

Psychische Struktur und Mentalisierungsfähigkeit bei stationären depressiven Patienten im Langzeitverlauf

Joachim Frank^{1,2}, Elisabeth Kirchner^{1,3}, Frank Padberg⁴, Dorothea Huber²

Summary

Personality organization and mentalization of depressive inpatients in a long-term-study

Objectives: In a naturalistic long-term follow-up design this study investigated the improvement of depressive symptom severity, mentalization deficiency and personality organization.

Methods: 300 patients with depressive symptoms were assessed at three evaluation times (before therapy, after therapy and one to three years after discharge) with the Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9), the Mentalization Questionnaire (MZQ) and the Inventory of Personality Organization (IPO-16).

Results: Patients improved significantly in depressive symptom severity with strong impact. Especially patients with severe depression symptoms improved in mentalization deficits and personality organization during and after inpatient treatment. Chronic depressive patients improved in mentalization rather than in personality organization. Depressive symptom severity correlates with mentalization deficits and structural impairment.

Discussion: Mentalization deficits differed depending on the severity of depression, as other studies already showed. The more severe depressive symptoms, the more likely mentalization deficits and structural impairment improved. However, the lack of control groups limits the causal proof of efficacy. Mentalization deficits and personality organization should be recorded timely in order to choose adequate technique.

Z Psychosom Med Psychother 67/2021, 256–270

Key words

Inpatient Psychodynamic Psychotherapy – Depression – Mentalization – Personality Organization

Zusammenfassung

Fragestellung: In einer naturalistischen Katamnesestudie wurde die Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf depressive Symptombelastung, Mentalisierungsdefizite und strukturelle Beeinträchtigung im Langzeitverlauf untersucht.

Methode: An n = 300 Patienten mit einer depressiven Symptomatik wurden zu drei Erhebungszeitpunkten (vor, am Ende und ein bis drei Jahre nach einer stationären Psychotherapie) die klinische Symptomlast (PHQ-9), Mentalisierungsdefizite (MZQ) sowie die strukturelle Beeinträchtigung (IPO-16) untersucht.

¹ Geteilte Erstautorenschaft.

² IPU Internationale Psychoanalytische Universität, Berlin.

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München Klinik Harlaching.

⁴ Sektion Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Ergebnisse: Die depressive Symptomschwere besserte sich während des stationären Aufenthalts mit großem Effekt. Mentalisierungsdefizite und strukturelle Beeinträchtigung verbesserten sich besonders bei schwer depressiven Patienten signifikant, sowohl während als auch nach stationärer Psychotherapie. Bei chronisch depressiver Symptomatik verbesserten sich die Mentalisierungsdefizite eher als die strukturelle Beeinträchtigung. Die Schwere der Depression steht in Zusammenhang mit Mentalisierungsdefiziten und struktureller Beeinträchtigung.

Diskussion: Mentalisierungsdefizite unterschieden sich je nach Schwere und Verlauf der Depression, was einige andere Studien ebenfalls zeigten. Je schwerer die depressive Symptomatik, desto eher verbesserten sich Mentalisierungsdefizite und strukturelle Beeinträchtigung. Durch fehlende Kontrollgruppen ist der kausale Wirksamkeitsnachweis allerdings eingeschränkt. Mentalisierungsdefizite sollten zusammen mit der Persönlichkeitsorganisation für eine adäquate Behandlungstechnik frühzeitig diagnostisch erfasst werden.

1. Einleitung

1.1. Epidemiologie und Behandlung von depressiven Störungen

Depressive Störungen stellen immer häufiger einen Behandlungsanlass für psychisch bedingte Erkrankungen in deutschen Klinikeinrichtungen dar (Statistisches Bundesamt 2018). Stationäre psychodynamische Psychotherapie vereint verschiedene Ansätze multimodal. Ihre Wirksamkeit bei Depressionen ist gut belegt (z. B. Steffanowski et al. 2007; Franz et al. 2020, 2015; Huber et al. 2009; Herrmann u. Huber 2013). Bestimmte Störungsbilder scheinen weniger zu profitieren als andere; so konnte gezeigt werden, dass stationäre Kurzzeittherapien für beispielsweise depressive Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder bestimmten Komorbiditäten (wie z. B. Panikstörung) weniger erfolgreich sind (Franz et al. 2000, 2015). Nach Daten des Robert-Koch-Institutes Berlin (Wittchen u. Jacobi 2012) weist ein Drittel der psychisch Erkrankten in Deutschland eine gemischte Störung (mehrere Diagnosen) oder Rezidive auf. Solche Patienten benötigen häufiger stationäre Therapie und längere ambulante Therapie (Huber u. Klug 2015; Driessen et al. 2013; Rabung u. Leichsenring 2016). Ein genaueres Wissen um die Ursachen dieser Heterogenität von Depressionen, beziehungsweise eine frühzeitige Diagnostik, erscheint sinnvoll, um die Behandlung angemessen anzupassen und Kosten zu senken.

1.2. Mentalisierung

Unter „Mentalisierung“ wird innerhalb der psychodynamischen Verfahren die an die kindliche Entwicklung gekoppelte Entstehung von Symbolisierungs- beziehungsweise Abstraktionsfähigkeit verstanden (Fonagy 2001). Das Mentalisierungskonzept basiert in seinen Grundlagen auf drei Säulen: 1. Die *Objektbeziehungstheorie* fasst unterschiedliche Ansätze zusammen, denen allen die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung für die Persönlichkeitsentwicklung und die spätere Beziehungsgestaltung gemeinsam ist. 2. Die *Bindungstheorie* widmet sich spezifisch der Bindung von Mutter

und Kind. Bowlby betrachtete beide als selbstregulierendes System, dessen Teile sich gegenseitig bedingen und die besonders durch die Feinfühligkeit („Attunement“) der Mutter beeinflusst werden (Brisch 1999). Der Bindungsstil als relativ stabiles Merkmal bestimmt Beziehungen und Interaktionen, nicht zuletzt auch die therapeutische Beziehung. 3. Ebenfalls aus der Entwicklungspsychologie wurde in den 80er Jahren die *Theory of mind* (ToM) populär. Die ToM beobachtet, wie Kinder die eigenen Überzeugungen von denen anderer unterscheiden und darüber nachdenken lernen. Das Mentalisierungskonzept versteht sich aktuell als Erweiterung der ToM in Bezug auf die inhaltlichen Dimensionen unter Einbezug des Wissens um Objektbeziehungs- und Bindungsaspekte. Betont wird der affektive und relationale Ursprung der Mentalisierung in der frühen Kindheit und die lebenslange Entwicklung reflexiver Kompetenz in Abhängigkeit von sicherer Bindung und Spiegelung (Taubner 2015).

1.3. Psychische Struktur

Das Konzept der Persönlichkeitsstruktur ist in der psychodynamischen Theorie und Praxis von zentraler Bedeutung. Im psychologischen Sinne bezeichnet Struktur das „ganzheitliche Gefüge von psychischen Positionen“ (Arbeitskreis OPD 2014, S. 114). Sie zeigt lebenslange Entwicklungsprozesse, ist aber im Allgemeinen stabil. Eine der einflussreichsten Theorien zur Persönlichkeitsorganisation und zur strukturellen Beeinträchtigung stammt von Kernberg (1985). Er greift zurück auf die psychoanalytische Ich-Psychologie sowie auf die Objektbeziehungstheorie und versteht die Persönlichkeitsorganisation als relativ zeitstabiles psychisches Funktionsniveau und Organisationsprinzip. Nach Kernberg kann die Struktur oder Persönlichkeitsorganisation vor allem in drei Funktionsbereichen qualitativ wie quantitativ beschrieben werden: 1. im Vorhandensein einer stabilen Identität oder dem Mangel daran (Identitätsdiffusion), das heißt wie weit eine Person über stabile und differenzierte Bilder von sich und anderen verfügt, 2. im Vorherrschen von eher reiferen oder primitiveren Abwehrmechanismen, das heißt inwieweit eine Person innere und äußere Bedrohungen angemessen verarbeiten kann, 3. in der Realitätsprüfung, definiert durch die Fähigkeit, innere und äußere Wahrnehmungen und Reize zu unterscheiden sowie durch die Fähigkeit, eigene Affekte und eigenes Verhalten im Hinblick auf soziale Normen realistisch einzuschätzen. Kernberg unterscheidet zwischen einer normalen, einer neurotischen, einer Borderline- und einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation (Yeomans et al. 2017). Die Einteilung ist in etwa vergleichbar mit der OPD-2-Einteilung in gutes, mäßiges, geringes und desintegriertes Strukturniveau.

1.4. Stand der Forschung

Aus einer ToM-Metaanalyse (Bora u. Berk 2016), die 18 ToM-Studien zwischen 1999 und 2015 einschloss, ergibt sich, dass die eingesetzten Messinstrumente, die Schwere der Depression der untersuchten Stichproben und die Ergebnisse sehr heterogen sind. Zwar wurde in den 18 Studiengruppen eine signifikante Einschränkung in den

einzelnen ToM-Aufgaben im Vergleich zu ihren Kontrollgruppen ($d = 0.51 - 0.58$) gesehen, allerdings wurden weitere Untersuchungen mit stärkerer Differenzierung des Schweregrades und längeren Katamnesen gefordert. Die Mentalisierungsforschung nutzt das *Adult Attachment Interview* (AAI, Reiner et al. 2013) und die *Reflective Functioning Scale* (RF, Fonagy u. Luyten 2008) als Goldstandard. Fischer-Kern et al. (2008) fanden an 20 Patientinnen, dass die RF bei Depression beeinträchtigt ist, jedoch nicht mit dem Schweregrad der Depression korreliert. Außerdem zeigte die Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit (gemessen mit der RF) einen Zusammenhang mit der Anzahl stationärer Aufenthalte. Fischer-Kern et al. (2013) wiederholten diese Untersuchung an 46 stationären depressiven Patientinnen und kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Mentalisierungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt ist und diese Beeinträchtigung mit Krankheitsdauer und Anzahl der stationären Aufenthalte korreliert. Staun et al. (2010) wiesen dagegen keine eingeschränkte Mentalisierung bei 20 ambulanten chronisch-depressiven Patientinnen nach. Es zeigten sich jedoch Einbrüche der Mentalisierungsfähigkeit bei depressionsspezifischen Themen.

Koelen et al. (2012) fanden in einer Metaanalyse von 18 Studien über Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Grad der strukturellen Beeinträchtigung vor der Behandlung und dem Therapieerfolg. Franz et al. (2020) untersuchten ein Kollektiv von 286 depressiven Patienten aus 15 psychosomatischen Kliniken zu drei Messzeitpunkten. Dabei fanden sie neben einer Verringerung der depressiven Symptomlast auch eine Verbesserung der strukturellen Beeinträchtigung, gemessen mit dem IPO (Inventar der Persönlichkeitsorganisation, Clarkin et al. 1998), und zwar sowohl während des stationären Aufenthalts als auch im 6-Monats-Katamnesezeitraum. Frank (2017) untersuchte die Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Therapie auf ein Patientenkollektiv aus gemischten Störungsbildern. In seiner Studie zeigten sich signifikante Verbesserungen in der psychischen Struktur und der Mentalisierungsfähigkeit. Es blieb jedoch offen, wie diese Effekte mit der Schwere und dem Verlauf von Depressionen zusammenhängen und wie nachhaltig sie sind.

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war die Veränderung von depressiver Symptomatik, Mentalisierungseinschränkung und struktureller Beeinträchtigung im Langzeitverlauf nach einer stationären Psychotherapie bei unterschiedlicher depressiver Symptomstärke und bei chronischer Depressivität.

2. Methode

2.1. Studiendesign, Messinstrumente und Stichprobe

Die Befunde wurden in einer naturalistischen Fragebogenstudie mit drei Messzeitpunkten erhoben: vor der stationären Behandlung (Prä), bei Entlassung (Post) und nach einem Katamnesezeitraum (Kat) von einem bis drei Jahren. Dieser Studie liegen Daten von 504 Patienten mit einer depressiven Symptomatik zugrunde. Die Patienten

befanden sich innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren (zwischen 2013 und 2015) in stationärer oder teilstationärer Behandlung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der München Klinik Harlaching. Alle Patienten hatten ihre schriftliche Einwilligung zur Verwendung der Daten in anonymisierter Form gegeben (informed consent). Sie waren mindestens zwei Wochen in stationärer Behandlung und hatten alle Fragebögen zu den Zeitpunkten Prä und Post ausgefüllt. Weiterhin wiesen alle einen PHQ-9-Summenscore von mindestens 5 für eine mindestens milde depressive Symptomatik auf. Die Patienten hatten überwiegend mehrere komorbide Diagnosen. Da unser Ziel die Untersuchung der depressiven Symptombelastung sowie von Mentalisierung und struktureller Beeinträchtigung bei unterschiedlicher depressiver Symptomschwere war, entschieden wir uns für eine Einteilung der Patienten ausschließlich nach dem PHQ-9-Summenscore. Damit wurde auch das Problem der fraglichen Reliabilität klinischer Depressionsdiagnosen umgangen.

Für die katamnestische Untersuchung wurden alle 504 Patienten angeschrieben. Die Patienten wurden gebeten, einen Fragebogen zu personenbezogenen Daten zu beantworten. Außerdem füllten sie dieselben Messinstrumente aus wie vor und nach der stationären Behandlung: die 16-Item-Version des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation IPO-16 (Zimmermann et al. 2013), den Mentalisierungsfragebogen MZQ (Hausberg et al. 2012) sowie die Subskala PHQ-9 der deutschen Version des Gesundheitsfragebogens für Patienten PHQ-D (Gräfe et al. 2004). Die Subskala PHQ-9 für depressive Symptomschwere erfasst die diagnostischen Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4. Ausgabe (DSM-IV, American Psychiatric Association 2000). Bei allen Messinstrumenten handelt es sich um Selbsteinschätzungsverfahren. In der katamnestischen Untersuchung wurden zudem Fragen zur Fortführung der Therapie, zur subjektiven Befindlichkeit und zur rückblickenden Bewertung der stationären Therapie gestellt.

Bei 40 Patienten war unser Schreiben unzustellbar und die aktuelle Adresse nicht ermittelbar; diese Patienten wurden ausgeschlossen. Patienten, die innerhalb von vier Monaten nicht antworteten, erhielten ein zweites Anschreiben. Zur Steigerung der Rücklaufquote erfolgten nach zwei Monaten bis zu fünf telefonische Kontaktversuche. Bei Sichtung des Rücklaufes wurde ein Patient wegen Todesfall, ein weiterer wegen Psychose ausgeschlossen. 38 Patienten verweigerten die Teilnahme, 124 Patienten antworteten weder auf unsere beiden Anschreiben noch waren sie telefonisch erreichbar. Die übrigen 300 Patienten füllten alle Fragebögen vollständig aus und gingen in die Katamnese-Stichprobe ein. Von den 204 Drop-outs unterschieden sich die 300 Patienten der vorliegenden Stichprobe weder in den soziodemographischen (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand) noch in den klinischen Parametern (Vorbehandlung, Suizidversuch, jeweils χ^2 -Gruppenvergleichstest nach Pearson). Damit kann ein drop-out-bedingter Bias weitgehend ausgeschlossen werden. Tabelle 1 beschreibt die Stichprobe.

Tabelle 1: Soziodemographische und klinische Daten ($n = 300$)

Anzahl Patienten		300	100 %
Geschlecht	männlich	71	23.7 %
	weiblich	229	76.3 %
Mittleres Alter bei Aufnahme	39 Jahre (Spannweite 18–71 Jahre, SD = 12.7)		
Mittlere Behandlungsdauer	64 Tage (Spannweite 17–124 Tage, SD = 18.7)		
Familienstand	ledig	171	57.0 %
	verheiratet/eingetragene Partnerschaft	79	26.3 %
	geschieden/getrennt lebend/verwitwet	50	16.7 %
Schulabschluss	Hauptschulabschluss	43	14.3 %
	Realschulabschluss	82	27.3 %
	Abitur	167	55.7 %
	ohne Abschluss/keine Angabe	8	2.7 %
Suizidversuch anamnestisch	Ja	31	10.3 %
	Nein	269	89.7 %
Vorbehandlung	Psychiatrie stationär	54	18.0 %
(Mehrfachangaben möglich)	Psychosomatik stationär	87	29.0 %
	ambulante Psychotherapie	245	81.7 %
Psychotherapie in Katamnese	ambulant	225	75.0 %
	stationär	17	5.7 %
	ambulant und stationär	12	4.0 %
	nein	46	15.3 %

2.2. Behandlungssetting

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der München Klinik hat 56 stationäre Betten und 18 teilstationäre Behandlungsplätze. Hier arbeiten Ärzte mit hohem Facharztanteil ($> 80\%$), Psychologinnen, Pflegekräfte und Spezial-Therapeuten verteilt auf drei Stationen und eine Tagesklinik. Den Schwerpunkt bilden psychoanalytisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche (Einzel 75 Min./Woche; Gruppe 150 Min./Woche), ergänzt je nach Störungsbild durch weitere multimodale Behandlungselemente. Störungsorientierte Therapieangebote bestehen für Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen und arbeitsbezogene Störungen (beschrieben bei Huber u. von Rad 2011 und Huber u. Juen 2013). Depressionen bilden den größten Anteil der Diagnosen. Die Behandlungsdauer liegt zwischen acht und zwölf Wochen.

2.3. Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS Version 27.0. Die Verteilungsvoraussetzungen für parametrische Analysen waren erfüllt. Die Prüfung der Mittelwertunterschiede zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten erfolgte mit t-Tests für verbundene Stichproben. Das Signifikanzniveau wurde wegen multiplen Testens mittels Bonferroni-Korrektur angepasst; da diese bei einer einfachen Division durch die Anzahl der Tests als zu streng gilt (Field 2018), wurde eine Bonferroni-Korrektur entlang der konzeptuellen Einheiten „psychische Symptome“, „Mentalisierung“, und „Struktur“ getrennt durchgeführt. Mit einem zugrunde gelegten α von 0.05 ergab sich ein korrigiertes Signifikanzniveau von $\alpha = 0.005$ bei $n = 10$ Tests (5 Gruppen bei 2 Mittelwertvergleichen, jeweils bei struktureller Beeinträchtigung und Mentalisierung) und $\alpha = 0.02$ bei $n = 2$ Tests (depressive Symptombelastung nach PHQ-9).

Aus den Mittelwertunterschieden wurden Effektstärken (ES, Mittelwertdifferenzen dividiert durch die gepoolte Standardabweichung) nach Cohen (1988) berechnet. Die Effektstärke diente als Maß für den Therapieerfolg.

3. Ergebnisse

Es wurden Gruppen nach Schwere der depressiven Symptomatik über den PHQ-9-Summenscore vor der stationären Aufnahme (Prä) gebildet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Gruppen nach Schwere der depressiven Symptomatik (Summenscore PHQ-9, $n = 300$)

Gruppe nach Summenscore PHQ-9	Anzahl absolut	Anzahl relativ
Milde depressive Symptomatik (5 bis 9)	32	10 %
Moderate depressive Symptomatik (10 bis 14)	59	20 %
Mittlere depressive Symptomatik (15 bis 19)	92	31 %
Schwere depressive Symptomatik (ab 20)	117	39 %
Gesamt	300	100 %

Chronische Depressivität wurde nach Sichtung der Patientenakten (anhaltende depressive Symptomatik länger als zwei Jahre bei Aufnahme, keine Remission der depressiven Symptomatik von mehr als zwei Monaten) als eigene Gruppe ($n = 48$) untersucht. Bei der Verbesserung der depressiven Symptombelastung zeigten sich nach der stationären Behandlung jeweils hohe Effektstärken (gesamtes Patientenkollektiv). Im Katamnesezeitraum veränderte sich die Symptombelastung nicht mehr. Tabelle 3 stellt die Mittelwerte zu den drei Messzeitpunkten und die Effektstärken dar.

Tabelle 3: Verbesserung der Symptomatik in der Gesamtstichprobe ($n = 300$)

Kriterium	Mittelwerte (Standardabweichungen)			ES (Sig. 2-seitig)	ES (Sig. 2-seitig)
	Prä	Post	Kat	Prä-Post	Post-Kat
PHQ-9 depressive Symptomatik	17.3 (5.5)	9.0 (5.2)	8.9 (6.0)	1.56 (<.001)	0.02 (.725)

Messzeitpunkte: Prä = vor der stat. Behandlung, Post = am Ende der stat. Behandlung, Kat = 1–3 Jahre nach Entlassung. ES = Effektstärken (Cohens d). Sig.-Niveau: Bonferroni-Korrektur für multiples Testen $p < .02$.

Tabelle 4: Veränderung der Mentalisierungsdefizite (MZQ) und strukturellen Beeinträchtigung (IPO-16), getrennt nach Schweregrad der depressiven Symptomatik vor der Behandlung

Mentalisierungsdefizite (MZQ)					
Depressive Symptomatik	Mittelwerte (Standardabweichungen)			ES (Sig. 2-seitig)	ES (Sig. 2-seitig)
	Prä	Post	Kat	Prä-Post	Post-Kat
Mild ($n = 32$)	2.46 (0.73)	2.35 (0.73)	2.13 (0.73)	0.14 (.455)	0.30 (.109)
Moderat ($n = 59$)	2.82 (0.64)	2.61 (0.60)	2.35 (0.64)	0.34 (.047)	0.41 (.011)
Mittel ($n = 92$)	3.03 (0.65)	2.70 (0.57)	2.49 (0.79)	0.54 (<.001)	0.31 (.004)
Schwer ($n = 117$)	3.41 (0.67)	2.90 (0.71)	2.65 (0.82)	0.74 (<.001)	0.33 (<.001)
Chronisch depressiv ($n = 48$)	3.31 (0.68)	2.97 (0.61)	2.79 (0.80)	0.53 (.004)	0.26 (.089)
Strukturelle Beeinträchtigung (IPO-16)					
Depressive Symptomatik	Mittelwerte (Standardabweichungen)			ES (Sig. 2-seitig)	ES (Sig. 2-seitig)
	Prä	Post	Kat	Prä-Post	Post-Kat
Mild ($n = 32$)	1.77 (0.42)	1.83 (0.49)	1.64(0.45)	−0.13 (.441)	0.40 (.037)
Moderat ($n = 59$)	2.11 (0.50)	2.02 (0.40)	1.92 (0.48)	0.19 (.183)	0.22 (.096)
Mittel ($n = 92$)	2.39 (0.60)	2.27 (0.51)	2.07 (0.59)	0.22 (.019)	0.36 (<.001)
Schwer ($n = 117$)	2.63 (0.57)	2.35 (0.58)	2.09 (0.59)	0.49 (<.001)	0.44 (<.001)
Chronisch depressiv ($n = 48$)	2.56 (0.61)	2.38 (0.56)	2.16 (0.58)	0.30 (.070)	0.39 (.006)

Messzeitpunkte: Prä = vor der stat. Behandlung, Post = am Ende der stat. Behandlung, Kat = 1–3 Jahre nach Entlassung. ES = Effektstärken (Cohens d). Sig.-Niveau: Bonferroni-Korrektur für multiples Testen $p < .005$.

Mit zunehmender Schwere der depressiven Symptomatik fanden sich auch größere Mentalisierungsdefizite und strukturelle Beeinträchtigungen zu allen drei Messzeitpunkten. Die Mentalisierungsdefizite reduzierten sich in der Patientengruppe mit mittelschwerer und in der mit schwerer depressiver Symptomatik sowohl im Zeitraum des stationären Aufenthalts als auch weiter im Katamnesezeitraum. Die strukturelle Beeinträchtigung verbesserte sich im Zeitraum des stationären Aufenthalts nur in der Patientengruppe mit schwerer depressiver Symptomatik, wogegen sich im Katamnesezeitraum sowohl in der Gruppe der Patienten mit schwerer als auch in der Patientengruppe mit mittelschwerer depressiver Symptomatik Verbesserungen zeigten. In der Gruppe der chronisch depressiven Patienten verbesserten sich nur die Mentalisierungsdefizite – und nur im Zeitraum der stationären Behandlung – signifikant. Alle Effektstärken lagen im niedrigen bis mittleren Bereich (siehe Tabelle 4).

Eine bivariate Zusammenhangsanalyse der depressiven Symptomschwere, struktureller Beeinträchtigung und Mentalisierungseinschränkung zum Messzeitpunkt Prä (vor der Behandlung) ergab signifikante, mittlere bis hohe Korrelationen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Zusammenhänge zum Messzeitpunkt Prä (n = 300)

Messinstrument	Strukturelle Beeinträchtigung IPO-16	Depressive Symptomatik PHQ-9
Beeinträchtigung MZQ	.699**	.430**
Beeinträchtigung IPO-16		.476**

*** Die Korrelation ist auf dem .01 Niveau signifikant (zweiseitig)*

4. Diskussion

Eine Stärke dieser Studie liegt in einem relativ großen Kollektiv von Patienten mit depressiver Symptomatik. So kann die Realität in der stationär-psychosomatischen Therapie zufriedenstellend abgebildet werden. Die Katamneseerhebung erfolgte durchschnittlich zwei Jahre nach der stationären psychosomatischen Behandlung und deckt im Vergleich mit anderen Studien einen langen Zeitraum ab. Die Auswahl und Einteilung der Patienten für die Studie nach der depressiven Symptomschwere wurde nicht nach ICD-10-Diagnosen, sondern nach Fragebogenwerten vorgenommen. Unter dem Aspekt der Selbstbeurteilung sowie einer niedrigen Schwelle für eine leichte Depression (PHQ > 5) ist dies eine deutliche Abweichung von der üblichen Nosologie des depressiven Störungsbildes. Andererseits ermöglicht dieses Vorgehen eine breite Abbildung des depressiven Spektrums in seiner klinisch-subjektiven Ausprägung und wird bei der hohen Anzahl an Komorbiditäten im klinischen Alltag dem vielseitigen Erscheinungsbild depressiver Symptome gerecht.

Die Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen Schwere der depressiven Symptomatik, struktureller Beeinträchtigung und Mentalisierungsdefiziten hin. Dies zeigt sich auch beim Behandlungserfolg: Je schwerer die depressive Symptomatik, desto eher verbesserte sich diese, ebenso wie Mentalisierungsdefizite und strukturelle Beeinträchtigung. Tabelle 6 zeigt eine vereinfachte Übersicht der signifikanten Veränderungen: (–) steht für keine Verbesserung, (+) steht für signifikante Verbesserung. Die fehlende Verbesserung leichter und moderater Depressionen kann einerseits durch den bereits guten Ausgangswert erklärt werden, der eine relevante Veränderung nach unten nur noch eingeschränkt zulässt (Bodeneffekt). Andererseits muss man auch die größere Anzahl der Fälle in der Gruppe „mittel“ und „schwer“ berücksichtigen, das heißt, dass hier schon durch die Fallzahl ein signifikantes Ergebnis wahrscheinlicher ist. Ein Teil der stärkeren Effekte in der Gruppe der schwer depressiven Patienten wird – bedingt durch die Extremwerte in der ersten Messung – auch durch eine Regression zur Mitte zu erklären sein.

Tabelle 6: Zusammenfassung der Ergebnisse: Vereinfachte Übersicht der signifikanten Veränderungen

Depressive Symptomschwere	Verbesserung Mentalisierung stationär	Verbesserung Mentalisierung katamnestic	Verbesserung Struktur stationär	Verbesserung Struktur katamnestic
Leicht (n = 32)	–	–	–	–
Moderat (n = 59)	–	–	–	–
Mittel (n = 92)	+	+	–	+
Schwer (n = 117)	+	+	+	+
Chronisch (n = 48)	+	–	–	–

(+) = signifikante Verbesserung; (–) keine signifikante Verbesserung.

Bisher wurden nur wenige Untersuchungen der Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patienten im Langzeitverlauf durchgeführt. Durch den hohen Aufwand der meisten Testverfahren (z. B. RF) sind die Fallzahlen meist klein. So schlossen Fischer-Kern et al. (2008) 20 Patienten in ihre Untersuchung ein, ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Depression und der reflexiven Kompetenz ergab sich nicht. Allerdings war von 20 Patienten die Hälfte schwer depressiv und ein Viertel wies psychotische Symptome auf. Bei allen Patienten fand sich eine Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit, von einer echten Differenzierung mit unterschiedlicher Schwere der Symptomatik kann jedoch bei so geringer Fallzahl nicht ausgegangen werden. Größere Fallzahlen erbrachten bei Fischer-Kern et al. (2014) an 46 vorwiegend schwer depressiven Patientinnen eine allgemeine Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeit, jedoch ohne Zusammenhang mit der Schwere der Depression. In einer Untersuchung an 83 Adoleszenten im Alter von 14 bis 21 Jahren durch Belvederi et al. (2017) zeigte sich eine deutliche Korrelation zwischen der Schwere der

Depression, erfasst mit dem BDI, und einer Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit, erfasst mit dem MZQ. Dies entspricht dem Ergebnis der vorliegenden Studie und ist aufgrund des gleichen Testverfahrens interessant.

Chronisch depressive Patienten konnten zwar ihre Mentalisierungsfähigkeit während des stationären Aufenthaltes deutlich verbessern, die strukturelle Einschränkung jedoch verbesserte sich nicht signifikant. Staun et al. (2010) beziehen sich auf die reflexive Kompetenz 20 chronisch depressiver ambulanter Patienten, die bei einem durchschnittlichen BDI von 24 (maximaler Punktwert BDI = 63, ab BDI = 28 schwere Depression) mittelschwer depressiv waren. Hier wurden im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden nur bei depressionsspezifischen Themen Mentalisierungseinbrüche beobachtet. Die RF misst nicht nur durchschnittliche Aspekte der Mentalisierung, sondern Mentalisierungsfähigkeit direkt innerhalb eines Narrativs. Möglicherweise zeigt sich hier eine größere Differenziertheit. Bei chronisch Depressiven fand sich nämlich ein unsicher-vermeidender oder desorganisierter Bindungsstil, überschießende Aktivierung des Bindungssystems bei Trennung und schlechtere Mentalisierung (Fischer-Kern et al. 2014).

Wie die vorliegende Studie untersuchten auch Franz et al. (2020) depressive Symptomschwere und Persönlichkeitsorganisation. Sie fanden vergleichbare Ergebnisse im Verlauf der stationären Therapie. Allerdings stellten sie, im Gegensatz zu den hier gemessenen Ergebnissen, in der Katamnese deutlich geringere Effektstärken fest, was am mit sechs Monaten deutlich kürzeren Katamnesezeitraum in der Studie von Franz et al. liegen könnte. Dies wäre ein Hinweis darauf, dass die stationäre psychodynamische Psychotherapie die Veränderung von relativ stabilen Merkmalen wie der Persönlichkeitsorganisation zwar einleitet, dass diese Veränderung sich aber erst im Langzeitverlauf von mehreren Jahren zeigt.

Naturalistische Katamnesestudien, wie die vorliegende, unterliegen einigen Limitationen: So ist durch das Fehlen einer Kontrollgruppe der kausale Wirksamkeitsnachweis eingeschränkt. Auch lassen sich moderierende Effekte im Rahmen der multimodalen Therapie (z. B. unterschiedliche Wirksamkeit verschiedener Therapieelemente) nicht ausschließen. Ebenso können unspezifische Einflüsse im Katamnesezeitraum nicht kontrolliert werden. Dass 160 Patienten unsere schriftliche Anfrage für die Katamnese-Untersuchung nicht beantworteten, könnte bedeuten, dass wir einige weniger zufriedene Patienten nicht erfasst haben. Eine weitere Einschränkung ist die ausschließliche Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten. So lassen sich Verzerrungen durch sozial erwünschtes oder extremes Antwortverhalten nicht ausschließen, möglicherweise auch mangelnde Ernsthaftigkeit beim Ausfüllen der Fragebögen. Zudem könnte bei der Messung von Mentalisierungsfähigkeit und struktureller Beeinträchtigung ab einem gewissen Grad der Beeinträchtigung auch die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung beeinträchtigt sein (Zimmermann et al. 2013). Ein möglicher Einfluss, der zur Überschätzung der Effektstärken der stationären Behandlung führen könnte, liegt darin, dass stationäre Patienten eine Extremgruppe darstellen. Da sie sich aufgrund ihres erheblichen Leidensdruckes in der Klinik anmelden, ist ihre Symptomschwere zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Regel höher

als ihr individueller Durchschnittswert. Auch könnten Fragebögen tendenziös im Sinne einer Aggravation beantwortet werden, in der Annahme, damit eine raschere Aufnahme in die Klinik zu begünstigen.

Chronisch depressive Patienten wurden gemäß den DSM-Kriterien (mehr als zwei Jahre anhaltend) nach Aktenstudium unterschieden. Bei Unvollständigkeit der Akte und möglichen Fehlern in der Erhebung ist dies eine mögliche Fehlerquelle. Es handelt sich jedoch bei der Orientierung an DSM-Kriterien um eine strenge Auswahl, da in der Literatur häufig auch rezidivierende Beschwerdebilder (mit intermittierender Remission) unter chronischen Depressionen eingeschlossen werden (z. B. Staun et al. 2010; Fischer-Kern et al. 2014).

Die Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur ist Standard in der psychodynamischen Diagnostik, wie beispielsweise in der OPD-2 (Benecke et al. 2009). Die Mentalisierungsfähigkeit wird in der OPD allerdings nicht gesondert erhoben. Bereits durch Müller et al. (2006) wurde auf die Gemeinsamkeiten der OPD und der Reflexiven Kompetenz hingewiesen und ein direkter Zusammenhang mit dem Therapieerfolg gezeigt.

Die Ergebnisse dieser Studie sprechen dafür, dass sich stationäre psychodynamische Therapie nicht nur auf die depressive Symptomlast, sondern, im Sinne von therapiespezifischen Effekten, auch auf Mentalisierungsfähigkeit und Persönlichkeitsorganisation positiv auswirken kann. Für die Therapieplanung wäre es hilfreich, Mentalisierungsdefizite und Beeinträchtigungen in der Persönlichkeitsorganisation diagnostisch zu erfassen, um daraus relevante Hinweise für das behandlungstechnische Vorgehen zu erhalten und den erforderlichen Behandlungsaufwand besser einschätzen zu können. Auch wäre die Entwicklung von reliablen und validen, sowie ökonomisch einsetzbaren Selbsteinschätzungsverfahren, die verschiedene Mentalisierungsaspekte abbilden, zur weiterführenden Diagnostik wünschenswert.⁵

Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

⁵ Dank: Wir danken den Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Pflegekräften der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, München Klinik Harlaching, für ihre Unterstützung bei der Datenerhebung.

Literatur

- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. Auflage. Washington, DC: Author.
- Arbeitskreis OPD (2014): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 3. überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Belvederi, M., Murri, G., Ferrigno, S., Penati, C., Muzio, G., Piccinini, M. Pompili, M. A. (2017): Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescents mental health* 22(2), 69–76.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W., Doering, S. (2009): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 84–96.
- Bora, E., Berk, M. (2016): Theory of mind in major depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 191, 49–55.
- Brisch, K. H. (1999): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clarkin, J. F., Martius, P., Dammann, G., Smole, S., Buchheim, P. (1998): „Inventory of Personality Organisation“: ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen* 2(4), 169–172.
- Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. Auflage. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Driessen, E., Van Henricus, L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R., Cuijpers, P., Twisk, J.W.R., Dekker, J. J. M. (2013): The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 170, 1041–1050.
- Field, A. (2018): Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics. London: Sage.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., Leithner, K. (2013): Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis* 201(3), 202–207.
- Fischer-Kern, M., Nolte, T., Kadi, B., Naderer, A. (2014): Bindungsrepräsentation bei stationär behandelten chronisch depressiven Patientinnen. *Psychotherapeut* 59, 467–473.
- Fischer-Kern, M., Tmej, A., Kapusta, N. D., Naderer, A., Leithner-Dziubas, K., Löffler-Stastka, H., Springer-Kremser, M. (2008): Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 54, 368–380.
- Fonagy, P. (2001): Bindungstheorie und Psychoanalyse. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2008): The Reflective Functioning Scale. Retrieved from www.ucl.ac.uk
- Frank, J. (2017): Veränderung von Symptomatik, Mentalisierungsfähigkeiten und struktureller Beeinträchtigung im Rahmen stationärer psychodynamischer Psychotherapie. Master-Thesis, International Psychoanalytic University Berlin.
- Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Heuft, G. (2000): Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multicenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 46, 242–258.
- Franz, M., Jenett, D., Seidler, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Hartkamp, N. (2020): Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie bei Depressionen. *Psychotherapeut* 65(5), 390–397.

- Franz, M., Seidler, D., Jenett, D., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W., Hartkamp, N. (2015): Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 61(1), 19–35. doi:10.13109/zptm.2015.61.1.19
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostika* 50(4), 171–181.
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpfer, M., Brütt, A. L., Andreas, S. (2012): Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ)? *Psychotherapy Research* 1, 1–11.
- Herrmann, A. S., Huber, D. (2013): Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 59(2), 273–289.
- Huber, D., Albrecht, C., Hautum, A., Henrich, G., Klug, G. (2009): Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55(2), 189–199.
- Huber, D., von Rad, M. (2011): Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Huber, D., Juen, F. (2013): Burn-out. Frage nach einer spezifischen Therapie. *Psychotherapeut* 58, 125–135.
- Huber, D., Klug, G. (2015): Zeit in der psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 60(2), 94–101.
- Hyunjoo, S., Hyun-Ah, C. (2017): Exploration of the Factor Structure of the Mentalization Questionnaire (MZQ) in 16–17-year-old Korean Adolescents. *Korean Journal of Clinical Psychology* 36(3), 391–401.
- Kernberg, O. F. (1985): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Kliem, S., Job, A. K., Kröger, C., Bodenmann, G., Stöbel-Richter, Y., Hahlweg, K., Brähler, E. (2012): Entwicklung und Normierung einer Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Z Klin Psychol Psychother* 41(4), 81–89.
- Koelen, J. A., Luythen, P., Eurelings-Bontekoe, L. H. M., Diguier, L., Vermote, R., Lowyck, B., Bühring, M. E. F. (2012): The impact of level of personality organization on treatment response: A systematic review. *Psychiatry* 75(4), 355–374.
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., Grabhorn, R. (2006): The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychol Psychother* 79(4), 485–494.
- Reiner, I. C., Fremmer-Bombik, E., Beutel, M. E., Steele, M., Steele, H. (2013): Adult Attachment Interview – Grundlagen, Anwendung und Einsatzmöglichkeiten im klinischen Alltag. *Z Psychosom Med Psychother* 59(3), 231–246.
- Rabung, S., Leichsenring, F. (2016): Evidenz für psychodynamische Langzeittherapie. *Psychotherapeut* 61, 441–446.
- Statistisches Bundesamt (2018): In www.destatis.de (Thematische Recherche: Zahlen & Fakten – Gesellschaft & Staat – Gesundheit – Krankheitskosten-Depression – Dokumentart: Tabelle). Abrufdatum: 10.01.2018.
- Staun, L., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., Taubner, S. (2010): Mentalisierung und chronische Depression. *Psychotherapeut* 55, 299–305.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., Nübling, R. (2007): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Bern: Verlag Hans-Huber

- Taubner, S. (2015): Konzept Mentalisieren. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Wittchen, H., Jacobi, F. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? DEGS. Zugriff am 10.2.2021. Verfügbar unter <https://sozialephobie.info/wp-content/uploads/2015/05/Was-sind-die-häufigsten-psychischen-Störungen-in-Deutschland.pdf>.
- Whisman, M.A. (2007): Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *J Abnorm Psychol* 116(3), 638–643.
- Yeomans, F., Clarkin J., Kernberg, O. (2017): Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., Huber, D., Dammann, G. (2013): Validierung einer deutschsprachigen 16-Items-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostika* 59(1), 3–16.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber, IPU Internationale Psychoanalytische Universität, Stromstraße 1, D-10555 Berlin, E-Mail: dorothea.huber@ipu-berlin.de