönlichkeitsstörungen, Ursachen- Erkennung- Behandlung, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart Berlin Köln 2000
- 39 Maier, W./ Lichtermann, D./ Klinger, T./ Heun, R./ Hallmayer, J. Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community; Journal of Personality Disorders 1992; 6: 187-196
- 40 Reinecker H. Lehrbuch der klinische Psychologie; 2. Auflage, Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen 1994
- 41 Rudolf G./ Grande T./ Porsch U. Die Berliner Psychotherapiestudie- Indikationsentscheidungen und Therapieevaluierung in unterschiedlichen Praxisfeldern, Z Psychosom Med und Psychotherapie 34: 2-18
- 42 Rudolf G./ Jakobsen Th./ Micka R./ Schumann E. Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie; Z Psychosom Med und Psychotherapie 2004; 50: 37- 52
- 43 Rudolf G./ Manz R./ Öri C. Ergebnisse psychoanalytischer Therapien; Z Psychosom Med und Psychotherapie 1994; 40: 25- 40
- 44 Sack M./ Lempa W./ Lamprecht F./ Schmid- Ott G. Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stat. psychosom. Therapie; Z Psychosom Med und Psychotherapie 2003; 49: 63- 73
- 45 Schauenburg H./ Reinhold F. Bindungsstil und Symptompräsentation bei stat. Psychotherapiepatienten, in: Lamprecht F./ Künsebeck H./ Schmid-Ott G. (Hrsg) Neue und alte Betätigungsfelder in Psychosomatik und Psychotherapie; VAS, Frankfurt 2000
- 46 Schauenburg H./ Strack M. Die Symptom Checklist-90-R (SCL -90-R) zur Darstellung von stat. und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen; Psychother Psychosom med Psychol 1998; 48: 257-264
- 47 Schepank H. BSS Der Beeinträchtigungsschwerescore; Beltz Verlag, Göttingen 1995
- 48 Schepank H./ Tress W. Die Stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen; Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1988
- 49 Schmitz B./ Fydrich T./ Limbacher K. Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie; Psychologie Verlags Union Beltz Weinheim 1996

- 50 Schulz H./ Lang K./ Lotz-Rambaldi W./ Bürger W./ Koch U. Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosom. Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger; Psychother Psychosom med Psychol 1999; 49: 326- 336
- 51 Senf W./ Broda M. Praxis der Psychotherapie, ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie; Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1996
- 52 Stetter F. Was geschieht, ist gut; Entspannungsverfahren in der Psychotherapie; Psychotherapeut 1998; 43: 209- 220
- 53 Strauß B. Behandlungseffekte in therapeutischen Gruppen, in: Tschuschke V (Hrsg) Praxis der Gruppenpsychotherapie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2001; 180- 187
- 54 Strauß B. Leisten bindungsbezogene PatientInnenmerkmale einen Beitrag zur Vorhersage des Behandlungserfolges nach stat. Gruppenpsychotherapie?; Psychother Psychosom med Psychol 2002; 52: 52- 115
- 55 Strauß B. / Burgmeier-Lohse M. Evaluation einer stat. Langzeitgruppenpsychotherapie; Psychother Psychosom med Psychol 1994; 44: 184-192
- 56 Strauß B./ Kriebel R./ Mattke D. Probleme der Qualitätssicherung in der stationären Gruppenpsychotherapie; Psychotherapeut 1998; 43: 18- 25
- 57 Strauß B./ Mattke D. Stationäre Gruppenpsychotherapie; in: Tschuschke V (Hrsg) Praxis der Gruppenpsychotherapie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2001; 225- 229
- 58 Streeck U. Persönlichkeitsstörungen und Interaktion; Psychotherapeut 1998; 43: 157- 163
- 59 Tölle R. Psychiatrie der Gegenwart Bd I; Springer Verlag, Berlin-Heidelberg- New York- Tokyo 1986
- 60 Tölle R. Psychiatrie; 12. Auflage, Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1999
- 61 Tress W./ Wöller W./ Hartkamp W./ Langenbach M./ Ott J. Persönlichkeitsstörungen; Schattauer GmbH, Stuttgart New York 2002
- 62 Tschuschke V. Praxis der Gruppenpsychotherapie; Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2001

- 63 von Rad M./ Schors R./ Heinrich G. Stat. Psychoanalytische Psychosomatik; in: Strauß B./ Meyer AE (Hrsg) Psychoanalytische Psychosomatik, Schattauer Verlag, Stuttgart 1994
- 64 von Rad M./ Senf W./ Bräutigam W. Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes; Psychother Psychosom med Psychol 1998; 48: 88- 100
- 65 Yalom I. D. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie; 4. Überarbeitet Auflage

Kapitel 7 Anlagen

Tabelle 1

**Persönlichkeitsstörungen in ICD-9, ICD-10, DSM-III(-R) und DSM-IV
(Abfolge und Gruppierung der Störungsbilder in Anlehnung an das DSM-IV).**

ICD-10	DSM-IV
paranoid	paranoid
schizoid	schizoid
->*)	schizotypisch
dissozial	antisozial
emotional instabil:	
— impulsiv	
— Borderline	Borderline
->**)	(depressiv)
histrionisch	hysterisch
ängstlich	vermeidend
(vermeidend)	
abhängig	dependent
anankastisch	zwanghaft
(****)	(negativistisch)

() In der ICD-9 oder im DSM-II noch nicht vorhanden bzw. in der ICD-10 oder seit dem DSM-III nicht mehr vorhanden.

—> *) In der ICD-10 als „Schizotype Störung“ unter F21 im Bereich F2 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zu kodieren.

—> **) Seit dem DSM-III als „Intermittierend Explosible Störung“ unter „Störungen der Impulskontrolle“ auf der Achse I zu kodieren.

—> ***) Seit dem DSM-III: Achse I (unter „Affektiven Störungen“; im DSM-IV: „Stimmungsstörungen“), zur Kennzeichnung chronischer Verläufe depressiver Verstimmung („Dysthymie“) bzw. mit hypomanischen Episoden und Perioden wechselnd („Zyklothymie“) über mindestens zwei Jahre (entsprechend im ICD-10 unter F3: „Affektive Störungen“); im Anhang des DSM-IV wurde die „depressive Persönlichkeitsstörung“ neu hinzugefügt (vgl. Text).

(****) In der ICD-10 sind die narzisstische und die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung unter der Restkategorie „andere spezifische Persönlichkeitsstörungen“ aufgeführt (F60.8). Die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung des DSM-III(-R) wird jetzt als „passiv-aggressive/negativistische Persönlichkeitsstörung“ im Anhang des DSM-IV geführt.

Tabelle 2
Phasenmodell der Behandlung strukturell schwergestörter Patienten

	Pseudoneurotische Anfangsphase	Spaltungsphase	Triangulierungsphase	Nachreifungsphase	Trennungsphase
Beziehungsgestaltung Einzeltherapeut Team/Gruppe	vorwiegend apersonal- beziehungsvermeidend, "pseudoneurotische Fassade"	vorwiegend Teilobjekt- beziehungen, Aktivierung von Spaltungs- .Verteuerungs-, Projektions- mechanismen/ identifikatorische Projektion	teilweise dyadische Objektbeziehungen zum Einzeltherapeuten/ Teilobjektbeziehungen zu anderen Therapeuten und in der Gruppe, Autonomie vs. Schuld	vorwiegend dyadische Beziehung zum Einzeltherapeuten / teilweise dyadische Beziehungen zu anderen Therapeuten und in der Gruppe	Triebregression bei stabiler dyadischer Objektbeziehung zum Einzeltherapeuten, stabile Ich -Funktionen, fort- bestehende Kontakte zu anderen Gruppenmitgliedern
Interaktionelle Botschaft der Patienten	„Hält mich jemand aus?“	„Gib mir mehr, hau ab“	„Halte mich, aber lass mich probieren“	„Begleite mich, teile dich mit“	„Lass mich gehen, aber verlass mich nicht“
Bevorzugtes Therapeutisches Vorgehen:					
-Verhaltensebene	Strukturierung	Anregen/Strukturierung	Strukturierendes Fördern	Themenzentriertes Training sozialer Inter- aktion, Fördern	Durchführung konkreter sozialer Aktivitäten
- Kognitive Ebene	Aushandeln/Entlasten/ Konfrontieren	Konfrontation	Entlasten	Reflexion rigider Grundannahmen und Einstellungen	Kognitive Strategien zur Rezidivprophylaxe
- Psychodynamische Ebene	Empathische Akzeptanz	Spüren, Wahrnehmen, Klarifizieren, emotionale Sinnstiftung	Klarifizierung, empathisches Spiegeln	Empathische Deutungen in Bezug auf die biographische Entwicklung, emotionale Beziehungsstiftung durch Gemeinsames Erleben	Gemeinsames Erleben von Trennung und Traurigkeit
Gefährdung des Therapieprozesses	Schematische Übereinkünfte, keine authentische emotionale Begegnung	Maligne Regression der Ich-Funktionen mit Therapieabbruch und Selbstgefährdung	Kollusive Szenarien, z.B. Paarbildung/ Kleingruppenideologie	Agieren i.S. eines gegenseitig erwünschten Verhaltens	Inhaltlich und zeitlich abrupte Beendigung der Therapie, ungeklärte weitere Perspektive

Tabelle 3
Globaler Evaluierungsbogen

➤ Therapeut

- a) Haben sich beim Patienten die Krankheitssymptome verändert?
- b) Hat sich die gefühlsmäßige Beziehung des Patienten zu sich selbst verändert?
- c) Hat der Patient die gefühlsmäßige Beziehung zu anderen verändert?

➤ Patient

- a) Gibt es Veränderungen bei Ihren Krankheitssymptomen?
- b) Gibt es Veränderungen in Ihrer gefühlsmäßigen Beziehung zu sich selbst?
- c) Gibt es Veränderungen in der gefühlsmäßigen Beziehung zu anderen Menschen?

Die jeweiligen Antwortmöglichkeiten waren wie folgt vorgegeben mit:

- deutlich gebessert
- unverändert therapeutenseitig
- etwas verschlechtert

- etwas gebessert
- unverändert patientenseitig
- deutlich verschlechtert

Tabelle 4
Globaler Evaluierungsbogen

Gruppe 1

Fragestellung	Übereinstimmung	Abweichung +/- 1	Rest
Krankheitssymptomatik	56	41	3
Selbstobjektbeziehung	41	56	3
Fremdobjektbeziehung	33	58	9
individuelle Therapieziele	48	44	8

Gruppe 2

Fragestellung	Übereinstimmung	Abweichung +/- 1	Rest
Krankheitssymptomatik	66	32	2
Selbstobjektbeziehung	71	25	4
Fremdobjektbeziehung	61	37	2
individuelle Therapieziele	67	30	3

Gruppe 3

Fragestellung	Übereinstimmung	Abweichung +/- 1	Rest
Krankheitssymptomatik	31	30	39
Selbstobjektbeziehung	43	24	33
Fremdobjektbeziehung	46	14	40
individuelle Therapieziele	50	31	19

Gruppen insgesamt

Fragestellung	Übereinstimmung	Abweichung +/- 1	Rest
Krankheitssymptome	56	37	7
gefühlsmäßige Beziehung zu sich	53	40	7
gefühlsmäßige Beziehung zu anderen	45	47	8
Therapieziele	55	40	5

Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient bei der globalen Einschätzung des Therapieerfolges (alle Angaben in Prozent)

Tabelle 5

Therapeut

- Von welchen Therapieformen hat der Patient bisher am meisten profitiert?
- Antwortmöglichkeiten zur entsprechenden Therapieform: Am meisten profitiert (3), profitiert (2), kaum profitiert (1)

Patient

- Welche Therapieform hat Ihnen bisher am meisten geholfen?
- Antwortmöglichkeiten zur entsprechenden Therapieform: Am meisten geholfen (3), geholfen (2), kaum geholfen (1)

Tabelle 6

HAQ

zwei Wochen

			Mittelwert	Median	Standardabweichung	Gültige N
GRUPPE	1	Patientenfaktor Beziehung	31	31	3,65	N=43
		Patientenfaktor Erfolg	20,9	21	3,28	N=44
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	28,1	28	4,5	N=42
		Therapeutenfaktor Empathie	8,4	8	1,11	N=43
	2	Patientenfaktor Beziehung	30,2	30	3,14	N=39
		Patientenfaktor Erfolg	20,1	20	3,87	N=39
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	26,7	27	4,03	N=39
		Therapeutenfaktor Empathie	8,3	8	1,27	N=39
	3	Patientenfaktor Beziehung	29,2	29,5	3,19	N=16
		Patientenfaktor Erfolg	16,6	17	2,87	N=16
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	25,7	28	5,45	N=16
		Therapeutenfaktor Empathie	8,2	8	1,68	N=16

nach 6 Wochen

		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Gültige N	
GRUPPE	1	Patientenfaktor Beziehung	31,6	32	3,54	N=44
		Patientenfaktor Erfolg	22,3	22,5	3,41	N=42
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	29,7	30	5,3	N=41
		Therapeutenfaktor Empathie	8,8	9	1,12	N=41
	2	Patientenfaktor Beziehung	30,4	30	3,04	N=39
		Patientenfaktor Erfolg	20	20	4,08	N=39
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	28,5	28	4,19	N=39
		Therapeutenfaktor Empathie	8,8	9	1,09	N=39
	3	Patientenfaktor Beziehung	31,3	32	3,83	N=15
		Patientenfaktor Erfolg	18,6	19	4,12	N=15
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	28,3	28	4,97	N=15
		Therapeutenfaktor Empathie	8,9	9	1,16	N=15

am Ende

			Mittelwert	Median	Standardabweichung	Gültige N
GRUPPE	1	Patientenfaktor Beziehung	33,5	34	2,48	N=42
		Patientenfaktor Erfolg	26,1	26	2,27	N=42
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	32,2	33	3,69	N=43
		Therapeutenfaktor Empathie	9,3	10	1,22	N=43
	2	Patientenfaktor Beziehung	30,6	31	4,11	N=39
		Patientenfaktor Erfolg	22,5	23	3,12	N=40
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	27,8	28	5,79	N=40
		Therapeutenfaktor Empathie	8,9	9	1,49	N=40
	3	Patientenfaktor Beziehung	30,4	32	4,79	N=16
		Patientenfaktor Erfolg	19,2	19	4,69	N=16
		Therapeutenfaktor Arbeitsbündnis	27,6	29,5	7,92	N=16
		Therapeutenfaktor Empathie	9	9	1,79	N=16

Tabelle 7

Cluster C Tabellen nach 2 Wochen

Gruppe 1

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	1,79	2,0	1
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,71	2,0	1
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	2,05	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,51	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,23	2,0	2
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	1,30	1,0	1
7	Pat. Wirk. Videogruppe	1,42	1,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,88	2,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	1,90	2,0	1
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,58	1,0	1
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,83	2,0	2
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew.T.	1,97	2,0	2
13	Pat. Wirk. Entspannung	1,88	2,0	1
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat.gem	2,24	2,0	3

Gruppe 2

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	1,77	2,0	2
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,56	1,0	1
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	1,82	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,35	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,22	2,0	2
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	1,57	1,0	1
7	Pat. Wirk. Videogruppe	1,35	1,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,63	1,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	1,72	2,0	2
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,68	1,0	1
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,66	2,0	2
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew. T.	1,97	2,0	2
13	Pat. Wirk. Entspannung	1,95	2,0	1
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat. gem	2,04	2,0	2

Gruppe 3

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	1,69	1,5	1
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,53	1,0	1
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	2,00	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,29	2,5	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,29	2,5	3
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	1,38	1,0	1
7	Pat. Wirk. Videogruppe	1,00	1,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,67	1,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	1,69	2,0	1
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,63	2,0	2
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,50	1,0	1
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew.T.	1,77	2,0	2
13	Pat. Wirk. Entspannung	2,00	2,0	1
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat.gem	2,14	2,0	2

Cluster C -Tabellen nach 6 Wochen**Gruppe 1**

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	2,05	2,0	2
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,65	1,0	1
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	1,93	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,76	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,41	3,0	3
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	1,60	1,0	1
7	Pat. Wirk. Videogruppe	1,43	1,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,79	2,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	2,0	2,0	2
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,61	1,0	1
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,84	2,0	1
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew.T.	2,23	2,0	2
13	Pat. Wirk. Entspannung	1,93	2,0	2
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat.gem	2,50	2,5	2

Gruppe 2

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	2,03	2,0	2
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,77	2,0	1
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	1,82	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,58	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,31	2,0	2
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	1,73	2,0	1
7	Pat. Wirk. Videogruppe	1,54	1,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,85	2,0	2
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	1,79	2,0	1
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,59	1,0	1
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,54	1,0	1
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew. T.	2,08	2,0	2
13	Pat. Wirk. Entspannung	2,05	2,0	2
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat. gem	2,62	3,0	3

Gruppe 3

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	2,27	2,0	2
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,60	2,0	2
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	1,87	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,91	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,20	2,0	3
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	2,00	2,0	1
7	Pat. Wirk. Videogruppe	2,00	2,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,80	2,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	1,93	2,0	2
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,93	2,0	2
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,60	2,0	1
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew.T.	2,40	2,0	2
13	Pat. Wirk. Entspannung	1,87	2,0	2
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat.gem	2,14	2,0	3

Cluster C -Tabellen am Ende**Gruppe 1**

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	2,26	2,0	2
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	2,00	2,0	1
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	1,98	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,84	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,70	3,0	3
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	2,15	2,0	2
7	Pat. Wirk. Videogruppe	1,96	2,0	2
8	Pat. Wirk. Yoga	1,86	2,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	2,16	2,0	3
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,74	2,0	2
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,86	2,0	2
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew.T.	2,52	3,0	3
13	Pat. Wirk. Entspannung	2,02	2,0	2
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat.gem	2,67	3,0	3

Gruppe 2

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	2,26	2,0	2
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,82	2,0	2
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	1,95	2,0	2
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,55	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,37	2,5	3
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	1,97	2,0	2
7	Pat. Wirk. Videogruppe	1,86	2,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,61	1,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	2,08	2,0	2
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,69	1,0	1
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,58	1,0	1
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew. T.	2,33	2,0	2
13	Pat. Wirk. Entspannung	1,79	2,0	1
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat. gem	2,52	3,0	3

Gruppe 3

		Mittelwert	Median	Modalwert
1	Pat. Wirk. Mal- und Gestaltung	2,06	2,0	2
2	Pat. Wirk. Musik- und Tanzth.	1,50	1,5	1
3	Pat. Wirk. Schwesternk.	1,88	2,0	1
4	Pat. Wirk. Einzeltherapie	2,64	3,0	3
5	Pat. Wirk. Gruppentherapie	2,31	2,5	3
6	Pat. Wirk. Rollenspiel	1,87	2,0	1
7	Pat. Wirk. Videogruppe	2,00	2,0	1
8	Pat. Wirk. Yoga	1,56	1,0	1
9	Pat. Wirk. Stationsgruppe	1,63	1,5	1
10	Pat. Wirk. Autogenes Training	1,63	1,5	1
11	Pat. Wirk. Gymnastik	1,56	1,5	1
12	Pat. Wirk. Kommunikative Bew.T.	2,38	3,0	3
13	Pat. Wirk. Entspannung	1,81	2,0	2
14	Pat. Wirk. Leben in der Stat.gem	2,43	2,0	2

Tabelle 8

Effektivitätsstudien stationärer Psychotherapie

Autoren	Stichprobe	Art/Dauer der Therapie	Ergebnis
Schmidt, 1991	364	- Rehabilitationsklinik. Psychodyn. Orientiert - 54,8 Tage	Nach 1 Jahr: 23,7% deutlich, 43,9 etwas gebessert, 26,9% unverändert, 5% verschlechtert
Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994	31	- psychodyn., stat. Integrierte Psychotherapie - 6 Monate	9 deutlicher, 11 mittlerer, 8 keinen bzw. geringen Erfolg
Rudolf et al 1994	151	- stat. psychodynamisch	Besserung bei ca. 75% der Patienten
Junge und Ahrens, 1996	164	- psychodyn. - 9,5 Wochen	Bei Behandlungsende 85% gebessert, nach 1 Jahr 75%
Böhme et al. 1998	202	- Stationäre Gesprächspsychotherapie - 10 bis 12 Wochen	Hochsignifikante Verminderung der erkrankungsschwere (nur 17,4% nicht erfolgreich)
v. Rad et al. 1998	208	- psychodyn. Langzeittherapie - stationär/ambul.	Symptombewertung zur Katamnese 70-80% gebessert
Franz et al, 2000	495	- tiefenpsychologisch- psychodynamisch - 126 Tage	55% gebessert, 6% verschlechtert Effektstärke (GSI, SCL-90-R) 0,84

Kapitel 8 Thesen

1. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen werden durch tiefgreifende und langzeitstabile, destruktive Erlebens- und Verhaltensmuster charakterisiert. In der Allgemeinbevölkerung beträgt die Prävalenz 5 bis 10 %. Häufig entwickelt sich auf dem Boden der Persönlichkeitsstörung in Wechselwirkung mit psychosozialen Belastungen eine zusätzliche psychische Komorbidität.
2. Auf Grund von deskriptiven Optimalkriterien werden Persönlichkeitsstörungen anhand des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV) in unterschiedliche Cluster eingeteilt. Die vorliegende Arbeit untersucht die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie bei Cluster - C Persönlichkeitsstörungen.
3. Cluster - C Persönlichkeitsstörungen werden durch ein tiefgreifendes Erlebens- und Verhaltensmuster i. S. von Unsicherheit, Ängstlichkeit und Furcht vor psychosozialer Zurückweisung charakterisiert. Im einzelnen werden eine selbstunsicher-vermeidende, eine dependente und eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung differenziert. In psychosozialen Anforderungs- bzw. Belastungssituationen kommt es bei diesen Patienten häufig zu einer Dekompensation der strukturellen Steuerungsfähigkeit.
4. Hauptziele der vorliegenden Untersuchung waren die Evaluierung des Therapieerfolges stationärer Psychotherapie sowie die Identifizierung von Prädiktoren von Therapieerfolg bzw. -misserfolg bei Patienten mit Cluster – C Persönlichkeitsstörungen.
5. Es wurden konsekutiv 120 Patienten mit einer Cluster - C Persönlichkeitsstörung, welche in einem 5-Jahreszeitraum an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Halle behandelt wurden, in die Untersuchung einbezogen. Die Behandlungsdauer betrug konzeptuell 10 Wochen.
6. Zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität der Psychotherapie wurde ein testdiagnostisches Methodeninventar bestehend aus der DKPM- Basisdokumentation, der Symptomcheckliste (SCL 90-R), dem Giessentest (GT), dem Helping- Alliance- Questionnaire (HAQ) sowie patienten- und therapeutenseitig parallelierten Therapieformenfragebögen (TF) und einem globalen Evaluierungsbogen (GOB) eingesetzt. Die Evaluierung des Therapieverlaufes fand an 4 Messzeitpunkten statt.
7. Die Veränderungen der Symptomatik der Patienten wurden mit Hilfe von Effektstärken berechnet. Desweiteren wurde das Therapieergebnis zum Entlassungszeitpunkt durch skalierte Veränderungsurteile der Patienten und Therapeuten zu Symptomatik, Selbstobjektbeziehung und Fremdobjektbeziehung, welche zu einem Erfolgsindex summiert wurden, bestimmt. Auf der Basis des Erfolgsindex wurden die einzelnen Fälle jeweils einer erfolgreichen, teilweise erfolgreichen und einer erfolglosen Gruppen zugeordnet.

8. 85% der untersuchten Patienten konnten nach der stationären Behandlung einen guten bzw. teilweisen Therapieerfolg erzielen, bei den verbleibenden 15% zeigte sich kein oder nur ein geringer Therapieerfolg. Es konnte eine weitestgehende Übereinstimmung der Patienten- und Therapeutenurteile im Hinblick auf den Therapieerfolg festgestellt werden.
9. Die höchsten Effektstärken wurden in den Bereichen Depressivität, Zwanghaftigkeit und im Gesamtschwerescore der psychische Belastung erzielt.
10. Von allen Patienten wurde die Einzelpsychotherapie sowie die therapeutische Stationsgemeinschaft mit den anderen Patienten als wirksamste Therapieformen eingestuft. Die erfolgreichen Patienten favorisieren außerdem die verbale Gruppentherapie als sehr wirksam. Dagegen präferierten die erfolglosen Patienten eher nonverbale Therapieformen wie Gestaltungstherapie und kommunikative Bewegungstherapie sowie den Kontakt mit dem Pflegepersonal als positiv wirksam.
11. Hinsichtlich der Untersuchung möglicher Prädiktoren von Therapieerfolg bzw. –misserfolg zeigten Diagnosegruppe, psychische Komorbidität, Geschlecht, Alter, Beschwerdedauer, subjektive Angaben zur Motivation, Bildungsgrad, sowie Beeinträchtigungsschwere keine signifikante Korrelation zum späteren Therapieerfolg. Einziger signifikanter Prädiktor für den späteren Therapieerfolg war die Erfolgszufriedenheit der Patienten im Helping- Alliance- Questionnaire 14 Tage nach der Aufnahme. Es lässt sich daraus ableiten, dass eine authentische Therapiezielaushandlung in der Anfangsphase der Therapie eine wegweisende Bedeutung für den späteren Therapieerfolg hat.
12. Zusammenfassend ist eine positive Bilanz des eingesetzten integrativen stationären Therapiemodells bei Patienten mit Cluster – C Persönlichkeitsstörungen zu ziehen. Bezüglich der erfolglosen Patienten erscheint es günstig, deren Gruppenfähigkeit zunächst im Rahmen einer verlängerten Anfangsphase in einer interaktionellen symptomorientierten Gruppe zu fördern und eine Integration in eine psychodynamisch arbeitende Gruppe erst nach einer Besserung der Interaktionsfähigkeit vorzunehmen.

Lebenslauf von Claudia Döschner

Persönliche Angaben

Name, Vorname: Claudia Döschner
Anschrift: Wakenitzstr. 19
23564 Lübeck
Telefon: 0451/ 2965740
E- Mail: claudidoe@web.de
Geburtsdatum: 25.06.1975
Nationalität: deutsch
Familienstand: ledig

Schulausbildung

09/82- 08/89 Karl- Marx-Oberschule Halle/S.
09/89- 06/94 Südstadt- Gymnasium Halle/S.
Schulabschluss 06/94 Abitur (2,0)

Hochschulstudium

10/95- 04/98 Biologie (5 Semester)
04/98- 05/04 Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
August 1999 Physikum
August 2000 1. Staatsexamen
September 2002 2. Staatsexamen
2004 3. Staatsexamen

Famulaturen/ Praktika

Innere Medizin, Chirurgie, Ambulante Chirurgie, Psychiatrie und Psychosomatik, Orthopädie (Klinik und Praxis), Praktikum der Tropenmedizin an der Universität Leipzig

Promotion

Thema: Cluster C Persönlichkeitsstörungen
Therapie- und Wirksamkeitsstudie;
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik Halle,
Betreuer OA Dr. med. Konzag

Praktisches Jahr

14.04.03- 03.08.03 Orthopädie, Universitätsklinik Halle/Saale
04.08.03- 23.11.03 Chirurgie, Berufsgenossenschaftliche Kliniken
Bergmannstrost Halle/Saale
24.11.03- 14.03.04 Innere Medizin, Paul-Gerhardt-Stift Wittenberg

Beruf

10/04 bis 12/06 Assistenzärztin in Weiterbildung
in der Klinik für Orthopädie und physikal. Medizin der MLU Halle
seit 1/07 Assistenzärztin in Weiterbildung Klinik für Orthopädie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Lübeck, den 20.04.07

Claudia Döschner

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Es ist mir bekannt, dass ich den Dokortitel nicht führen kann, bevor mir die Promotionsurkunde bzw. eine vorläufige Bescheinigung gemäß § 16 der Promotionsordnung ausgehändigt wurde.

Danksagung

Mein Dank gilt PD Dr. med. Konzag für die tatkräftige Betreuung der Arbeit.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Bandemer -Greulich für die fachliche Unterstützung meiner Arbeit über den gesamten Zeitraum.

Ebenso möchte ich mich bei allen meinen Freunden bedanken, welche mir in der vergangenen Zeit immer zur Seite standen.