

Literaturrecherche Psychotherapieforschung

April 2009

1. Evaluation bzw. Vergleich verschiedener Behandlungsarten

Arnevik, E., Wilberg, T., Urnes, Ø., Johansen, M., Monsen, J. T. & Karterud, S. (2009). **Psychotherapy for personality disorders: Short-term day hospital psychotherapy versus outpatient individual therapy – a randomized controlled study.** *European Psychiatry*, 24 (2), 71-78.

(norwegische Studie, Oslo)

Ziel: **Vergleich zwischen integrativer Tagklinikbehandlung** (kognitive u. psychodynamische Elemente, Dauer: 18 Wochen) **mit anschließender Einzelpsychotherapie vs. ambulanter Einzelpsychotherapie** (v.a. psychoanalytisch/psychodynamisch) **bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen**, Darstellung der Ergebnisse eines **8-Monats-Follow-ups**.

Methode: RCT-Design, Tagklinikbedingung: n = 60, ambulante PT: n = 54

Ergebnismaße: Abbruchquote, Suizidversuche, Suizidgedanken, Selbstverletzungen, psychosoziales Funktionsniveau (GAF), Symptombelastung (SCL-90-R, BDI, BHS, Lebenszufriedenheitsfragebogen), interpersonelle Probleme (CIP) und Persönlichkeitsprobleme (*Severity indices of personality problems*, SIPP-118)

Ergebnisse: Die Abbruchquote war in beiden Behandlungsbedingungen niedrig, es zeigte sich kein sign. Unterschied. **Es zeigten sich bei beiden moderate Verbesserungen, wobei sich keine Behandlung als überlegen erwies.** Auch die Hypothese, dass Patienten mit einer schwereren Persönlichkeitspathologie mehr von der Tagklinikbehandlung profitieren würden, wurde nicht bestätigt.

Zeeck, A., Weber, S., Sandholz, A., Wetzler-Burmeister, E., Wirsching, M. & Hartmann, A. (2009). **Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: A randomized trial.** *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78 (3), 152-160.

(Freiburg)

Ziel: **Vergleich zwischen stationärer und Tagklinikbehandlung von Patientinnen mit schwerer Bulimia nervosa**, Darstellung der Ergebnisse des **3-Monats-Follow-ups**.

Methode: RCT-Design, Tagklinik: n = 22, stationäre Behandlung: n = 21

Beide Behandlungsbedingungen umfassten die gleichen Behandlungselemente (Stationen mit psychodynamischer Orientierung, integrativ-symptomorientierte und systemische Elemente)

Eating disorders inventory (EDI-2), *Structured inventory of anorexic and bulimic syndromes* (SIAB) und SCL-90-R

Datenerhebung bei Behandlungsbeginn, Behandlungsende, nach 3, nach 12 und nach 36 Monaten

Ergebnisse: **Es fanden sich in beiden Behandlungsbedingungen eine sign. Reduktion der bulimischen und der allgemeinen Symptome. Zwischen den Behandlungsarten gab es diesbezüglich jedoch keine sign. Unterschiede.** Auch die Anzahl der vollständigen Remissionen unterschied sich weder bei Behandlungsende noch beim 3-Monats-Follow-up. Nach Behandlungsende zeigten sich bei der stationären Gruppe tendenziell mehr erneute Verschlechterungen, was

vorsichtig im Sinne einer größeren Stabilität der Besserungen in der Tagklinik interpretiert werden könnte. Es konnten keine Prädiktoren für den Therapieerfolg identifiziert werden.

Schlussfolgerung: Sowohl die tagklinische als auch die stationäre Behandlung führten zu einer substantiellen Verbesserung der spezifischen wie auch der allgemeinen Symptombelastung bei schwerer Bulimia nervosa. Drei Monate nach Behandlungsende ließ sich kein sign. Unterschied zwischen den Behandlungsbedingungen feststellen.

2. Allgemeine Psychotherapieforschung

Bike, D. H., Norcross, J. C. & Schatz, D. M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (1), 19-31.

(nationale Studie, USA)

Ziel: Rekplikation und Erweiterung einer nationalen Psychotherapeutenstudie von 1987 im Jahr 2007, **Untersuchung der Frage, wie viele Psychotherapeuten Erfahrungen mit einer eigenen Therapie haben.**

Methode: n = 727; SP: amerikanische Psychologen, Sozialarbeiter und Berater (ca. je 1/3)

Ersetzung der Berufsgruppe der Psychiater (1987) durch die der Berater (counselors), deshalb Vergleiche der Gesamtergebnisse nur bedingt möglich; zusätzliche Fragen nach dem ethnischen Hintergrund und zur Einnahme von Psychopharmaka

Ergebnisse: Die häufigsten theoretischen Orientierungen der Befragten waren: *eklektisch-integrativ* (24%), *kognitiv* (24%), *psychodynamisch* (12%), sowie *systemisch*, *verhaltenstherapeutisch* und *humanistisch*, *psychoanalytisch* (4% im Gegensatz zu 12% im Jahr 1987) und *interpersonell*.

85% der Befragten gaben mindestens eine eigene psychotherapeutische Erfahrung an (im Vergleich zu 71% im Jahr 1987). Es zeigten sich dabei keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und – anders als 1987, als noch mehr Frauen als Männer eine Psychotherapieerfahrung berichteten – keine Geschlechtsunterschiede. Im Durchschnitt wurde 2,8 mal psychotherapeutische Hilfe aufgesucht. Bei therapeutisch Tätigen, die sich schon vor ihrem Berufsleben in Therapie begeben hatten, war es wahrscheinlicher, dass sie mehrmals therapeutische Hilfe in Anspruch nahmen.

Insgesamt betrachtet sank die Anzahl der Therapiestunden im Vergleich zu 1987 von 171 auf 103, was mit dem ebenfalls stark gesunkenen Anteil von Psychoanalytikern in der Stichprobe (s.o.) aber auch mit einem generellen Trend hin zu kürzeren Therapien zusammenhängen könnte. Die Hauptgründe therapeutische Hilfe zu suchen waren weitgehend die gleichen wie 1987: *Ehe- oder Partnerschaftsprobleme* (20%), *Depression* (13%), *Bedürfnis sich selbst besser zu verstehen* (12%) und *Angst/Stress* (10%). Ungefähr 24% nahmen zusätzlich zu ihrer Psychotherapie Psychopharmaka ein. Mehr als 90% der Therapeuten berichteten sehr positive Ergebnisse (Skala 1-5) in den drei Bereichen verhaltens-/symptombezogen (M=4,3), kognitiv/einsichtsbezogen (M=4,4) und emotional/entlastend (M=4,46). Die meisten therapeutisch Tätigen sahen eine eigene Therapie als einen unverzichtbaren Teil der Ausbildung an.

Norcross, J. C. & Bike, D. H. (2009). The therapist's therapist: A replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (1), 32-41.

Ziel: Untersuchung der **Frage, wie therapeutisch Tätige ihre eigenen Psychotherapeuten auswählen.**

Methode: n = 608; SP: Psychologen, Berater und Sozialarbeiter mit eigener therap. Erfahrung

Ergebnisse: Die Kriterien, die bei der Auswahl des eigenen Therapeuten für wichtig erachtet wurden, deckten sich weitgehend mit denen, die schon der Studie von 1987 gefunden wurden:

Kompetenz, Warmherzigkeit und Fürsorglichkeit, klinische Erfahrung, Offenheit und berufliches Ansehen.

Die Therapeuten der Befragten waren häufig mittleren Alters (M=49,1) und hatten eher den gleichen ethnischen Hintergrund wie die Therapiesuchenden, waren also überwiegend weiß (94%). Anders als 1987, als männliche Therapeuten dominierten, wählten die Befragten 2007 gleich häufig männliche wie weibliche Therapeuten, der Anteil weiblicher Therapeuten stieg von 24% auf 52%. Es zeigte sich eine starke Präferenz von Therapeuten des gleichen Geschlechts.

Am häufigsten wurden psychologische Psychotherapeuten aufgesucht, gefolgt von Sozialarbeitern, Beratern und Psychiatern.

1987 waren die häufigsten theoretischen Orientierungen der aufgesuchten Psychotherapeuten noch *psychoanalytisch* (35%), *psychodynamisch* (18%) und *humanistisch* (17%).

2007 waren die am häufigsten genannten Orientierungen *integrativ-eklektisch* (24%), *kognitiv* (15%) und *psychodynamisch* (15%). Jedoch waren die von den Psychologen aufgesuchten Therapeuten immer noch zu 25% ausgebildete Psychoanalytiker (19% in der Gesamtstichprobe).

Die Merkmale ihrer Therapie, die die Befragten in die Therapien an ihre eigenen Patienten weitergeben wollten, betrafen alle den Aufbau der therapeutischen Beziehung. Auf die Frage, welche Mängel ihrer eigenen Therapie sie bei ihren eigenen Patienten vermeiden wollten, stellte ein Großteil der Befragte keine solchen Mängel fest. Die meisten diesbezüglich gegebenen Antworten betrafen Selbstmitteilungen, Grenzüberschreitungen, zu wenig Rückmeldungen, nicht hilfreiche Gegenübertragungen, Intoleranz oder Verurteilung und das Treffen voreiliger Annahmen.

Lang, F. U., Pokorny, D. & Kächele, H. (2009). Psychoanalytische Fallberichte: Geschlechterkonstellationen und sich daraus ergebende Wechselwirkungen auf Diagnosen im Zeitverlauf von 1969 bis 2006. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 63 (4), 384-398.

(Ulm)

Ziel: Untersuchung der **Geschlechterverteilung bei Therapeuten und Patienten**, diesbezügliche **Veränderungen im Zeitverlauf**, therapeutische Geschlechterkonstellationen und **Wechselwirkungen auf die Diagnosestellungen.**

Methode: Auswertung der Daten von 926 Abschlussarbeiten von DPV-Ausbildungskandidaten und -kandidatinnen aus dem *Ulmer Archiv psychoanalytischer Fallberichte* aus den Jahren 1969–2006; Einteilung der Fälle in drei etwa gleich große Zeitabschnitte

Ergebnisse: Über den gesamten Zeitraum betrachtet waren ca. $\frac{2}{3}$ der Patienten weiblich und ca. $\frac{1}{3}$ männlich, jedoch verschob sich dieses Verhältnis im Lauf der Zeit immer stärker in Richtung der weiblichen Patientinnen (Verhältnis im letzten Zeitabschnitt $\approx 4:1$). Eine ähnliche Entwicklung findet sich auf Therapeutenseite. Als häufigste Therapeut-Patient-Konstellation findet sich die Frau/Frau-Konstellation, gefolgt von Mann/Frau, Mann/Mann und Frau/Mann. Es zeigte sich, dass Kandidatinnen und Kandidaten sign. häufiger Geschlechtsgenossen für ihre Falldarstellen

wählten. Die häufigsten Diagnosen waren Hysterie (→)*, Depression (↑), narzisstische Störung (↑), Phallische Problematik (↓), Identitätsproblematik (↓), Zwang (↓), Persönlichkeitsstörung (→) und Sonstige (↓).

Weibliche Therapeuten vergaben häufiger als ihre männlichen Kollegen die Diagnose Identitätsproblematik und Depression, männliche Therapeuten häufiger die Diagnose Perversion. Weibliche Patienten erhielten häufiger die Diagnose Depression (v.a. von weibl. Therapeutinnen), Hysterie (bevorzugt von männl. Therapeuten) und Trauma (von weibl. Therapeutinnen), männliche häufiger die Diagnose narzisstische Störung (von weibl. Therapeutinnen). Die Diagnose Angst wurde häufig von Männern an Frauen vergeben, und von Männern insgesamt doppelt so häufig wie von Frauen.

Einschränkung: Die Stichprobe ist möglicherweise nicht repräsentativ für die psychoanalytische Behandlungspraxis, da es sich um ausbildungsbedingt mehrfach selektierte Fälle handelt.

*Pfeile in Klammern zeigen eine sign. Zunahme, Abnahme oder ein Gleichbleiben der Diagnosehäufigkeit über die Zeit an.

Rory C. Reid, J. M. Harper Emily H. Anderson. (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16 (2), 125-138.

(US-amerikanische Studie, Provo und Orem/Utah)

Ziel: Untersuchung der **Copingstrategien von hypersexuellen (sexsüchtigen) Patienten** im Vergleich zu einer Kontrollgruppe **in der Reaktion auf schamhaftes Erleben**

Methode: n = 71 Patienten mit hypersexuellem Verhalten vs. n = 73 Kontrollprobanden

Messinstrumente: *Hypersexual behavior inventory* (HBI)

Compass of shame scale (CoSS) mit den Subskalen: Rückzug, Angriffe auf das Selbst, Angriffe auf andere, Vermeidung.

Ergebnisse: Die hypersexuellen Patienten reagieren auf schamhaftes Erleben stärker mit **Rückzug** und mit Tendenzen, **sich selbst oder andere anzugreifen** (Selbstkritik, Vorwürfe, etc.).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen nahe, dass der Umgang mit schamhaftem Erleben für hypersexuelle Patienten besonders problematisch ist. Sie stützen zudem die These, dass sexuelles Verhalten zur Abwehr von Scham eingesetzt wird, auch wenn die Patienten ihre negativen Gefühle möglicherweise nicht als Scham identifizieren.

Weingeroff, J. L. & Frankenburg, F. R. (2009). Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23 (2), 113-122.

(US-amerikanische Studie, Cambridge/Massachusetts)

Ziel: Untersuchung der **Abwehr von Borderline-Patienten im Vergleich zu der von Patienten mit anderen Achse-II-Persönlichkeitsstörungen (PS).**

Methode: BPS: n = 290, andere PS: n = 72

Defense style questionnaire (DSQ)

Ergebnisse: Borderline-Patienten zeigten sign. höhere Werte als die Vergleichsgruppe bei drei der vier Abwehrstile des DSQ: Selbstaufopferung, maladaptive Handlung und Vorstellungsverzerrung. Sie hatten ebenfalls sign. höhere Werte bei neun der 18 Abwehrmechanismen, nämlich *Un-geschehenmachen* (neurotische Stufe), *Agieren*, *emotionale Hypochondrie*, *passive Aggression*

und *Projektion* (unreife Stufe) und *projektive Identifizierung* und *Spaltung* (als vorstellungsverzerrende Abwehrmechanismen). Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen zeigten häufiger *Unterdrückung* (reife Stufe) als BPS-Patienten.

Bei Betrachtung aller sign. Abwehrformen, zeigten sich *Agieren*, *emotionale Hypochondrie* und *Ungeschehenmachen* als beste Prädiktoren für die BPS-Diagnose (Sensitivität des Modells .95, positive Vorhersagestärke .86).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen nahe, dass die Abwehrprofile von BPS-Patienten sich von denen von Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen unterscheiden. Insbesondere die **Trias Agieren, emotionale Hypochondrie und Ungeschehenmachen kann als hilfreicher Indikator für das Vorliegen einer BPS herangezogen werden.**

Erkolahti, R. & Nyström, M. (2009). The prevalence of transitional object use in adolescence: is there a connection between the existence of a transitional object and depressive symptoms? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (7), 400-406.
(finnische Studie, Turku)

Hintergrund: Der Gebrauch von Übergangsobjekten (ÜO) wurde überwiegend bei kleinen Kindern untersucht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass das Phänomen, Trost bei einem Übergangsobjekt zu suchen, auch bei Jugendlichen oder sogar Erwachsenen fort dauert. Der Gebrauch von ÜO könnte deshalb insbesondere bei Jugendlichen, die sich nicht selten introvertiert und un-kommunikativ zeigen, wichtige Hinweise auf eine psychische Belastung geben.

Ziel: Untersuchung der **Häufigkeit des Gebrauchs eines Übergangsobjekts bei Jugendlichen**, dessen Zusammenhang mit depressiven Symptomen und psychischer Belastung und möglicher Geschlechtsunterschiede.

Methode: n = 1054; SP: Jugendliche aus Gesamtschulen (Ø-Alter: 14,5)

Fragebogen zum Gebrauch von Übergangsobjekten (Teddy, Stofftier, Kissen/Decke, Puppe, sonstiges)

Children's depression inventory (CDI)

Ergebnisse: 29% der Jugendlichen hatten ein Übergangsobjekt. Es zeigte sich ein sign. Geschlechtsunterschied zwischen Mädchen (37%) und Jungen (28%). Bei 72% der Mädchen handelte es sich um ein weiches und bei 49% der Jungen um ein hartes Objekt (Stifte, Spielzeug, Buch etc.). Jugendliche mit einem ÜO zeigten tendenziell (jedoch nicht sign.) mehr depressive Symptome als ihre Altersgenossen ohne ein ÜO. Lediglich bei der Subskala Traurigkeit des CDI zeigten sich sign. Unterschiede. Mädchen mit einem ÜO zeigten sign. mehr Traurigkeit.

Schlussfolgerung: Möglicherweise kann der Gebrauch von Übergangsobjekten im Jugendalter trotz der weitgehend nichtsignifikanten Ergebnisse als **Indikator für eine potentielle psychische Belastung** genutzt werden.

3. Psychotherapieprozessforschung

4. Diagnostik

Klug, G. & Huber, D. (2009). *Psychic structure: Exploring an empirically still unknown territory. Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 (1), 149-173.
(München)

Ziel: Untersuchung der **psychometrischen Qualitäten der Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK)**, eines Instruments zur Erfassung der strukturellen Veränderung, von der angenommen wird, dass sie spezifisch für psychoanalytische Psychotherapien ist. Die Konstruktvalidität des Instruments wurde über die prädiktive Validität erfasst, d.h. über die Untersuchung der Frage, ob die SPK zwischen Borderline-Patienten, depressiven Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe zu diskriminieren vermag.

Methode: Anwendung der Skalen auf n = 33 Borderline-Patienten, n = 36 depressive Frauen und n = 36 gesunde Kontrollprobanden

Ergebnisse: Es lassen sich Unterschiede in Bezug auf die psychische Struktur von Borderline-Patienten, Depressionspatienten und Gesunden nachweisen. Spaltung ist ein typischer von Borderline-Patienten gezeigter Abwehrmechanismus, der bei Depressionspatienten weniger stark und bei Gesunden kaum auftritt, was durch die SPK gezeigt werden kann.

Schlussfolgerung: **Die SPK können als valides Messinstrument zur Erfassung der psychischen Struktur angesehen werden.**

Skodol, A. E. & Bender, D. S. (2009). *The future of personality disorders in DSM-V? American Journal of Psychiatry*, 166 (4), 388-391.

Gegenwärtig werden alternative Modelle der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik für die nächste Version der DSM diskutiert*, da die momentane kategoriale Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen aus vielerlei Gründen als unzureichend eingeschätzt wird (große Überlappungen zwischen den Störungsbildern, Heterogenität der Patienten einer Diagnoseeinheit, willkürliche Grenzziehung zwischen pathologisch und „normal“, etc.).

Gleichzeitig wird darüber nachgedacht, generell stärker dimensionale Ansätze bei der Diagnostik psychischer Krankheitsbilder anzuwenden. Persönlichkeitsstörungen sind zu einer Art Musterfall für eine solche dimensionale Diagnostik geworden.

Es wird ein hybrides Modell der Persönlichkeitsdiagnostik vorgeschlagen, das folgende Elemente enthält: 1) eine allgemeine Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen (das Selbst und interpersonelle Beziehungen betreffend), 2) prototypische Beschreibungen von Hauptpersönlichkeits(störungen)typen, 3) eine dimensionale Eigenschaftseinschätzung, die die Basis für die Typenbildung bildet, 4) allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (Defizite in der Selbstdifferenzierung und –integration und in der Fähigkeit interpersonelle Bindungen einzugehen) und 5) Maße für adaptive Copingmechanismen und Ressourcen.

* z.B. Widiger, T. A. & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A Proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5 (1), 197-220.

Mullins-Sweatt, S. N., Smit, V., Verheul, R., Oldham, J. & Widiger, T. A. (2009). Dimensions of Personality: Clinicians' Perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (4), 247-259.

(US-amerikanisch-niederländische Studie; Lexington/Kentucky, Amsterdam)

Ziel: Untersuchung der **Meinungen und Präferenzen von praktizierenden Klinikern über die Nützlichkeit von Persönlichkeitsskalen** aus 8 alternativen dimensional Persönlichkeitsstörungsmodellen im Hinblick auf eine **Aufnahme in eine offizielle diagnostische Nomenklatur**.

Methode: n = 390; SP: Psychiater und Psychologen aus den USA und den Niederlanden;

Einschätzung der Skalen von acht Persönlichkeitsstörungsmodellen (siehe Anhang A)

Ergebnisse: Die Psychiater und Psychologen unterstützten die Aufnahme der meisten der Skalen aller acht verglichenen Modelle. Auch die Aufnahme normaler Persönlichkeitszüge wurde gutgeheißen, obwohl nicht-normale Persönlichkeitszüge im Allgemeinen stärkere Zustimmungsraten erreichten. Die Liste dieser Skalen wurde weiter reduziert, indem die Skalen zur Redundanzreduzierung in 5 Hauptdomänen zusammengefasst wurden (siehe Anhang B). Von jeder dieser Domänen wurde die Skala ermittelt, die die größte Zustimmung bekommen hatte (siehe Anhang C).

Schlussfolgerung: Diese Liste scheint die charakteristischsten Skalen jeder Domäne zu repräsentieren.

Rottman, B. M., Ahn, W.-k., Sanislow, C. A. & Kim, N. S. (2009). Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *American Journal of Psychiatry*, 166 (4), 427-433.

(US-amerikanische Studie, New Haven/Connecticut)

Ziel: Untersuchung der Frage, ob **Beschreibungen anhand des Fünf-Faktoren-Modells (FFM) spezifisch genug** sind, **um** es praktizierenden Klinikern zu ermöglichen **charakteristische Hauptkennzeichen von Persönlichkeitsstörungen zu erfassen**, ob also eine Rückübersetzung von FFM-Profilen in DSM-Diagnosen praktikabel ist.

Methode: zwei Studien; n₁ = 187 und n₂ = 191; SP: klinische Psychologen, Psychiater und klinische Sozialarbeiter

Studie 1: Darbietung von 3-4 Fallprofilen mit prototypischen Persönlichkeitsstörungen durch Beschreibungen mit Items des DSM-IV, des FFM oder der SWAP-200; Frage nach der (allg.) Diagnose und Bewertung der klinischen Tauglichkeit der jeweiligen Klassifikationssysteme anhand von sechs Aspekten (Prognose, Behandlungsplan, Informationsvermittlung an Kollegen, Informationsvermittlung an Patienten, Beschreibung der wichtigsten, die Persönlichkeit betreffenden Probleme, allg. Beschreibung der Persönlichkeit)

Studie 2: Darbietung von Fallprofilen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV- oder im FFM-Format, vergeben der Diagnosen und Einschätzung der Nützlichkeit

Ergebnisse: Bei den eindeutigen Fällen gaben die Teilnehmer bei den DSM- (82,4%) und bei den SWAP-Profilen (75,9%) sign. häufiger die korrekten Diagnosen als bei den FFM-Prototypen (47,1%). Bei allen Aspekten der Nützlichkeit bewerteten die Teilnehmer die SWAP am nützlichsten, gefolgt vom DSM-IV und dem FFM.

Bei den komorbiden Fallprofilen war die Rate korrekter Diagnosen in der DSM-Bedingung dreimal höher als in FFM-Bedingung. Das DSM-Format wurde in fünf von sechs Aspekten als nützlicher als das FFM-Format eingeschätzt.

Schlussfolgerung: **Die Teilnehmer hatten große Schwierigkeiten aufgrund von FFM-Profilen die korrekten Diagnose(n) zu identifizieren.** Da die FFM-Beschreibungen mehrdeutiger sind

als die Kriterien des DSM-IV, sind sie möglicherweise weniger tauglich klinisch bedeutsame Informationen zu vermitteln.

5. Epidemiologische und Versorgungsforschung

Lehmkuhl, G., Köster, I. & Schubert, I. (2009). Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58 (3), 170-185.

Ziel: Untersuchung der **Häufigkeit von psychiatrischen Diagnosen als Behandlungsanlass bei Kindern und Jugendlichen** und des **Inanspruchnahmeverhaltens von nicht-medikamentösen Interventionen**.

Methode: Auswertung von Versichertendaten der AOK Hessen/KV Hessen (einer 18,75%ige Zufallsstichprobe der dort Versicherten) aus dem Jahr 2006

n = 55 545 Kinder und Jugendliche (0 bis 18 Jahre)

Ergebnisse: **Über alle Diagnosegruppen lag bei 19,3 % der Kinder und Jugendlichen ein psychiatrischer Behandlungsanlass vor.** Bei 27% dieser Kinder und Jugendlichen wurde mehr als eine psychiatrische Diagnose dokumentiert. **Bis zum 14. Lebensjahr waren psychiatrische Behandlungsanlässe bei Jungen deutlich häufiger, ab dem 15. Lebensjahr lagen diese bei den jungen Frauen höher.** Im jüngeren Alter überwogen beim erhaltenen Behandlungsspektrum Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie/Krankengymnastik. Mit zunehmendem Alter stieg die Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Leistungen. **Die ambulante Versorgung lag primär in der Hand der Kinderärzte oder Allgemeinärzte**, gefolgt von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen. Nur in 4% der Fälle fand ein Kontakt mit einem nicht-medizinischen Psychotherapeuten statt. Insgesamt erhielten 32,2 % der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen psychiatrische/psychotherapeutische Leistungen.

Schlussfolgerung: Auch wenn nicht alle Behandlungsanlässe psychiatrische/psychotherapeutische Interventionen erforderten, darf vermutet werden, dass die vorrangige Inanspruchnahme von Kinder- und Allgemeinärzten auch Ausdruck einer noch bestehenden unzureichenden Zugänglichkeit zu Kinder- und Jugendpsychiatern oder anderen spezialisierten Einrichtungen/Berufsgruppen ist. Deshalb sollte überlegt werden, wie das vorhandene Versorgungssystem die Zielgruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher besser erreicht.

Schuhrke, B. & Arnold, J. (2009). Kinder und Jugendliche mit problematischem sexuellem Verhalten in (teil-)stationären Hilfen zur Erziehung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58 (3), 186-214.

Ziel: Untersuchung der **Häufigkeit des Auftretens von problematischem sexuellem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen in deutschen Erziehungshilfeeinrichtungen**, Erfassung von Komorbiditäten, Ressourcen und der psychosozialen Belastung.

Methode: Sekundärauswertung von Daten aus dem sog. EVAS-Verfahren (in der Jugendhilfe regelmäßig erhobenes und ausgewertetes „Evaluationssystem erzieherischer Hilfen“)

n = 5119 Kindern und Jugendlichen aus 125 Jugendhilfeeinrichtungen (Heimen, betreutes Wohnen, Erziehung in Tagesgruppen) aus dem Zeitraum 2004-2006

Einteilung in drei Gruppen: mit auffälligem Sexualverhalten (ASV), mit anderen Symptomen (KASV) und ohne Symptome („Gesunde“*)

Ergebnisse: In 13,4 % der Fälle fand sich mindestens leicht ausgeprägte sexuelle Symptome, bei 80,3 % fand sich ausschließlich eine andersgeartete, nicht-sexuelle Symptomatik und bei 4,5 % lagen keine interventionsbedürftigen Symptome vor. 77 Kinder hatten eine verbotene Handlung oder eine „Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ vollzogen (0,02%). Bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Symptomen kommen beinahe alle anderen Arten von in der Praxis relevanten Problemlagen und Symptomen sign. häufiger vor, insbesondere Bindungsprobleme und dissoziales Verhalten. Nur bei 2,3% der Fälle wird eine Störung des Sexualverhaltens als Hauptstörung angegeben. **Kinder und Jugendliche mit ASV sind sign. belasteter als solche mit anderen Symptomen**, verfügen über sign. weniger Ressourcen und sind psychosozial schlechter angepasst. Der Anteil der Kinder mit ASV, die einen sexuellen Missbrauch erlebt haben, ließ sich aus den Daten nicht genau bestimmen. Jedoch lag der Anteil der Kinder mit ASV in der Gruppe der Kinder, bei denen eine allgemeine Missbrauchserfahrung (körperl. oder sexuell) der Aufnahmeanlass war, doppelt so hoch, als bei den Kindern, bei denen dies nicht der Aufnahmegrund war.

Schlussfolgerung: Kinder und Jugendliche mit sexuellen Symptomen stellen eine besonders belastete Gruppe in (teil-)stationären Erziehungshilfeeinrichtungen dar, die ihr Betreuungspersonal vor besondere Schwierigkeiten und Herausforderungen stellen.

* Diese war so klein, dass keine systematischen Vergleiche mit den anderen Gruppen möglich war.

Luby, J. L., Belden, A. C., Pautsch, J., Si, X. & Spitznagel, E. (2009). The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *Journal of Affective Disorders*, 112 (1), 111-119.

Ziel: Untersuchung der Funktionseinschränkungen von Vorschulkindern durch Depressionen, Identifizierung von Indikatoren, die am besten zwischen Depressionen und anderen Störungen im Vorschulalter diskriminieren, und Vergleich der Schwere der Depression bei verschiedenen Subgruppen.

Methode: Stichprobe: 305 Vorschulkinder zwischen drei und sechs und deren Hauptbetreuungsperson; Verteilung einer Depressions-Screening-Checkliste in Gemeindeeinrichtungen

Diagnosestellungen anhand des *Preschool age psychiatric assessment* (PAPA)

Ergebnisse: Bei depressiven Vorschulkindern zeigten sich Funktionseinschränkungen in vielen Bereichen, ohne dass es sich dabei um Entwicklungsverzögerungen handelte. **Schuld und extreme Müdigkeit zeigten sich als hochspezifische Indikatoren für Vorschuldepression.** Es zeigte sich eine statistisch sign. Hierarchie der Depressionsschwere zwischen verschiedenen diagnostischen Vergleichsgruppen, wobei die Schwere der Symptomatik erwartungsgemäß bei der melancholischen Subgruppe am höchsten war.

Anmerkung B.S.: Der Anteil an depressiven Vorschulkindern konnte aufgrund des Studiendesigns nicht ermittelt werden.

Sonstiges

Köllner, V. (2009). Kompetenznetzwerk Psychotherapie und Organtransplantation - Eine Initiative des Bundesverbandes der Organtransplantierten. *Ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin*, 4 (2), 114-115.

Nach Organtransplantationen besteht häufig ein erheblicher Bedarf an psychotherapeutischer Betreuung für die Betroffenen sowie für deren Angehörige. Die Selbsthilfeorganisation „Bundesverband der Organtransplantierten e.V.“ (BDO) hat deshalb ein Kompetenznetzwerk zur besseren Koordination von Psychotherapieangeboten gegründet und sucht kooperierende Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die auf diesem Gebiet aktiv sind oder es werden möchten. Das Netzwerk umfasst eine Liste von Therapeutinnen und Therapeuten, Kontaktdaten von auf diesem Gebiet erfahrenen Expertinnen und Experten, die ggf. für Rückfragen zur Verfügung stehen, und eine im Aufbau befindliche Literaturlatenbank zum Thema. Eine Registrierung ist unter www.bdo-ev.de möglich. Dort findet sich auch die Liste der beratenden Expertinnen und Experten.

Psychotherapiestreit in Großbritannien

In Großbritannien ist neuerdings eine öffentlich geführte Debatte über den Therapiebegriff und die staatliche Reglementierung von Psychotherapie entflammt. Hintergrund ist die Gründung des „Health Professions Council“, dem alle britischen Psychotherapeuten untergeordnet werden sollen.

Verschiedene Kulturschaffende (darunter Tracey Emin, Christopher Bollas u.a.) wendeten sich im Guardian (The Guardian, 9. April, 2009. State must stay out of psychotherapy) gegen diesen Eingriff des britischen Staates und haben eine entsprechende Kampagne initiiert („Coalition Against Over-Regulation of Psychotherapy“, www.coregp.org). Jeder Mensch sollte die Freiheit haben, den Therapeuten zu wählen, den er oder sie wünscht, ohne dass der Staat diktiert, welcher legitimiert ist und welcher nicht.

Der „British Psychoanalytic Council“ grenzt sich jedoch explizit von derartigen Protesten ab (<http://www.pschoanalytic-council.org/main/index.php?page=14083>) und unterstützt die Bestrebungen des britischen Staates, den Begriff Psychotherapie schärfer zu fassen und eine übergeordnete Beschwerdestelle zu installieren.

Birgit Schneider

Anhang

A bewertete Inventare:

Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

Temperament and Character Inventory (TCI)

Multi-dimensional Personality Questionnaire (MPQ)

NEO Personality Inventory—Revised (NEO PI-R)

Personality Assessment Schedule (PAS)

Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)

Dimensions of Personality Pathology, Basic Questionnaire (DAPP-BQ)

Shedler and Westen Assessment Procedure—200 (SWAP-200)

B Domänen:

1. Domäne: Extraversion, positive Affektivität, Sozialität, positive Emotionalität oder Aktivität
2. Domäne: Widerstandstreben, Aggressivität, Dissozialität oder Unkooperativität
3. Domäne: Gehemmtheit, Gewissenhaftigkeit, Zwanghaftigkeit oder Beharrlichkeit
4. Domäne: emotionale Instabilität, emotionale Unkontrolliertheit, Neurotizismus oder negative Affektivität
5. Domäne: Unkonventionalität, Offenheit für Erfahrungen oder Intellekt

C Liste der Skalen, die nach dem Urteil der Kliniker aufgenommen werden sollten:

Domäne I

Aktivität (EPQ)

Durchsetzungsfähigkeit (NEO PI-R)

Bindung (DAPP-BQ, TCI)

Geselligkeit (NEO-PI-R)

Histrionische Sexualisierung (SWAP-200)

Optimismus (PAS)

Ausdrucksarmut (DAPP-BQ)

Soziale Vermeidung

Reizsuche (DAPP-BQ)

Domäne II

Aggressivität (MPQ, PAS, SNAP)

Ärgerliche Feindseligkeit (NEO PI-R)

Herzlosigkeit (DAPP-BQ)

Verhaltensprobleme (DAPP-BQ)

Abhängigkeit (PAS)

Empathie (TCI)

Manipulation (SNAP)

Misstrauen (SNAP)

Narzissmus (DAPP-BQ)

Psychopathie (SWAP-200)

Domäne III

Leistungsstreben (MPQ)

Zwanghaftigkeit (DAPP-BQ)

Impulsivität (EPP, NEO PI-R, PAS, SNAP, TCI)

Verantwortungslosigkeit (EPQ, PAS)

Zwangneigung (obsessionality) SWAP-200

Perfektionismus (TCI)

Selbstdisziplin (NEO-PI-R)

Domäne IV

Affektive Labilität (DAPP-BQ)

Ängstlichkeit (DAPP-BQ, EPQ, NEO, PI-R)

Depressivität (NEO-PI-R, PAS)

Minderwertigkeit (EPQ)

Intimitätsprobleme (DAPP-BQ)

Reizbarkeit (PAS)

Pessimismus (PAS)

Stressreaktion (MPQ)

Suizidpotential (DAPP-BQ)

Domäne V

Kognitive Verzerrungen (DAPP-BQ)

Dissoziation (SWAP-200)

Exzentrik (PAS)

Offenheit für Phantasie (PAS)

Rigidität (PAS)