

Psychotherapeut 2012 · 57:417–424  
DOI 10.1007/s00278-012-0930-z  
Online publiziert: 7. September 2012  
© Springer-Verlag 2012

Carsten Spitzer · Oliver Masuhr · Ulrich Jaeger · Sascha Brünig ·  
Michael Dümpelmann · Andreas Dally  
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, Rosdorf

#### Redaktion

B. Strauß, Jena  
M. Linden, Berlin

# Misserfolge in der stationären Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

**Psychotherapie(forschung) tut sich schwer damit, sich mit dem Themenkomplex schädlicher Wirkungen auseinanderzusetzen. Dies gilt über alle Theorieschulen hinweg und unabhängig von Diagnosen oder Behandlungssettings. Abgesehen von definitorischen und nomenklatorischen Unschärfen ist zu klären, wie (Miss-)Erfolg in der Psychotherapie gemessen werden kann. Die vorgestellte naturalistische Psychotherapiestudie ist nach Wissen der Autoren eine der ersten aus dem stationären Setting, die diese Lücke am Beispiel von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu schließen sucht.**

## Hintergrund

Psychotherapie ist das Mittel der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (DGPPN 2009). Sowohl von psychodynamischer als auch von kognitiv-behavioraler Seite sind in den letzten Jahren elaborierte psychotherapeutische Ansätze etabliert worden, insbesondere für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Binks et al. 2006; DGPPN 2009; Doering et al. 2011). Während die Wirksamkeit und Effektivität dieser Verfahren bei Persönlichkeitsstörungen mittlerweile gut belegt sind (DGPPN 2009; Leichsenring u. Leibling 2003; Leichsenring u. Rabung 2011; Matusiewicz et al. 2010), gibt es hingegen kaum Studien zu Misserfolgen in der psychotherapeutischen Behandlung von persönlichkeitsgestörten Patienten.

Dabei kann generell konstatiert werden, dass sich die Psychotherapie(for-

schung) über alle Theorieschulen hinweg und unabhängig von Diagnosen oder Behandlungssettings mit dem Themenkomplex schädlicher Wirkungen schwer tut (Brakemeier et al. 2012; Jacobi 2002; Lambert u. Ogles 2004; Lieberei u. Linden 2008; Linden u. Strauß 2012; Lutz et al. 2004; Margraf 2009; Märtens u. Petzold 2002; Mohr 1995). Die Gründe dafür sind vielfältig (Brakemeier et al. 2006) und umfassen u. a. (unreflektierte) theoretische Vorannahmen (Margraf 2009), gängige Publikationsgewohnheiten (Jacobi 2002), persönliche Widerstände der Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher (Lieberei u. Linden 2008) sowie methodische Probleme (Strauß 2010). So führt beispielsweise die Tendenz, Effekte von Psychotherapie über Effektstärken und generalisierte Dosis-Wirkung-Beziehungen darzustellen, zu einer geringen Beschäftigung mit ungünstigen Behandlungsergebnissen, weil mit dieser Methode der Psychotherapieverlauf des Einzelnen verschleiert wird (Strauß 2010). Ein weiteres methodisches Problem besteht in der mangelnden theoretischen Konzeptualisierung von Nebenwirkungen, schädlichen Effekten und Misserfolgen, unklaren Kriterien, uneinheitlichen Definitionen und daraus resultierender unscharfer bis verwirrender Begrifflichkeit (Übersicht bei Brakemeier et al. 2012). So finden sich allein zum Terminus *Misserfolg* unterschiedliche Auffassungen: Während Hoffmann et al. (2008, S. 5) „*Misserfolge* als die unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele“ definieren, fassten Jacobi et al. (2011) das Kons-

trukt enger als eine Verschlechterung oder einen hoch-symptomatischen Abschlusswert. Hingegen vertreten Eckert et al. (2004) einen deutlich breiteren Misserfolgsbegriff, der nicht nur ungenügende Verbesserungen oder gar Verschlechterungen der Symptomatik, sondern auch vorzeitige Therapieabbrüche einbezieht. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der von Hoffman et al. (Hoffmann et al. 2008) vorgeschlagenen Sprachregelung.

Unabhängig von definitorischen und nomenklatorischen Unschärfen ist zu klären, wie (Miss-)Erfolg gemessen werden kann. Eine mögliche Variante stellt die direkte Verlaufsmessung dar, bei der am Ende der Therapie oder nach einem Katamneseintervall gefragt wird, wie der Erfolg der Behandlung allgemein und/oder bezogen auf ein definiertes Ergebnismaß bewertet wird (Stieglitz u. Baumann 2001; Strupp et al. 1997). Beispielsweise wird in dem von diversen Fachgesellschaften empfohlenen Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie, der Basisdokumentation in der Psychotherapie (Psy-BaDo; Heuft u. Senf 1998) vorgeschlagen, dass Patient und Behandler am Ende der Therapie u. a. die Frage beantworten, wie „sich die Störung des seelischen Befindens (psychische Symptomatik) verändert“ habe. Einen alternativen Ansatz bietet die indirekte Verlaufsmessung: Hierbei wird zu Beginn, ggf. im Verlauf und am Ende der Behandlung (sowie u. U. zu definierten Nachuntersuchungszeitpunkten) der Zustand des Patienten mit derselben Methode, beispielsweise einem Fragebogen zur allgemeinen Symptombelastung, erfasst. Mithilfe dieses

Ansatzes werden auch die immer wieder zitierten Effektstärken (Cohen 1988) ermittelt, wobei diese auf Gruppenmittelwerten basieren und individuelle Verläufe somit unberücksichtigt bleiben. Die indirekte Verlaufsmessung erlaubt jedoch auch eine Einzelfallbetrachtung: So kann berechnet werden, ob die Werte zu Beginn und am Ende der Behandlung im Bereich der zufälligen Wahrscheinlichkeit voneinander abweichen (was ausbleibende Veränderung bedeutet) oder ob es eine statistisch signifikante Veränderung im Sinne einer Verbesserung oder Verschlechterung gegeben hat. Eine weiterführende Differenzierung wurde von Jacobson u. Truax (1991) in ihrem Ansatz zur individuellen Therapieevaluation elaboriert: Dieser zweistufige Ansatz berücksichtigt neben dem Kriterium der statistischen Signifikanz das der klinischen Signifikanz. Als klinisch signifikant (Heilung) wird dabei jene Veränderung angesehen, die einen statistisch signifikant verbesserten Patienten *zusätzlich* von einem dysfunktionalen, „kranken“ Bereich in einen funktionalen, „gesunden“ Bereich bringt. Mit diesen beiden Kriterien lassen sich Therapieergebnisse folgendermaßen klassifizieren:

- *Heilung*: statistisch und klinisch signifikant verbessert,
- *Besserung*: nur statistisch signifikant verbessert,
- *Non-Response* (unverändert): keine statistisch signifikante Veränderung,
- *Verschlechterung*: statistisch signifikante Verschlechterung und
- *klinisch bedeutsame Verschlechterung*: statistisch und klinisch signifikant verschlechtert.

Diese Einteilung geht – bis auf den seltenen Fall der klinisch bedeutsamen Verschlechterung – von Werten zu Therapiebeginn aus, die im klinisch auffälligen, d. h. dysfunktionalen Bereich liegen. Möglich ist aber auch, dass Patienten sowohl am Anfang als auch am Ende der Behandlung mit ihren Werten in einem funktionalen, „gesunden“ Bereich liegen. Diese „Pseudogesunden“ (Davies-Osterkamp et al. 1996; Franke 2002; Geiser et al. 2001) stellen insofern ein besonderes Problem dar, als dass sich Therapieerfolg bei dieser Gruppe nicht auf der Symptomebene darstellen lässt. Ob bei diesen Patienten

überwiegend interpersonale Probleme zur Therapie oder aber ob Dissimulationstendenzen zu dieser Einschätzung geführt haben, muss offen bleiben.

Jenseits der Art der Verlaufsmessung spielt eine erhebliche Rolle bei der Beurteilung der Behandlung, welche Quelle herangezogen wird. So kann natürlich der Patient selbst, der Therapeut, aber auch ein an der Therapie nichtbeteiligter Experte zum Zustand des Patienten direkt und indirekt befragt werden; hierbei kann die Diskrepanz zwischen den verschiedenen Perspektiven erheblich sein (Mohr 1995). Es wurde daher vorgeschlagen, Selbst- und Fremdeinschätzung zu einem Risikoindikator zu kombinieren (Mohr 1995). Soweit den Autoren des vorliegenden Beitrags bekannt, ist dieser Vorschlag bisher jedoch nicht systematisch aufgegriffen und umgesetzt worden, zumal sich in der Psychotherapieforschung bisher kein einheitliches Instrumentarium zur Verlaufs- und Erfolgsmessung etabliert hat (Hill u. Lambert 2004; Strupp et al. 1997).

Vor dem Hintergrund dieser Befundlage zielte die vorgestellte naturalistische Psychotherapiestudie darauf ab, die Misserfolgsrate in der stationären Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu bestimmen. Darüber hinaus wurden die Misserfolgsraten in Abhängigkeit von der Verlaufsmessung (direkt vs. indirekt) und der Perspektive (Patienten- vs. Therapeutenbeurteilung) verglichen. Eine weitere Fragestellung beschäftigte sich mit Unterschieden in den genannten Ergebnissen zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungsklustern. Zudem wurde untersucht, ob sich erfolgreich behandelte Patienten von jenen mit Misserfolgen in soziodemografischen und klinischen Parametern unterscheiden. Hinsichtlich der Ergebnismaße für die indirekte Verlaufsmessung wurde davon ausgegangen, dass eine allgemeine Symptombesserung eindeutig zu den „explizit und implizit angestrebten Zielen“ (Hoffmann et al. 2008) einer stationären Behandlung zählt. Um eine bezüglich des therapeutischen Vorgehens homogene Gruppe untersuchen zu können, wurden nur solche persönlichkeitsgestörten Patienten in die Studie aufgenommen, die schwerpunktmäßig mit einem psychodynamisch orientierten Gruppenpsychotherapiever-

fahren behandelt wurden. Ein weiterer Grund für diese Auswahl war, dass im deutschsprachigen Raum in psychodynamisch ausgerichteten Kliniken gruppenpsychotherapeutische Ansätze für die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sehr weit verbreitet sind (Streeck 2002). Somit sind die Ergebnisse einigermaßen generalisierbar und auf andere stationäre Einrichtungen mit psychodynamischer Orientierung übertragbar.

## Methode

### Studiendesign und Patienten

Es werden Daten aus dem Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, das bis Herbst 2007 Landeskrankenhaus ohne Regionalversorgungsauftrag in Trägerschaft des Landes Niedersachsen war, vorgestellt. Das Behandlungskonzept der Klinik Tiefenbrunn ist psychodynamisch orientiert. Bei Patienten mit strukturellen Störungen wird insbesondere die psychoanalytisch-interaktionelle Therapiemethode sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting angewandt (Heigl-Evers u. Ott 2002; Streeck u. Leichsenring 2009). Die Gruppenpsychotherapie findet 3-mal wöchentlich mit einer Zeitdauer je Sitzung von 60 oder 90 min statt, komplettiert durch 1 oder 2 Einzelgespräche/Woche. Hinzu kommen je nach Indikation Ergo- und Gestaltungstherapie, körpertherapeutische Verfahren, Physiotherapie, Entspannungsverfahren sowie regelmäßige Kontakte zu Pflege- und Sozialdienst. Die vorrangig psychotherapeutische Behandlung wird bei entsprechender Indikation durch eine differenzielle Psychopharmakotherapie ergänzt (DGPPN 2009).

Für diese Untersuchung wurden folgende Einschlusskriterien als erste Bedingung festgelegt:

- Aufnahme zwischen dem 01.01.2002 und dem 31.12.2012 in den Bereichen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie und damit Mindestalter von 18 Jahren und
- Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach Zweitsicht durch einen erfahrenen Facharzt.

Ausgeschlossen wurden Patienten mit komorbiden psychotischen Erkrankungen oder schweren formalen Denkstörungen.

gen, die auf ein mangelndes Verständnis der Fragebogen schließen lassen.

Als weitere Bedingung für die Aufnahme in die analysierte Stichprobe wurden folgende Kriterien formuliert:

- vollständige Datensätze bezüglich der Ergebnismaße bei Aufnahme und Entlassung,

- mindestens 6-wöchige Behandlung, die regulär, d. h. im Einvernehmen zwischen Patient und Behandler beendet wurde, und

- keine Patienten der Kurzzeittherapiestation.

Alle Patienten wurden mit den unten dargestellten Fragebogen bei Aufnahme und Entlassung untersucht. Soziodemografische und klinische Merkmale wurden mithilfe des in der Klinik Tiefenbrunn verwendeten Dokumentationssystems Aktive Interne Qualitätssicherung (AKQUASI) bzw. Web-AKQUASI (Lutz et al. 1995) kategorisiert und die klinischen Diagnosen nach den Kriterien der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10; WHO 1993) durch den Bezugstherapeuten und den verantwortlichen Funktionsbereichsleiter bzw. Chefarzt gestellt.

Insgesamt erfüllten 1239 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 39,7 Jahren [Standardabweichung (SD)  $\pm 11,7$  Jahre; Bereich: 18 bis 63 Jahre] die Eingangskriterien. Neben der Persönlichkeitsstörung wurden weitere komorbide Störungen diagnostiziert: Affektive Erkrankungen ( $n=1057$ ; 85,3 %), Angststörungen ( $n=756$ ; 61,0 %), Zwangserkrankungen ( $n=125$ ; 10,1 %), Anpassungsstörungen ( $n=483$ ; 39,0 %), dissoziative und somatoforme Störungen ( $n=257$ ; 20,7 %), andere neurotische Störungen ( $n=32$ ; 2,6 %) sowie Essstörungen ( $n=182$ ; 14,7 %). Bei 189 Patienten (15,3 %) wurde außerdem noch eine substanzbezogene Störung festgestellt. Eine detaillierte Übersicht über weitere soziodemografische und andere klinische Charakteristika der Untersuchungsstichprobe findet sich in **Tab. 1**.

## Instrumente und Ergebnismaße

Ausgehend von der Überlegung, dass eine generelle Symptombesserung zweifelsfrei zu den Behandlungszielen einer

Psychotherapeut 2012 · 57:417–424 DOI 10.1007/s00278-012-0930-z  
© Springer-Verlag 2012

Carsten Spitzer · Oliver Masuhr · Ulrich Jaeger · Sascha Brünig · Michael Dümpelmann · Andreas Dally

## Misserfolge in der stationären Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

### Zusammenfassung

Während Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen vielfach untersucht und erwiesen worden sind, stehen Untersuchungen zu Misserfolgen im Sinne einer ungenügenden Symptombesserung aus. In einem naturalistischen Ansatz wurden die Misserfolge von 1239 stationär behandelten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mithilfe der direkten und indirekten Verlaufsmessung aus Sicht der Patienten sowie der behandelnden Therapeuten untersucht. Zur indirekten Verlaufsmessung wurden die Werte bei Aufnahme und Entlassung des Gesamtschwereindex der Symptom Check List-90-R (SCL-90-R, Patientenurteil) und des Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS, Therapeutenurteil) genutzt. Abhängig von der Art

der Messung zeigten zwischen 11 und 31 % der persönlichkeitsgestörten Patienten keine relevante Symptombesserung. Die Übereinstimmungsgüte der Messarten war mit  $\kappa$ -Werten zwischen 0,1 und 0,3 unbefriedigend. Weder soziodemografische noch klinische Merkmale erlaubten eine Differenzierung zwischen „erfolgreichen“ und „erfolglosen“ Patienten. Im vorliegenden Beitrag werden die Befunde bezüglich methodischer Einschränkungen sowie mit Blick auf klinisch-therapeutische Implikationen und zukünftige Forschungsansätze diskutiert.

### Schlüsselwörter

Empirische Forschung · Psychotherapie · Beeinträchtigungsschwere-Score · Symptom Check List SCL-90 · Behandlungserfolg

## Failure of inpatient therapy in patients with personality disorders

### Abstract

While psychotherapy has proven its efficacy and effectiveness in the treatment of personality disorders (PD) there is a lack of studies on treatment failure, i.e. non-response or deterioration of psychopathology. In a naturalistic approach the failed treatment of 1,239 inpatients with PD was studied by means of direct and indirect assessment of change from patient and therapist perspectives. For indirect assessment the global severity index of the symptom checklist SCL-90-R (self-report by patients) and the impairment severity score (judgement by therapists) were used. Depending on the method between 11 % and 31 % of inpatients did not show any rel-

evant improvement in symptoms but concordance between the methods was poor (Cohen's kappa between 0.10 and 0.30). Patients with treatment failure did not differ from those with successful treatment with respect to sociodemographic and clinical features. The findings are discussed with respect to methodological limitations but also reflect possible clinical and therapeutic implications as well as future research approaches.

### Keywords

Empirical research · Psychotherapy · Impairment severity score · Symptom Check List SCL-90 · Treatment outcome

stationären Psychotherapie zählt, wurde zur direkten Veränderungsmessung aus Patientensicht in Anlehnung an die PsyBaDo (Heuft u. Senf 1998) folgende Frage gewählt: „Haben sich Ihre Beschwerden und Symptome gebessert oder verschlechtert?“ Die korrespondierende Frage auf Therapeutenseite lautete: „Haben sich die Beschwerden und Symptome Ihres Patienten gebessert oder verschlechtert?“ Als Antwort wurden folgende 5 Möglichkeiten vorgegeben: „deutlich verschlechtert“, „leicht verschlech-

tert“, „weder noch“, „leicht gebessert“ und „deutlich gebessert“.

Die indirekte Veränderungsmessung erfolgte mithilfe von psychometrisch bewährten und in der Psychotherapieforschung etablierten Verfahren. Zur Selbstbeurteilung wurde die revidierte Form der *Symptom Check List SCL-90* (Franke 2002) vorgegeben. Anhand von 90 Items lässt sich neben 9 syndromalen Scores ein Gesamtschwereindex (GSI) berechnen, der als Indikator für die psychopathologische Beeinträchtigung in den letz-

**Tab. 1** Soziodemografische<sup>a</sup> und klinische Charakteristika der Untersuchungsstichprobe (N=1239)

Merkmal	Häufigkeit	
	Anzahl (n)	Anteil (%)
<b>Frauen</b>	744	60,0
<b>Familienstand</b>		
Ledig	828	66,8
Verheiratet	203	16,4
Geschieden/getrennt lebend	196	15,8
<b>Schulabschluss</b>		
Hauptschulabschluss	214	17,3
Realschule/mittlere Reife	421	34,0
Abitur/Fachhochschulreife	528	42,6
Ohne Abschluss/noch in Schule	63	5,1
<b>Berufsabschluss</b>		
Lehre	444	35,8
Meister/Fachschule	95	7,7
Fachhochschule/Universität	204	16,5
Ohne Abschluss	257	20,7
Noch in Berufsausbildung	95	7,7
Sonstiger Abschluss	115	9,3
<b>Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme</b>	448	36,2
<b>Selbstschädigungen in der Vorgeschichte</b>	241	19,5
<b>Stoffgebundene Sucht in der Vorgeschichte</b>	241	19,5
<b>Essstörung in der Vorgeschichte</b>	297	24,0
<b>Sexuelle Traumatisierung</b>	249	20,1
<b>Traumatisierung durch Gewalt</b>	388	31,3

<sup>a</sup>Aufgrund fehlender Daten ergänzen sich die Prozentpunkte nicht immer zu 100 %.

ten 7 Tagen dient. Die Items der SCL-90-R werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „gar nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) beantwortet; die Auswertung erfolgt über Mittelwertbildung, sodass die Werte des GSI zwischen 0 und 4 schwanken können. Hierbei weist ein höherer Wert auf eine schwerere psychopathologische Beeinträchtigung hin. Liegen die GSI-Werte bei Entlassung um 0,3 oder mehr unter den Anfangswerten, kann nach Franke (2002) von einer statistisch signifikanten Besserung ausgegangen werden; liegt der GSI-Wert zudem < 0,7 ist von einer klinisch signifikanten Veränderung auszugehen (Franke 2002).

Aus Therapeutenperspektive wurde die generelle Symptombelastung mithilfe des *Beeinträchtigungsschwere-Score* (BSS; Schepank 1995) erfasst. Der BSS ist weitgehend unabhängig von Pathogenesekonzepten bzw. Diagnosen und weist eine hohe Interraterreliabilität auf. Die Beeinträchtigungen des Patienten werden anhand von Ankerbeispielen auf folgenden 3 Dimensionen bewertet: der kör-

perlichen, der psychischen und der sozial-kommunikativen. Jede Dimension wird in 5 Skalenstufen mit den Schweregraden 0–4 abgebildet. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Summe über alle 3 Dimensionen als Gesamtbeeinträchtigungsschwere genutzt, die von 0 (optimale Gesundheit) bis 12 (in jeder Hinsicht schwerst gestört) reichen kann. Im Handbuch des BSS werden keine Angaben dazu gemacht, welche Differenz zwischen Anfangs- und Endwerten als statistisch signifikant anzusehen ist. Daher wurde auf der Grundlage der ermittelten Daten der „reliable change index“ (RCI;

$$RCI = 1,96 \cdot SE_{Diff}$$

mit

$$SE_{Diff} = SD \cdot \sqrt{2 \cdot (1 - \alpha)}$$

vgl. auch Jacobsen et al. Jacobson u. Truax 1991) berechnet und als Ergebnis ein Wert von 1,67 erhalten. Da die BSS-Gesamtwerte ganzzahlig sind, wurde als statistisch

signifikante Veränderung eine Reduktion von  $\geq 2$  Punkten definiert. Gesamtwerte im BSS von < 5 gelten als klinisch unauffällig (Schepank 1995), sodass mit diesen Angaben auch für den BSS statistische und klinische Signifikanz bestimmt werden konnte.

## Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Computerprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS, Version 20.0). Als Ergebnismaß wurden die statistische und die klinische Signifikanz mithilfe des GSI der SCL-90-R sowie des Gesamtwerts des BSS analysiert, ebenso die direkte Einschätzung der Symptombesserung durch Patienten und Behandler. Die Übereinstimmung zwischen diesen verschiedenen Ergebnisparametern wurde mithilfe von Vierfeldertafeln analysiert, wobei sowohl die prozentuale Übereinstimmung als auch zur Bewertung der Übereinstimmungsgüte der  $\kappa$ -Koeffizient nach Cohen berichtet werden. Der Vergleich zwischen Patienten mit bzw. ohne Behandlungserfolg hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Merkmale erfolgte je nach Datenstruktur mit dem  $\chi^2$ -Test oder mit Varianzanalysen („analyses of variance“, ANOVA). Als Signifikanzniveau wurde ein  $p < 0,05$  gefordert.

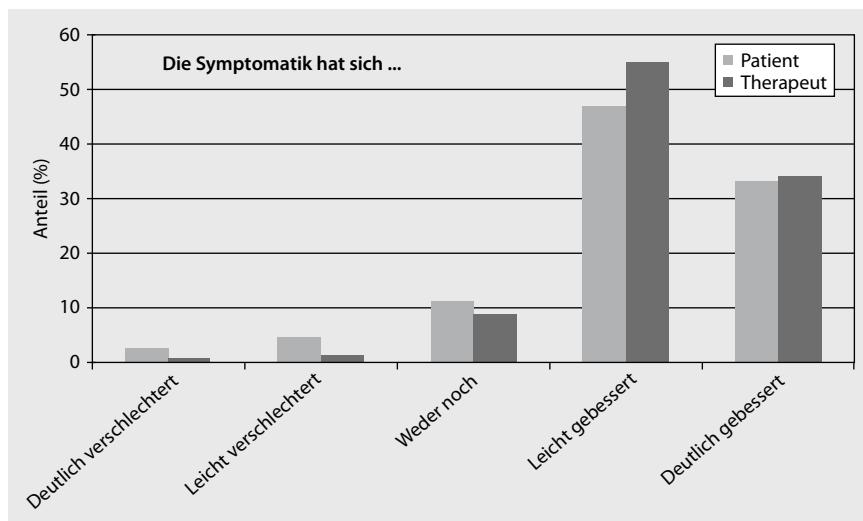
## Ergebnisse

Von den 1239 teilnehmenden Patienten gaben bei Entlassung 228 (18,7 %) Misserfolg in dem Sinne an, dass sich ihre Symptomatik entweder nicht gebessert oder sogar verschlechtert habe. Vonseiten der Bezugstherapeuten wurde bei 11,1 % ( $n=138$ ) Misserfolg festgestellt. Eine weiter ausdifferenzierte Einschätzung des Behandlungserfolgs aus Patienten- und Behandlerperspektive findet sich in

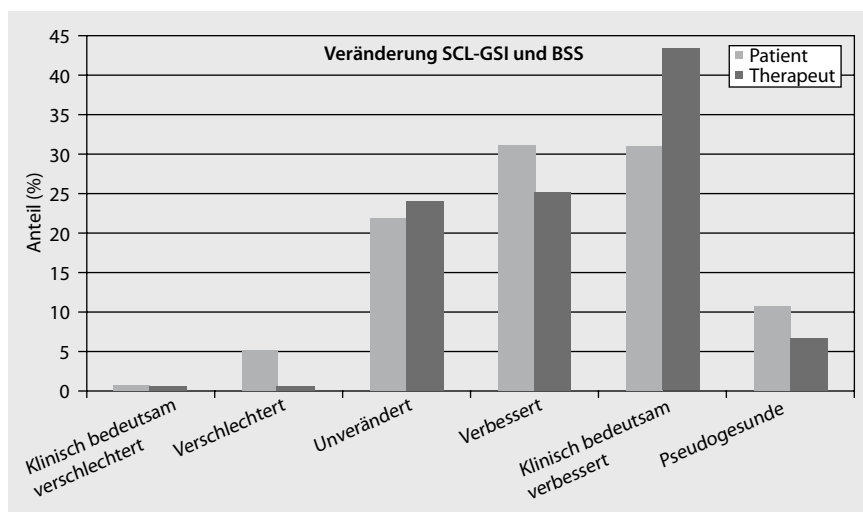
### Abb. 1.

Unter Ausschluss der Pseudogesunden ( $n=131$ ; 10,6 %) zeigte sich in der indirekten Verlaufsmessung mithilfe der Selbstbeurteilung über den GSI der SCL-90-R, dass 30,7 % der Patienten keinen symptombezogenen Behandlungserfolg verzeichnen konnten. Die Bezugstherapeuten schätzten 26,7 % ihrer Patienten am Ende der Behandlung unverändert bzw.





**Abb. 1** ▲ Einschätzung des Behandlungserfolgs aus Patienten- und Therapeutenperspektive (direkte Verlaufsmessung)



**Abb. 2** ▲ Behandlungsergebnisse mithilfe der indirekten Verlaufsmessung aus Patienten- und Therapeutenperspektive. BSS Beeinträchtigungsschwere-Score, SCL-GSI Gesamtschwereindex der Symptom Check List-90-R

verschlechtert im Vergleich zum Beginn der Therapie ein. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Behandlungsergebnisse – erfasst durch die indirekte Verlaufsmessung – illustriert **Abb. 2**.

Die prozentuale Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Maßen zur Erfolgsbestimmung ist in **Tab. 2** dargestellt. Dabei schwankt die Übereinstimmung zwischen 62,8 % für die indirekte Verlaufsmessung und 82,9 % für die direkte Verlaufsmessung; die korrespondierenden  $\kappa$ -Werte liegen zwischen 0,10 und 0,30.

Werden die Patienten gemäß ihrer klinisch führenden Persönlichkeitsstö-

rung nach Clustern differenziert, findet sich für die verschiedenen Misserfolgsmaße die in **Tab. 3** aufgeführte Verteilung. Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Patienten mit Cluster-B- sowie mit kombinierten Persönlichkeitsstörungen über alle Ergebnismaße weniger von der stationären Psychotherapie profitieren als Patienten mit Cluster-A- oder Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen. Insgesamt sind die Unterschiede jedoch relativ gering (abgesehen davon, dass sich alle Patienten mit einer Cluster-A-Störung nach Therapeutenurteil symptomatisch verbesserten).

Eine Gegenüberstellung basaler soziodemografischer und klinischer Merkmale von persönlichkeitsgestörten Patienten mit und ohne Behandlungserfolg stationärer Psychotherapie zeigt **Tab. 4**. Dabei wurde für diesen Vergleich Erfolg bzw. Misserfolg anhand der indirekten Verlaufsmessung aus Patientenperspektive definiert, also jenes Ergebnismaß gewählt, das die höchste Rate von Misserfolgen „produziert“. Bei insgesamt wenig signifikanten Unterschieden war der einzig auffällige Befund, dass Patienten, die von der Behandlung nicht profitieren, im Vorfeld der stationären Aufnahme mehr Suizidalität aufwiesen als diejenigen, die die Therapie erfolgreich beendeten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer war in der Misserfolgsgruppe numerisch geringfügig, aber dennoch signifikant länger als in der Erfolgsgruppe ( $104,2 \pm 27,7$  vs.  $100,9 \pm 23,0$ ;  $F=4,260$ ,  $p=0,039$ ).

## Diskussion

Während die Wirksamkeit und Effektivität psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Psychotherapieansätze zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen vergleichsweise umfangreich untersucht worden sind (DGPPN 2009; Leichsenring u. Leibling 2003; Leichsenring u. Rabung 2011; Matusiewicz et al. 2010), fehlen Studien zu Misserfolgen von Psychotherapie bei persönlichkeitsgestörten Patienten weitgehend. Die vorgestellte naturalistische Psychotherapiestudie ist nach Wissen der Autoren eine der ersten aus dem stationären Setting, die diese Lücke zu schließen sucht. In Anlehnung an Hoffmann et al. (Jacobi 2002) wurde Misserfolg als eine ausbleibende Symptombesserung bzw. Verschlechterung der psychopathologischen Symptome zum Ende der stationären Behandlung definiert. Als Hauptergebnis der Untersuchung ist festzuhalten, dass – abhängig von Art und Perspektive der Messung von Misserfolg – zwischen 11,1 und 30,7 % der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen keine relevante Symptombesserung während der Behandlung verzeichnen konnten. Diese Befunde sind in etwa vergleichbar mit den Ergebnissen bisher publizierter Psychotherapiestudien in Deutschland, die mit gleicher Methode stationäre psycho-

**Tab. 2** Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Maßen zur Erfolgsbestimmung

	Anteil (%)	Cohens $\kappa$	Anteil (%)	Cohens $\kappa$	Anteil (%)	Cohens $\kappa$
	Therapeut Symptome		Patient GSI		Therapeut BSS	
Patient Symptome	82,9	0,29	73,2	0,30	71,3	0,19
Therapeut Symptome	–	–	70,2	0,13	78,9	0,29
Patient GSI	–	–	–	–	62,8	0,10

Patient Symptome direkte Veränderungsmessung aus Patientensicht. Therapeut Symptome direkte Veränderungsmessung aus Therapeutensicht. Patient GSI indirekte Veränderungsmessung der Patientenperspektive mithilfe der Symptom Check List-90-R. Therapeut BSS indirekte Veränderungsmessung der Therapeutenperspektive mithilfe des Gesamtwerts der Beeinträchtigungsschwere-Score.

**Tab. 3** Rate der Misserfolge stationärer Psychotherapie für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS), differenziert nach Clustern

		Alle PS (n=1239) Anteil (%)	Cluster A (n=43) Anteil (%)	Cluster B (n=555) Anteil (%)	Cluster C (n=503) Anteil (%)	Kombinierte PS (n=135) Anteil (%)
Direkte Veränderungsmaße	Patient Symptome	18,7	14,0	19,7	18,1	17,9
	Therapeut Symptome	11,1	0,0	12,8	8,8	16,7
Indirekte Veränderungsmaße	Patient GSI	30,7	25,7	32,0	28,7	34,2
	Therapeut BSS	26,7	28,1	27,0	25,0	31,1

Patient Symptome direkte Veränderungsmessung aus Patientensicht.

Therapeut Symptome direkte Veränderungsmessung aus Therapeutensicht.

Patient GSI indirekte Veränderungsmessung der Patientenperspektive mithilfe der Symptom Check List-90-R.

Therapeut BSS indirekte Veränderungsmessung der Therapeutenperspektive mithilfe des Gesamtwerts der Beeinträchtigungsschwere-Score.

dynamische Psychotherapiepatienten im Allgemeinen untersucht haben (also auch solche ohne Persönlichkeitsstörung; Davies-Osterkamp et al. 1996; Geiser et al. 2001; Spitzer et al. 2008). Beispielsweise ergab die indirekte Verlaufsmessung aus Patientenperspektive in der Studie von Spitzer et al. (2008; hier wurde ebenfalls die SCL-90-R eingesetzt), dass 35,3 % der stationären Psychotherapiepatienten nicht von der Behandlung profitierten. Auch für die ambulante Kurzzeitpsychotherapie wurden ähnliche Misserfolgswerten im hier definierten Sinn gefunden (Schauenburg u. Strack 1999). Allerdings kann für die zitierten Untersuchungen ebenso wie für die hier vorgestellte Studie nicht geklärt werden, ob die mangelhafte Verbesserung bzw. Verschlechterung tatsächlich und kausal mit der Therapie zusammenhängt, ob möglicherweise eine nicht lege artis durchgeführte Behandlung die Wirkungslosigkeit erklären kann und/oder ob unvorhersehbare Wechselwirkungen zwischen Therapie, medizinischen und sozialen Interventionen oder dem natürlichen Lebenszusammenhang des Patienten zu den unbefriedigenden Ergebnissen beie-

tragen haben. Zudem muss offen bleiben, wie es den erfolglos behandelten Patienten ohne Therapie ergangen wäre, wie also der Spontanverlauf ihrer Erkrankung ausgesehen hätte.

Ein Grund für die bisher eher ungenügende Auseinandersetzung der Psychotherapieforschung mit Misserfolgen und Nebenwirkungen liegt nicht zuletzt in methodischen Problemen (Brakemeier et al. 2012; Strauß 2010). Dazu zählt auch die Frage, wie Misserfolg gemessen werden kann. Dabei sind sowohl für die direkte als auch für die indirekte Verlaufsmessung vielfältige Vor- und Nachteile angeführt worden (Übersicht bei Stieglitz u. Baumann 2001; Strupp et al. 1997), ohne dass sich bisher in der Forschung ein einheitliches Vorgehen bzw. eine einheitliche Methodik etabliert hätte. Daher war das zweite Anliegen dieser Studie, die Übereinstimmung zwischen der direkten und der indirekten Verlaufsmessung in Abhängigkeit von der Datenquelle (Patient vs. Therapeut) zu analysieren. Die günstigste Beurteilung des Behandlungsergebnisses resultiert durch die direkte Verlaufsmessung von Bezugstherapeutenseite

(88,9 % Erfolge), die ungünstigste durch die indirekte Messung von Patienteneinschätzungen (69,3 % Erfolge). Der Grad der Übereinstimmung, der zwischen 62,8 und 82,9 % schwankt, ist insgesamt als unbefriedigend zu beurteilen, zumal die korrespondierenden  $\kappa$ -Werte auch nur auf eine allenfalls geringe bis leichte Übereinstimmungsgüte verweisen. Aus dieser Befundlage sind zwei Forderungen abzuleiten: So lange noch kein allgemein akzeptierter Konsens zur Verlaufsmessung in der Psychotherapieforschung etabliert ist, kann die Gefahr von Zufallsentscheidungen nur durch multiple (Miss-)Erfolgskriterien reduziert werden. Weitere Forschungsbemühungen sollten darauf abzielen, verbindliche Empfehlungen zur Erfolgsbeurteilung von Psychotherapie auf Einzelfallebene zu etablieren, idealerweise unabhängig vom therapeutischen Ansatz und diagnostischen Kategorien (Stieglitz u. Baumann 2001).

Eine nach Persönlichkeitsstörungsclustern differenzierte Betrachtung der Misserfolge stationärer Psychotherapie zeigte, dass es vergleichsweise wenig Unterschiede gibt. Insgesamt profitieren Patienten mit Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen häufiger, während Patienten mit Cluster-B- und kombinierten Persönlichkeitsstörungen häufiger Misserfolge aufweisen. Es muss offen bleiben, ob diese Befundlage anderen Studien entspricht, da es kaum empirische Daten zu Misserfolgen in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gibt. Generell lässt sich jedoch konstatieren, dass eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation (und somit die Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen) prädiktive Bedeutung für Symptomverschlechterung haben (Dümpelmann 2001; Mohr 1995). Angesichts des explorativen und damit vorläufigen Charakters der Studie sind jedoch Replikationsuntersuchungen zu den differenziellen Misserfolgeeffekten bei den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen erforderlich.

In Übereinstimmung mit anderen Studien (Geiser et al. 2001; Spitzer et al. 2008) konnte kaum relevante soziodemografische Unterschiede oder Differenzen in den klinischen Vorgeschichten gefunden werden. Dieser Befund ist insofern ernüchternd, als dass es wünschenswert wäre, möglichst frühzeitig anhand be-

**Tab. 4** Vergleich von soziodemografischen<sup>a</sup> und klinischen Merkmalen der Patienten mit bzw. ohne Therapieerfolg

Merkmal	Misserfolg	Erfolg	Statistik	
	Anteil (%)	Anteil (%)	$\chi^2/F$	p
<b>Frauen</b>	58,5	64,6	3,694	0,055
<b>Familienstand</b>			5,841	0,211
Ledig	67,6	66,5		
Verheiratet	13,6	17,3		
Geschieden/getrennt/verwitwet	18,2	15,5		
<b>Schulabschluss</b>			6,217	0,399
Hauptschulabschluss	15,3	17,6		
Realschule/mittlere Reife	36,6	32,8		
Abitur/Fachhochschulreife	43,7	43,1		
Sonderschule/ohne Schulabschluss/noch in Schule/sonst	3,9	5,8		
<b>Berufsabschluss</b>			4,961	0,421
Lehre	35,3	37,0		
Meister/Fachschule	9,4	7,4		
Fachhochschule/Universität	16,8	16,0		
Ohne Abschluss	22,6	19,4		
Noch in Berufsausbildung	5,9	8,1		
Sonstiger Abschluss	8,2	10,0		
<b>Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme</b>	61,6	53,7	4,226	0,040
<b>Selbstschädigungen in der Anamnese</b>	24,7	24,6	1,507	0,681
<b>Stoffgebundene Sucht in der Anamnese</b>	21,1	24,4	4,026	0,259
<b>Essstörung in der Vorgeschichte</b>	28,2	31,1	3,119	0,374
<b>Sexuelle Traumatisierung</b>	28,3	24,8	0,988	0,320
<b>Traumatisierung durch Gewalt</b>	40,1	38,3	0,263	0,608

Misserfolg definiert über die indirekte Verlaufsmessung aus Patientensicht. <sup>a</sup>Aufgrund fehlender Daten ergänzen sich die Prozentpunkte nicht immer zu 100 %.

stimmter soziodemografischer oder klinischer Merkmale jene Patienten zu identifizieren, die wahrscheinlich nicht von einer Behandlung profitieren werden. Bestenfalls ließen sich auf diese Weise Symptomverschlechterungen verhindern sowie Zeit und Ressourcen sparen bzw. sinnvoller einsetzen. Zudem stellt sich unabhängig von den Gründen für die Misserfolge die Frage nach Alternativen, von denen gerade die nichterfolgreich behandelten Patienten profitieren könnten.

Es wurde einleitend erwähnt, dass nicht nur im Bereich der Persönlichkeitsstörungen vergleichsweise wenig Forschungsbemühungen zu Misserfolgen von Psychotherapie auszumachen sind (Brakemeier et al. 2012; Linden u. Strauß 2012; Märten u. Petzold 2002), nicht zuletzt wegen methodischer Schwierigkeiten, die auch für die vorgestellte Untersuchung kritisch diskutiert werden müssen. Trotz des naturalistischen Designs und des damit verbundenen Anspruchs einer „alltagsnahen“ Forschung schränken die

gewählten Ein- und Ausschlusskriterien die Repräsentativität der Ergebnisse ein. Methodenkritisch ist auch zu erwähnen, dass die Persönlichkeitsstörungen klinisch diagnostiziert, jedoch nicht mithilfe eines strukturierten Interviews bestätigt wurden. Auch muss offen bleiben, inwiefern die erhobenen Befunde auf andere Settings (z. B. teilstationär oder ambulant) und alternative Behandlungsansätze (z. B. kognitiv-behavioraler Provenienz) übertragbar sind. Darüber hinaus ist wenig darüber bekannt, ob die Symptomatik zum Abschluss der Behandlung im Langzeitverlauf stabil bleibt. Im Rahmen einer Zweijahreskatamnese zeigte sich beispielsweise, dass nur einer von 6 Patienten, die zum Entlassungszeitpunkt als verschlechtert klassifiziert wurden, auch bei der Katamnese – im Vergleich zum Behandlungsbeginn – verschlechtert war (Geiser et al. 2001). Schließlich ist zu fragen, ob die allgemeine Symptombelastung als alleiniges Kriterium für (Miss-)Erfolg ausreichend oder ob eine mehrdimensionale

Betrachtung sinnvoller ist, die auch interpersonale Probleme und psychosoziales Funktionsniveau berücksichtigt (Hill u. Lambert 2004).

## Schlussfolgerungen

Jenseits aller Methodenkritik und Vorläufigkeit der Befunde verdeutlicht die vorgestellte Studie, dass Misserfolg in der Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen keine Seltenheit darstellt. Von hoher Relevanz ist die Ursachenforschung für die Misserfolge: Denkbar wären hier spezifische Patienten-, aber auch Therapeutenmerkmale sowie eine mangelhafte Passung zwischen Patient, Behandler und Setting (Clarkin u. Levy 2004; Wampold 2001). Auf dieser Grundlage könnten Überlegungen und Ansätze zur primären und sekundären Prävention von Misserfolgen realisiert werden.

## Fazit für die Praxis

Misserfolg in der Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen betrifft im stationären Setting mit einem psychodynamischen Schwerpunkt ungefähr einen von 10 Patienten. Ob dies auch für andere Settings und Psychotherapieverfahren zutrifft, bleibt in zukünftigen Studien zu klären. Forschungsanstrengungen zur primären und zur sekundären Prävention von Misserfolgen sind für die Zukunft ebenso zu fordern wie eine größere klinische Aufmerksamkeit und Sensibilität für ausbleibende Symptombesserung oder gar Verschlechterung.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Carsten Spitzer**  
Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn  
37124 Rosdorf  
c.spitzer@asklepios.com

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 25:CD005652
- Brakemeier #, # (2006) #
- Brakemeier EL, Breger V, Spitzer C (2012) Nebenwirkungen von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *Verhaltensther Psychosoz Prax* (im Druck)
- Clarkin JF, Levy KN (2004) The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley, New York
- Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum
- Davies-Osterkamp S, Strauß B, Schmitz N (1996) Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in long term psychotherapy. *Psychother Res* 6:164–176
- DGPPN (Hrsg) (2009) *S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen*. Springer, Berlin
- Doering S, Stoffers J, Lieb K (2011) Psychotherapieforschungsanalyse. In: Dulz S, Herpertz S, Kernberg O, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart
- Dümpelmann M (2001) Das Borderline-Konzept von Kernberg – eine kritische Betrachtung. *Forum Psychoanal Psychosenther* 5:38–50
- Eckert J, Frohburg I, Kriz J (2004) Therapiewechsler: Differenzielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut* 49:415–426
- Franke GH (2002) *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version – Manual* (2. Auflage). Beltz, Weinheim
- Geiser F, Imbierowicz K, Conrad R et al (2001) Zur Unterscheidung von „geheilten“ und „gebesserten“ sowie von „unveränderten“ und „verschlechterten“ Patienten in einer Therapieerfolgsstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 47:250–261
- Heigl-Evers A, Ott J (2002) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Heuft G, Senf W (Hrsg) (1998) *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart
- Hill CE, Lambert MJ (2004) Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley, New York
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut* 53:4–16
- Jacobi F (2002) Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz
- Jacobi F, Uhlmann S, Hoyer J (2011) Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Z Klin Psychol Psychother* 40:246–256
- Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical significance: a statistical approach to define meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 59:12–19
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley, New York
- Leichsenring F, Leibling E (2003) The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160:1223–1232
- Leichsenring F, Rabung S (2011) Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 199:15–22
- Lieberei B, Linden M (2008) Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 102:558–562
- Linden M, Strauß B (Hrsg) (2012) *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Lutz W, Kosfelder J, Joormann J (Hrsg) (2004) *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*. Huber, Bern
- Lutz W, Stammer H, Leeb B (1995) Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:1–11
- Margraf J (2009) Risiken und Nebenwirkungen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg
- Märtens M, Petzold H (Hrsg) (2002) *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz
- Matusiewicz AK, Hopwood CJ, Banducci AN, Lejuez CW (2010) The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 33:657–685
- Mohr DC (1995) Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psychol Sci Prac* 2:1–27
- Schauenburg H, Strack M (1999) Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Checklist SCL-90-R. *Psychother Psychosom* 68:199–206
- Schepank H (1995) *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Beltz, Göttingen
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2008) Symptomverschlechterung während stationärer Psychotherapie: Wer ist betroffen? *Psychodyn Psychother* 7:3–15
- Stieglitz RD, Baumann U (2001) Veränderungsmessung. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg) *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart
- Strauß B (2010) Kurzfassung des Vortrags von Prof. Dr. Bernhard Strauß: Risiken, Nebenwirkungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 2:196–198
- Streeck U (2002) Gestörte Verhältnisse – zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 6:109–125
- Streeck U, Leichsenring F (2009) *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Strupp HH, Horowitz LM, Lambert MJ (1997) *Measuring patient changes*. American Psychiatric Association, Washington
- Wampold BE (2001) *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Erlbaum, Mahwah NJ
- WHO (1993) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (2., korrigierte. Aufl.). Huber, Bern

## Grundlage für die Entwicklung von Angst- und Schmerz-Therapien entschlüsselt

Schlafstörungen, Angsterkrankungen und auch Epilepsie werden mit Benzodiazepinen (z.B. Valium) behandelt – allerdings mit unerwünschten Nebenwirkungen wie etwa Abhängigkeit oder Beeinflussung der Reaktionsgeschwindigkeit. Wissenschaftler des Zentrums für Hirnforschung der MedUni Wien konnten die Struktur jener Bindestelle an der Valium wirkt, abbilden. Damit ist eine Grundlage für die Entwicklung neuer Substanzen geschaffen, die chemisch nicht mit Valium oder anderen bekannten Stoffen, die an dieser Bindungstasche wirken, verwandt sind und gezielter wirken.

GABA (gamma-Aminobuttersäure) ist der wichtigste hemmende Neurotransmitter im Gehirn, dessen Wirkung hauptsächlich von GABA-A-Rezeptoren vermittelt wird. Benzodiazepine wie Valium binden selektiv an die GABA-A-Rezeptoren und verstärken dadurch die hemmende Wirkung. Mithilfe von Computermodellen konnte die Struktur Bindungsstelle der GABA-Rezeptoren aufgeklärt werden. Diese Struktur kann auch andere bekannte, sowie bisher unbekannte Substanzen binden. Bewiesen wurde das am Alpha1-Subtyp der GABA-Rezeptoren, der für die beruhigende Wirkung zuständig ist. Laufende Forschungen am Zentrum für Hirnforschung beschäftigen sich mit der Struktur und Bindung der Alpha2- und Alpha3-Rezeptor Subtypen, die vor allem das Therapieziel bei Angststörungen sind, jedoch auch zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen und möglicherweise auch der Schizophrenie verwendet werden können.

Literatur: Richter L, de Graaf C, Sieghart W et al. (2012) Diazepam-bound GABAA receptor models identify new benzodiazepine binding-site ligands. *Nature Chemical Biology* 8:455–464

Quelle:

MedUni Wien, [www.meduniwien.ac.at](http://www.meduniwien.ac.at)