Präoperatorisches Denken bei verschiedenen psychischen Störungen: Zwei Querschnittsstudien zum besseren Verständnis des CBASP

Jan Philipp Klein¹, Lars Grasshoff¹, Ronja Hermanns¹, Svenja Haeger¹, Stefan Sondermann¹, Tanja Kühnen², Bartosz Zurowski¹, Ulrich Schweiger¹ und Michael Hüppe³

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität zu Lübeck

²Strandklinik St. Peter-Ording

³Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universität zu Lübeck

Zusammenfassung: *Hintergrund:* In der Behandlung der persistierenden depressiven Störung (PDD) werden Psychotherapien mit interpersonellem Schwerpunkt empfohlen. Ein Beispiel dafür ist das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), was davon ausgeht, dass Menschen mit PDD zu einem präoperatorischen Denkstil neigen. Das Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, ob dieser Denkstil auch bei Menschen mit einer Panikstörung oder einem chronischen Rückenschmerz beobachtet werden kann. *Methodik:* In einer Studie wurden Patient_innen mit einer Panikstörung ($n = 20$) verglichen mit Patient_innen mit einer depressiven Störung ($n = 20$) und gesunden Kontrollen ($n = 20$). In einer weiteren Studie wurden Patient_innen mit chronischem Rückenschmerz ($n = 30$) verglichen mit gesunden Kontrollen ($n = 32$). Alle Proband_innen wurden mit dem Lübecker Fragebogen Präoperatorisches Denken (LFPD) befragt. Daneben wurden die Angehörigen der Proband_innen gebeten, das Interaktionsverhalten der Probandin bzw. des Probanden mit dem Interpersonal Message Inventory (IMI) zu beurteilen. *Ergebnis:* Die erste Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich nur die depressiven Patient_innen im LFPD signifikant von den gesunden Kontrollen unterschieden ($p < .001$). In der Subskala „feindselig“ des IMI unterschieden sich die Kontrollen von beiden Patient_innengruppen, allerdings war nur der Befund für die Panikstörung signifikant ($p = .008$). In der zweiten Studie unterschieden sich die Patient_innen mit der Schmerzstörung von den gesunden Kontrollen nur im Bezug auf die IMI Subskala „feindselig“ ($p = .005$), aber nicht im LFPD. *Schlussfolgerung:* Das präoperatorische Denken wurde nur bei Patient_innen mit depressiver Störung beobachtet, obwohl die anderen beiden Patient_innengruppen von ihren Angehörigen ebenfalls als feindselig wahrgenommen wurden. Diese Befunde sprechen dafür, dass interpersonelle Defizite bei psychischen Störungen nicht immer auf das dem CBASP zugrundeliegende Modell des präoperatorischen Denkens zurückzuführen sind.

Schlüsselwörter: Persistierende depressive Störung, Angststörung, Chronischer Rückenschmerz, Soziale Kognition, Interpersonelles Verhalten, Psychotherapie

Preoperational Thinking in Patients with Anxiety or Chronic Back Pain: Two Cross-Sectional Studies to Improve the Understanding of the CBASP

Abstract: *Background:* In the treatment of persistent depressive disorder (PDD) psychotherapies with an interpersonal focus are recommended. An example of this is the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), which assumes that people with PDD tend to have a preoperational thinking style. The aim of this work is to examine if this style of thinking can also be observed in people with panic disorder or chronic back pain. *Methods:* In one study, patients with panic disorder ($n = 20$) were compared with patients with depressive disorder ($n = 20$) and healthy controls ($n = 20$). In a separate study, patients with a chronic back pain ($n = 30$) were compared with healthy controls ($n = 32$). All participants were interviewed with the Lübeck Questionnaire of Preoperational Thinking (LQPT). In addition, the significant others of participants were asked to rate the participants' interpersonal behavior with the Interpersonal Message Inventory (IMI). *Results:* The first study found that only the depressed patients differed significantly from the healthy controls on the LQPT ($p < .001$). In the "hostile" subscale of the IMI, controls differed from both patient groups, but only the finding for panic disorder was statistically significant ($p = .008$). In the second study, the patients with pain disorder differed from the healthy controls only on the IMI subscale "hostile" ($p = .005$) but not on the LQPT. *Conclusion:* Preoperational thinking was only observed in patients with depressive disorder, although the other two groups of patients were also perceived as hostile by their significant others. These findings suggest that the interpersonal problems of patients with mental disorders are not always due to preoperational thinking.

Keywords: persistent depressive disorder, anxiety disorder, chronic low back pain, social cognition, interpersonal behavior, psychotherapy

Depressive Störungen haben einen erheblichen Beitrag an der globalen Krankheitslast. Unter den psychischen Störungen haben sie sogar den größten Anteil an der durch Krankheit eingebüßten Lebensqualität (Murray et al., 2012; Whiteford et al., 2013). Epidemiologische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass bis zu einem Drittel aller depressiven Störungen chronisch verlaufen (Murphy & Byrne, 2012; Satyanarayana, Enns, Cox & Sareen, 2009). Eine kürzlich veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit fand mehr Komorbiditäten und einen schlechteren Behandlungsverlauf (z. B. höhere Suizidversuchsrate) bei Patient_innen mit einer chronischen Depression (Köhler, Chrysanthou, Guhn & Sterzer, 2019).

Chronische Verlaufsformen werden im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) zusammengefasst als *Persistierende Depressive Störung* (PDD). Von einer PDD wird gesprochen, wenn eine depressive Störung zwei Jahre und länger anhält, dabei wird ein „früher Beginn“ als ein erstmaliges Auftreten der depressiven Störung vor dem 21. Lebensjahr kodiert (APA, 2013; Klein, Willenborg & Schweiger, 2014). Zu den PDD zählen neben der reinen Dysthymie auch die persistierende depressive Episode bei der über zwei Jahre nahezu jeden Tag und nahezu durchgehend depressive Symptome bestehen. Eine einfache Frage zum Screening auf das mögliche Vorliegen einer PDD lautet: „Wann gab es zum letzten Mal einen Zeitraum von zwei Monaten oder länger, in denen Sie sich nicht durch depressive Symptome eingeschränkt gefühlt haben?“. Diese Frage kann beispielsweise an das Ende eines Selbstratings für depressive Symptome gesetzt werden und weist dann eine gute Sensitivität und akzeptable Spezifität auf (Brinkmann et al., 2019).

Psychotherapie der PDD

In der Leitlinie der European Psychiatric Association wird zur Behandlung der PDD eine Psychotherapie mit interpersonellem Fokus empfohlen (Jobst et al., 2016). Als wichtigstes Beispiel und Therapie der Wahl wird dort das *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) genannt. CBASP wurde von dem amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten James McCullough spezifisch für die Behandlung der PDD entwickelt (McCullough, Schramm & Penberthy, 2015). Mehrere Metaanalysen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das CBASP in der Behandlung der PDD wirksam ist (Furukawa et al., 2018; Kriston, von Wolff, Westphal, Hölzel & Härter, 2014; Negt et al., 2016). Es gibt auch erste Hinweise, dass eine Behandlung mit dem CBASP zu neurofunktionellen Veränderungen führt (Klein, Becker, et al., 2014). Vor dem Hintergrund dieser guten Studienlage, wurde das

CBASP auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) aufgenommen. Dort wird darauf hingewiesen, dass das CBASP bei der Behandlung der PDD insbesondere bei Patient_innen mit früher Traumatisierung wirksamer ist als eine psychopharmakologische Behandlung (DGPPN et al., 2015).

Darüber hinaus konnte kürzlich im Rahmen einer neuen randomisierten Studie (Schramm et al., 2017) gezeigt werden, dass das CBASP auch im Vergleich zu einer supportiven Psychotherapie besonders wirksam ist bei chronisch depressiven Patient_innen, die retrospektiv über widrige Kindheitserfahrungen berichten (Klein, Erkens, et al., 2018). Auch das Vorliegen einer komorbiden sozialen Angststörung hat in dieser Studie einen Einfluss auf die Wirksamkeit des CBASP im Vergleich zu supportiver Therapie (Assmann et al., 2018). Zusammengefasst scheint das CBASP besonders wirksam bei Patient_innen zu sein, die folgende drei Eigenschaften erfüllen: (1) chronische Depression mit frühem Beginn, (2) widrige Kindheitserfahrungen und (3) Vermeidungsverhalten in sozialen Situationen.

Interpersonelle Probleme bei PDD

Diese Befunde passen gut zum Störungsmodell des CBASP. Dieses geht davon aus, dass Menschen mit chronischer Depression bestimmte Defizite in der sozialen Kognition haben (McCullough, Schramm & Penberthy, 2015). Die Betroffenen entwickeln vor dem Hintergrund von belastenden Beziehungserfahrungen die Überzeugung, dass sie in zwischenmenschlichen Situationen immer wieder Misserfolge erleben werden – egal was sie tun. McCullough hat diesen Denkstil mit dem *präoperatorischen Denken* von heranwachsenden Kindern verglichen (McCullough, 2012).

Zu den Gemeinsamkeiten zwischen präoperatorisch denkenden Kindern und chronisch depressiven Erwachsenen zählen die Annahme, dass alle Menschen sie immer gleich behandeln und die Annahme, dass die Gegenwart eine ständige Wiederholung der Vergangenheit ist. Sie übersehen dabei, dass sie mit unterschiedlichen Menschen unterschiedliche Erfahrungen machen können (Beispiel: Nur weil sich ein wichtiger Mensch in ihrem Leben verletzend verhält, bedeutet das nicht, dass sich andere auch verletzend verhalten werden). Und sie übersehen, dass sie in neuen Situationen auch neue Erfahrungen machen können (Beispiel: Nur weil sie in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht haben, dass ihre Bedürfnisse übersehen werden, bedeutet das nicht, dass ihre Bedürfnisse auch in Zukunft immer übersehen werden).

Der präoperatorische Denkstil kann treffend mit der Aussage eines Patienten zusammengefasst werden: „Egal was ich tue, es wird sich ohnehin nichts ändern.“ Im

CBASP-Modell wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer PDD vor dem Hintergrund dieses präoperatorischen Denkstils auch ein charakteristisches Interaktionsverhalten zeigen. Dieses ist geprägt von dem Bestreben, andere auf Abstand zu halten (um nicht verletzt zu werden) und von der Neigung, eigene Gefühle und Bedürfnisse nicht offen anzusprechen (weil die Erwartung besteht, dass diese ohnehin nicht beachtet werden).

Techniken des CBASP

Das Ziel der Behandlung mit dem CBASP ist es, die Patient_innen dabei zu unterstützen, dieses präoperatorische Denken zu überwinden. Zu diesem Zweck kommen sogenannte *Situationsanalysen*, aber auch bestimmte Beziehungsgestaltungstechniken zum Einsatz (Klein, Backenstrass & Schramm, 2018; Klein & Belz, 2014; McCullough et al., 2015). Im Rahmen der *Erhebungsphase* der Situationsanalysen lernen die Patient_innen zu erkennen, welche konkreten Auswirkungen ihr Verhalten in zwischenmenschlichen Situationen hat, um dann entscheiden zu können: Möchte ich diese Konsequenzen auslösen oder möchte ich in dieser Situation etwas anderes erreichen? Dies wird dann als „Gewünschtes Ergebnis“ festgehalten. Im Rahmen der *Lösungsphase* der Situationsanalyse, lernen die Patient_innen Fertigkeiten, mit denen sie in der Situation ihr gewünschtes Ergebnis erreichen können. Das Ziel der

Beziehungsgestaltungstechniken im CBASP ist, dass die Patient_innen eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Therapeut_innen aufbauen, indem sie erkennen, dass deren Verhalten sich unterscheidet vom Verhalten, das die Patient_innen im Rahmen ihrer widrigen Kindheitserfahrungen erlebt haben.

Präoperatorisches Denken bei PDD

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Studien veröffentlicht worden, welche das Störungsmodell des CBASP unterstützen. Zusammengefasst zeigen diese, dass es einen Zusammenhang zwischen widrigen Kindheitserfahrungen und präoperatorischem Denken gibt. Dieser Zusammenhang wird durch zwischenmenschliche Ängste vermittelt. Präoperatorisches Denken ist bei Menschen mit chronisch verlaufender Depression stärker ausgeprägt als bei einer episodischen Depression. Details zu diesen Studien finden sich in Tabelle 1.

Es ist jedoch bislang nicht bekannt, ob dieser Befund spezifisch für die Diagnose PDD ist oder ob ähnliche Befunde auch bei anderen psychischen Störungen gefunden werden können. Darüber hinaus ist unklar, ob der Zusammenhang zwischen widrigen Erfahrungen in der Kindheit und interpersonellen Problemen in der Gegenwart tatsächlich, wie im CBASP-Modell vermutet, durch das präoperatorische Denken vermittelt wird.

Tabelle 1. Übersicht über Studien und Metaanalysen zum Störungsmodell des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy.

Annahme	Befund	Referenz
Patient_innen mit PDD berichten retrospektiv vermehrt über widrige Kindheitserfahrungen.	Metaanalyse: Bei Kindesmisshandlung ist das Risiko, dass eine Depression einen chronischen Verlauf nimmt, erhöht (OR 2.05).	Nelson, Klumpp, Doeblen & Ehling (2017)
Patient_innen mit PDD haben im Vergleich zu episodisch depressiven und Gesunden einen stärker ausgeprägten präoperatorischen Denkstil.	Mehrere Studien belegen diese Annahme anhand des Lübecker Fragebogen Präoperationales Denken (LFPD).	Klein et al. (2016); Klein, Stahl, et al. (2018); Kühnen et al. (2011)
Widrige Kindheitserfahrungen stehen in einem Zusammenhang mit präoperatorischem Denken und dieser Zusammenhang wird mediiert durch zwischenmenschliche Ängste.	Eine Mediationsanalyse anhand einer Querschnittserhebung bestätigt diese Annahme, es fehlen jedoch Längsschnittuntersuchungen.	Klein, Stahl, et al. (2018)
Präoperatorisches Denken steht in einem Zusammenhang mit verminderten zwischenmenschlichen Fertigkeiten.	In einer Querschnittsanalyse wurden Hinweise darauf gefunden, allerdings bestehen Zweifel an der Validität des verwendeten Maßes für zwischenmenschliche Fertigkeiten.	Klein et al. (2016); Stahl (2018)
Patient_innen mit PDD neigen in der Interaktion mit anderen Menschen zu einem distanzierten und unterwürfigen Verhalten.	Metaanalyse: Es finden sich große Unterschiede zwischen Patient_innen mit PDD und Patient_innen mit episodischer Depression, besonders in Bezug auf unterwürfiges und feindselig-unterwürfiges Verhalten.	Bird et al. (2018)

Anmerkungen: PDD = Persistierende depressive Störung.

Wir untersuchten daher neben depressiven Patient_innen zwei weitere Patient_innengruppen in Bezug auf die Ausprägung des präoperatorischen Denkens: Patient_innen mit einer Panikstörung und Patient_innen mit einer chronischen Schmerzstörung. Wir wählten diese beiden Diagnosen, weil bei beiden Diagnosen in Voruntersuchungen ebenfalls interpersonelle Probleme beschrieben wurden (Burns, Bruehl & Quartana, 2006; Burns et al., 2013; Kerns, Rosenberg & Jacob, 1994; Zilcha-Mano et al., 2015). Aus dem großen Spektrum der Patient_innen mit einer chronischen Schmerzstörung fokussierten wir, zur Homogenisierung der Stichprobe, die Patient_innen mit chronischen Rückenschmerzen.

Unsere erste Hypothese lautete, dass Patient_innen mit einer Panikstörung im Vergleich zu depressiven Patient_innen weniger stark ausgeprägtes präoperatorisches Denken zeigen. Unsere zweite Hypothese war, dass Patient_innen mit chronischem Rückenschmerz im Vergleich zu gesunden Kontrollen eine stärkere Ausprägung an präoperatorischem Denken haben. Um die Ergebnisse dieser Studie besser mit Voruntersuchungen vergleichen zu können, beschreiben wir die drei Patient_innengruppen darüber hinaus in Bezug auf interpersonelle Probleme und auf widrige Kindheitserfahrungen. Auf Grundlage dieser Daten untersuchten wir auch eine dritte exploratorische Fragestellung. Hier lautete die Annahme, dass das präoperatorische Denken den Zusammenhang zwischen widrigen Kindheitserfahrungen und interpersonellen Problemen mediert.

Methoden

Stichprobenrekrutierung

Zur Überprüfung unserer Hypothesen führten wir zwei separate Fall-Kontroll-Studien durch. Beide wurden durch die Ethikkommission der Universität Lübeck begutachtet und genehmigt. Die Einschlusskriterien für alle Teilnehmer_innen in beiden Studien waren (1) das Vorliegen einer Einwilligungserklärung sowie (2) ein Alter zwischen 18 und 68 Jahren und (3) ein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache.

In der ersten Studie rekrutierten wir Patient_innen mit einer Panikstörung über den Konsildienst der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, über eine große ambulante Psychotherapiepraxis und über zwei Selbsthilfegruppen. Ausschlusskriterien in dieser Studie waren das Vorliegen (1) einer gegenwärtigen depressiven Episode und (2) einer aktuellen Substanzabhängigkeit. Als Vergleichsgruppe dienten gesunde Kontrollen und Patient_innen mit der Hauptdiagnose einer depressiven Störung. Diese wurden

aus einer bereits publizierten Stichprobe (Klein, Stahl et al., 2018) ausgewählt und zur Verbesserung der Vergleichbarkeit mit den Patient_innen mit Panikstörung anhand der Variablen Alter, Geschlecht und Berufstätigkeit parallelisiert (gematcht). Die gesunden Kontrollen wurden über Aushänge rekrutiert. Die depressiven Patient_innen wurden im Rahmen einer ambulanten oder stationären Behandlung auf die Studie angesprochen. Alle Studienteilnehmer_innen wurden mittels eines strukturierten klinischen Interviews nach DSM-IV untersucht, um die Diagnose einer Panikstörung bzw. einer depressiven Störung zu erheben und um bei den Patient_innen mit der Panikstörung und den gesunden Kontrollen sicherzustellen, dass diese nicht unter einer depressiven Störung litten.

In der zweiten Studie wurden Patient_innen mit einer chronischen Schmerzstörung über die Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin rekrutiert, wenn sie Rückenschmerz als ihren Hauptschmerz angegeben hatten. Patient_innen mit einem anderen Hauptschmerz, Karzinom-Patient_innen sowie Patient_innen mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung wurden ausgeschlossen. Die als Vergleichsgruppe dienenden Kontrollproband_innen wurden ebenfalls über Aushänge rekrutiert und mit einem strukturierten klinischen Interview untersucht, um sicherzustellen, dass diese nicht an einer depressiven Störung litten. Ausschlusskriterien für beide Studien waren darüber hinaus das Vorliegen einer psychotischen Störung oder das Vorliegen einer schweren aktuellen körperlichen Erkrankung.

Messinstrumente

Zur Messung des präoperatorischen Denkens nutzten wir in beiden Studien den *Lübecker Fragebogen Präoperatorisches Denken* (LFPD; engl.: Lübeck Questionnaire of Pre-operational Thinking, LQPT: Kühnen et al., 2011). Dieser Fragebogen umfasst 22 Items in denen die Proband_innen jeweils gebeten werden, nach der Beschreibung einer konkreten Situation anzugeben, wie sie in dieser Situation am ehesten reagieren würden (z.B. Reaktion auf einen Vorgesetzten, der während einer Routinebeurteilung auch Fehler anspricht). Dabei können sie zwischen zwei möglichen Reaktionen auswählen: Die eine spiegelt ein präoperatorisches Denken wieder („Mein Chef wird meine Leistung niemals schätzen.“), die andere ein formal operatorisches Denken („Ich hatte in der letzten Zeit Schwierigkeiten und werde meinem Chef erklären, warum.“). Für jede formal operatorische Antwort erhält die Probandin bzw. der Proband einen Punkt, so dass ein niedriger Gesamtwert ein hohes Ausmaß an präoperatorischem Denken widerspiegelt. Für den LFPD ist in mehreren Stichproben übereinstimmend eine hohe interne Konsistenz gefunden worden

(Cronbach's alpha zwischen 0.89 für die türkische Übersetzung und 0.90 für die deutsche Originalversion: Klein, Stahl et al., 2018; Kühnen et al., 2011; Sargin, Uca, Kose & Türkçapar, 2018).

Als Maß für zwischenmenschliches Verhalten setzten wir das *Impact Message Inventory* (IMI) ein (Caspar, Berger, Fingerle & Werner, 2016; Kiesler & Schmidt, 1993). Dieser Fragebogen wurde wegen seiner Vergleichbarkeit mit vorangegangenen Studien zum interpersonellen Verhalten von Patient_innen mit PDD eingesetzt (Bird, Tarsia & Schwanauer, 2018). Das IMI ist ein Fremdbeurteilungsverfahren zur Erhebung der interpersonellen Wirkung der Proband_innen auf ihre Mitmenschen. Dabei werden die unmittelbaren Reaktionstendenzen erfasst, die durch das Verhalten der Proband_innen bei ihren Mitmenschen ausgelöst werden. Die Entwicklung des IMI folgte der Annahme, dass auf diese Weise das interpersonelle Verhalten von Proband_innen valide beurteilt werden kann. Das IMI wurde den Proband_innen mitgegeben, verbunden mit der Bitte, dieses durch einen nahen Angehörigen ausfüllen zu lassen. Das IMI umfasst 64 Items, die sich auf acht Subskalen abbilden lassen. Die Auswertung begrenzten wir auf die drei Subskalen, für die in der Metaanalyse von Bird und Mitarbeitenden (2018) Unterschiede zwischen Patient_innen mit PDD und gesunden Kontrollen gefunden wurden (mit Beispielitems in Klammern): submissiv („er gibt lieber nach, als seinen eigenen Standpunkt zu vertreten“), feindselig-submissiv („er möchte sich hinter mir verstecken“) und feindselig („er macht mich häufig ärgerlich“). Ein höherer Wert beschreibt eine stärkere Ausprägung der jeweiligen Eigenschaft.

Weitere Maße, die bei allen Studienteilnehmer_innen eingesetzt wurden, waren das *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS-SR) zur Erhebung der gegenwärtigen Schwere der depressiven Symptomatik (Drieling, Schärer & Langosch, 2007; Rush, Gullion, Basco, Jarrett & Trivedi, 1996) und der *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) zur retrospektiven Erhebung der Schwere von widrigen Kindheitserfahrungen (Bernstein & Fink, 1998; Wingenfeld et al., 2010). Der CTQ umfasst 28 Items, welche verschiedene Formen von widrigen Kindheitserfahrungen erfassen, die vor dem 18. Lebensjahr stattgefunden haben (abgekürzte Beispielitems in Klammern): emotionaler Missbrauch oder Vernachlässigung („sagten Mitglieder meiner Familie verletzende (...) Dinge zu mir“ bzw. „hatte (...) das Gefühl, geliebt zu werden“ [invertiert kodiert]), sexueller Missbrauch („versuchte jemand, mich sexuell zu berühren (...)“), körperlicher

Tabelle 2. Vergleich der untersuchten Gruppen in Bezug auf soziodemographische Eigenschaften, klinische Daten, Angaben zu widrigen Kindheitserfahrungen, interpersonellen Eigenschaften und präoperatorischem Denken.

	Studie 1			Studie 2	
	Panikstörung (N = 20)	Depression (N = 20)	Kontrollen (N = 20)	Schmerzstrg. (N = 30)	Kontrollen (N = 32)
Soziodemographische Daten					
Alter, M (SD)	47.6 (15.46)	39.25 (9.28)	39.8 (14.58)	49.77 (9.01)	35.22 (14.96)
Geschlecht (w)	11 (55 %)	11 (55 %)	11 (55 %)	16 (53.3 %)	20 (62.5 %)
Vollzeit erwerbstätig	8 (40 %)	10 (50 %)	10 (50 %)	6 (20 %)	10 (31.1 %)
Klinische Daten					
IDS-SR, M (SD)	19.00 (8.19)	39.70 (9.85)	7.15 (4.13)	29.8 (11.21)	7.63 (4.47)
Depressive Störung	0	20 (100 %)	0	12 (41.1 %)	0
PDD	0	7 (35 %)	0	4 (13.4 %)	0
Angaben zu widrigen Kindheitserfahrungen					
CTQ Gesamt	53.53 (20.57)	56.06 (15.73)	40.35 (11.31)	53.55 (19.74)	36.06 (6.19)
Interpersonelle Eigenschaften					
IMI submissiv	2.14 (0.90)	2.45 (0.97)	2.09 (0.71)	2.11 (0.53)	2.05 (0.52)
IMI feindselig submissiv	2.13 (0.87)	2.55 (0.93)	1.71 (0.61)	1.82 (0.56)	1.65 (0.42)
IMI feindselig	1.74 (0.47)	1.65 (0.29)	1.31 (0.25)	1.67 (0.49)	1.34 (0.25)
Präoperatorisches Denken					
LFPD	17.95 (3.75)	13.47 (5.17)	19.25 (1.12)	19.24 (4.04)	20.55 (1.43)

Anmerkungen: Schmerzstrg. = Schmerzstörung; IDS-SR = Inventory of Depressive Symptomatology; PDD = Persistierende depressive Störung; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; IMI = Interpersonal Message Inventory; LFPD = Lübecker Fragebogen Präoperatorisches Denken; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; w: weiblich.

Missbrauch oder Vernachlässigung („schlugen mich Mitglieder meiner Familie (...)“ bzw. „waren meine Eltern zu betrunken (...), um sich um die Familie zu kümmern“). Wir berichten hier den Gesamtwert des CTQ. Dabei entspricht ein höherer Wert einer stärkeren Ausprägung an widrigen Kindheitserfahrungen.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Für die erste Studie wurden 26 Patient_innen mit einer Panikstörung untersucht, von denen mussten fünf wegen einer gegenwärtig vorliegenden depressiven Episode und ein weiterer wegen einer Vollremission der Panikstörung ausgeschlossen werden. Die hier berichtete Analyse beruht auf 20 Patient_innen mit einer Panikstörung (davon 10 mit einer Agoraphobie mit Panikstörung) zu denen jeweils 20 Patient_innen mit einer depressiven Störung und 20 gesunde Kontrollen aus einer bereits veröffentlichten Studie (Klein, Stahl et al., 2018) nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Berufstätigkeit zugeordnet wurden.

Für die zweite Studie wurden 81 Patient_innen mit chronischem Rückenschmerz angesprochen, welche nach Auskunft der behandelnden Therapeut_innen die Ein- und Ausschlusskriterien für die Untersuchung erfüllten. Es erklärten sich 30 Personen zur Studienteilnahme bereit. Für die Kontrollgruppe wurden 33 Proband_innen untersucht. Eine Person musste ausgeschlossen werden, weil sie die Kriterien für eine depressive Störung erfüllte. Die ausführliche Beschreibung der Stichprobencharakteristika sowie der Mittelwerte und Standardabweichungen aller untersuchten Variablen findet sich in Tabelle 2.

Präoperatorisches Denken

In der ersten Studie beobachteten wir, dass es zwischen den drei untersuchten Gruppen einen signifikanten Unterschied im LFPD-Gesamtwert gab (ANOVA: $F_{2,56} = 12.900$, $p < .001$). Im Bonferroni-korrigierten post-hoc Test unterschieden sich jedoch nur die Patient_innen mit einer depressiven Störung signifikant von den gesunden Kontrollen ($p < .001$, Cohen's $d = 1.59$). Die depressiven Patient_innen unterschieden sich ebenfalls signifikant von den Patient_innen mit einer Panikstörung ($p < .001$, Cohen's $d = 1.01$). In der zweiten Studie fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patient_innen mit chronischem Rückenschmerz und den gesunden Kontrollen ($t_{53} = -1,210$, $p = .232$).

Interpersonelle Eigenschaften

Bei den untersuchten IMI-Subskalen fanden wir in der ersten Studie lediglich einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Subskala „feindselig“ (Multivariate ANOVA: $F_{2,32} = 5.817$, $p = .008$). Im Bonferroni-korrigierten post-hoc Test unterschieden sich die Patient_innen mit einer Panikstörung signifikant von den gesunden Kontrollen ($p = .008$, Cohen's $d = 1.16$), der Unterschied zwischen Patient_innen mit einer depressiven Störung und gesunden Kontrollen verfehlte die statistische Signifikanz ($p = .118$, Cohen's $d = 1.35$). In der zweiten Studie fand sich ein signifikanter Unterschied ebenfalls nur in Bezug auf die Subskala „feindselig“ (Multivariate ANOVA: $F_{1,43} = 8.660$, $p = .005$), hier hatten die Patient_innen mit chronischem Rückenschmerz ebenfalls höhere Werte (Cohen's $d = 0.87$).

Widrige Kindheitserfahrungen

In Bezug auf den CTQ-Gesamtwert fanden wir in der ersten Studie einen signifikanten Unterschied zwischen den drei untersuchten Gruppen (ANOVA: $F_{2,52} = 5.284$, $p = .008$). Im Bonferroni-korrigierten post-hoc Test unterschieden sich sowohl die Patient_innen mit einer Panikstörung als auch die mit einer depressiven Störung signifikant von den gesunden Kontrollen ($p = .048$ bzw. $p = .012$). Patient_innen in beiden Gruppen hatten einen signifikant höheren CTQ-Gesamtwert (Cohen's $d = 0.82$ bzw. 1.12). In der zweiten Studie waren die Unterschiede ebenfalls signifikant ($t_{58} = 4.694$, $p < .001$) mit höheren CTQ-Werten in der Patient_innengruppe (Cohen's $d = 1.23$).

Mediationsanalyse

Im letzten Schritt fügten wir die Datensätze beider Studien zusammen und untersuchten exploratorisch, ob der LFPD-Gesamtwert einen Zusammenhang zwischen dem CTQ-Gesamtwert und der IMI Subskala „feindselig“ medierte. Eine mit dem PROCESS Macro (Hayes, 2013) durchgeführte Mediationsanalyse kam zu dem Ergebnis, dass es diesen Zusammenhang zwischen CTQ-Gesamtwert und IMI Subskala „feindselig“ gibt ($B = 0.0074$, $SE = 0.0028$, $p = .0099$) und dieser durch den LFPD-Gesamtwert ($B = 0.0033$, $SE = 0.0024$, $95\% \text{ KI} = 0.0002 - 0.0094$) mediert wird. Der Zusammenhang zwischen LFPD-Gesamtwert und der IMI Subskala „feindselig“ ist negativ ($B = -0.0431$, $SE = 0.0127$, $p = .0011$). Dieses Ergebnis spricht dafür, dass stärker ausgeprägte widrige Kindheitserfahrungen, vermittelt über ein stärker ausgeprägtes präoperatorisches Denken, zu einem feindseligen Interaktionsstil führen.

Diskussion

Zusammenfassung der Ergebnisse

In dieser Studie konnten wir zeigen, dass Menschen mit einer Panikstörung und Menschen mit chronischem Rückenschmerz im Vergleich zu gesunden Kontrollen keine signifikanten Unterschiede im präoperatorischen Denken haben, obwohl sie über ein vergleichbares Ausmaß an widrigen Kindheitserfahrungen berichten und von ihren Angehörigen als ähnlich feindselig erlebt werden wie Menschen mit depressiven Störungen.

Eine Mediationsanalyse in der Gesamtgruppe hat darüber hinaus ergeben, dass bei stärker ausgeprägten widrigen Kindheitserfahrungen stärkere feindselige Verhaltensweisen beobachtet werden und dass dieser Zusammenhang durch ein stärker ausgeprägtes präoperatorisches Denken mediiert wird. Diese Mediationsanalyse stützt das CBASP-Modell. Allerdings ist angesichts der bei den Patient_innen mit Panikstörung und mit Schmerzstörung erhobenen Befunde fraglich, ob dieses Modell auch bei Menschen zutrifft, die nicht an einer depressiven Störung leiden.

Vergleich mit früheren Studien

Wir haben unsere erste Hypothese bestätigt gefunden, dass Menschen mit einer Panikstörung im Vergleich zu Menschen mit einer depressiven Störung eine geringere Ausprägung des präoperatorischen Denkens aufweisen. Unsere zweite Hypothese, die besagte, dass Patient_innen mit chronischem Rückenschmerz im Vergleich zu gesunden Kontrollen vermehrtes präoperatorisches Denken aufweisen, wurde nicht bestätigt. Dieses Ergebnis ist überraschend angesichts der hohen Prävalenz klinischer Depression bei Menschen mit chronischem Schmerz (Kükenshoner et al., 2018).

Unsere Ergebnisse können so interpretiert werden, dass bei Menschen, die nicht an einer primären depressiven Störung leiden, andere Mechanismen als das präoperatorische Denken den Zusammenhang zwischen widrigen Kindheitserfahrungen und feindseligem Verhalten erklären. Beispielsweise könnten Menschen, die an chronischem Schmerz leiden, auch unabhängig von den widrigen Kindheitserfahrungen zu feindseligem Verhalten neigen. Es ist denkbar, dass sie angesichts der Schmerzen weniger belastbar sind und diese verminderte Belastbarkeit wird von der Umwelt als feindseliges Verhalten erlebt („Lass mich in Ruhe, Du siehst doch, dass ich gerade nicht kann.“). So fand eine aktuelle Studie mittels zeitnaher Erfassung im Alltag der Patient_innen (*ecological momentary assessments*) ein Wechselspiel von Schmerzverhalten der Patient_innen und feindseligem Verhalten des Ehepartners (Burns et al.,

2013). Ferner kommen mehrere Studien übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass chronische Schmerzen in einem Zusammenhang mit einem unterdrückten Ausdruck von Ärger und Feindseligkeit stehen (Burns et al., 2006; Kerns et al., 1994).

Auch unsere Ergebnisse in Bezug auf die Patient_innen mit einer Panikstörung sind in Übereinstimmung mit Vorbefunden. So wurden beispielsweise bei Patient_innen mit einer Panikstörung ebenfalls feindselige und feindselig-unterwürfige Verhaltensweisen beschrieben, insbesondere wenn die Patient_innen auch an einer Agoraphobie litten (Zilcha-Mano et al., 2015). Im Gegensatz zu unserer Studie waren diese feindseligen Verhaltensweisen bei den Panikstörungspatient_innen in der Studie von Zilcha-Mano und Mitarbeitenden (2015) jedoch geringer ausgeprägt als bei depressiven Patient_innen.

Stärken und Schwächen unserer Studie

Abgesehen von der gerade beschriebenen Studie von Zilcha-Mano und Mitarbeitenden (2015), gibt es in Bezug auf die soziale Kognition und das Interaktionsverhalten insgesamt wenig vergleichende Studien zwischen verschiedenen psychiatrischen Diagnosen. In den meisten Studien wird eine bestimmte Patient_innengruppe mit gesunden Kontrollen verglichen und der erhobene Befund wird dann als spezifisch für die untersuchte Störung dargestellt. Der Vergleich von mehreren Diagnosegruppen (Depression, Panikstörung und Schmerzstörung) ist daher eine Stärke unserer Studie.

Eine weitere herausragende Eigenschaft unserer Untersuchung ist, dass die Beschreibung der interpersonellen Probleme in unserer Studie nicht auf einer Selbstbeurteilung beruhte wie in vielen anderen Studien (Beispiele: Erkens et al., 2018; Zilcha-Mano et al., 2015) und dass die Fremdbeurteilung im Gegensatz zu bisherigen Studien (Bird et al., 2018) nicht durch Therapeut_innen, sondern durch nahe Angehörige durchgeführt wurde. Diese Art der Erhebung erlaubt eine bessere Einschätzung des interpersonellen Verhaltens im Alltag der Patient_innen. Gleichzeitig treten bei dieser Form der Erhebung häufiger fehlende Werte auf. Dies war auch bei unserer Erhebung der Fall. Außerdem wurde die Beurteilung der interpersonellen Eigenschaften durch die Angehörigen bislang nicht mit der Beurteilung durch Kliniker_innen verglichen.

Zu den Schwächen unserer Studie zählt die Tatsache, dass wir kleine Stichproben pro Gruppe untersucht haben. Diese kleinen Gruppengrößen haben es nicht erlaubt, bei den depressiven Patient_innen zwischen chronischer und episodischer Depression zu differenzieren. Darüber hinaus haben wir nicht mit allen Studienteilnehmer_innen ein vollständiges klinisches Interview durchgeführt. Daher

wurden die Patient_innen mit einer depressiven Störung und die Schmerzstörungspatient_innen nicht systematisch auf das Vorliegen einer Angststörung untersucht. Es ist denkbar, dass in diesen beiden Patient_innengruppen Patient_innen sind, die eine komorbide Panikstörung haben. In der Gruppe der Panikstörungspatient_innen wurden jedoch systematisch Patient_innen mit einer depressiven Störung ausgeschlossen.

Schlussfolgerung

Zahlreiche Studien belegen die Annahme, dass Menschen mit chronischer Depression in interaktionellen Situationen zu einem präoperatorischen Denkstil neigen. Es gibt auch erste Hinweise, dass dieser Denkstil mit widrigen Kindheitserfahrungen zusammenhängt. In der vorliegenden Studie haben wir gezeigt, dass dieser präoperatorische Denkstil den Zusammenhang zwischen widrigen Kindheitserfahrungen und feindseligem Interaktionsverhalten vermittelt. Dieser Befund ist in Übereinstimmung mit dem CBASP-Modell. Allerdings haben wir auch beobachtet, dass Patient_innen mit einer Panikstörung oder chronischem Rückenschmerz im Vergleich zu gesunden Kontrollen kein größeres Ausmaß an präoperatorischem Denken aufweisen. Dieser Befund spricht dafür, dass das für chronische Depression entwickelte CBASP-Modell nicht unmittelbar auf andere psychische Störungen übertragen werden kann.

Literatur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Assmann, N., Schramm, E., Kriston, L., Hautzinger, M., Härter, M., Schweiger, U. et al. (2018). Moderating effect of comorbid anxiety disorders on treatment outcome in a randomized controlled psychotherapy trial in early-onset persistently depressed outpatients. *Depression and Anxiety*, 35, 1001–1008.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bird, T., Tarsia, M. & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major and chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, 93–101.
- Brinkmann, E., Glanert, S., Hüppe, M., Moncada Garay, A. S., Tschepe, S., Schweiger, U. et al. (2019). Psychometric evaluation of a screening question for persistent depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 19: 119. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2100-0>
- Burns, J. W., Bruehl, S. & Quartana, P. J. (2006). Anger management style and hostility among patients with chronic pain: Effects on symptom-specific physiological reactivity during anger and sadness- recall interviews. *Psychosomatic Medicine*, 68, 786–793.
- Burns, J. W., Peterson, K. M., Smith, D. A., Keefe, F. J., Porter, L. S., Schuster, E. et al. (2013). Temporal associations between spouse criticism/hostility and pain among patients with chronic pain: A within-couple daily diary study. *Pain*, 154, 2715–2721.
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H. & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI. *PiD-Psychotherapie Im Dialog*, 17, e1–e10.
- DGPPN, KBÄ, VKB, AWMF, AkdA, BPTK et al. (2015). *S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung*. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000262>
- Drieling, T., Schäfer, L. O. & Langosch, J. M. (2007). The Inventory of Depressive Symptomatology: German translation and psychometric validation. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 230–236.
- Erkens, N., Schramm, E., Kriston, L., Hautzinger, M., Härter, M., Schweiger, U. et al. (2018). Association of comorbid personality disorders with clinical characteristics and outcome in a randomized controlled trial comparing two psychotherapies for early-onset persistent depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 229, 262–268.
- Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Weitz, E. S., Cipriani, A., Keller, M. B., Kocsis, J. H. et al. (2018). Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: Personalizing the treatment choice using individual participant data network meta-regression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 1–14.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York: Guilford Press.
- Jobst, A., Brakemeier, E.-L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P. et al. (2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 33, 18–36.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R. & Jacob, M. C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57–67.
- Kiesler, D. J. & Schmidt, J. A. (1993). *The Impact Message Inventory: Form IIA Octant Scale Version*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Klein, J. P., Backenstrass, M. & Schramm, E. (2018). *Therapie-Tools CBASP: Psychotherapie chronischer Depression*. Weinheim: Beltz.
- Klein, J. P., Becker, B., Hurlmann, R., Scheibe, C., Colla, M. & Heuser, I. (2014). Effect of specific psychotherapy for chronic depression on neural Responses to emotional faces. *Journal of Affective Disorders*, 166, 93–97.
- Klein, J. P. & Belz, M. (2014). *Psychotherapie Chronischer Depression. Praxisleitfaden CBASP*. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, J. P., Erkens, N., Schweiger, U., Kriston, L., Bausch, P., Zobel, I. et al. (2018). Does childhood maltreatment moderate the effect of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy in persistent depressive disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 46–48.
- Klein, J. P., Kensche, M., Becker-Hingst, N., Stahl, J., Späth, C., Mentler, T. et al. (2016). Development and psychometric evaluation of the Interactive Test of Interpersonal Behavior (ITIB): A pilot study examining interpersonal deficits in chronic depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 83–91.
- Klein, J. P., Stahl, J., Hüppe, M., McCullough, J. P., Schramm, E., Ortel, D. et al. (2018). Do interpersonal fears mediate the association between childhood maltreatment and interpersonal skills deficits? A matched cross-sectional analysis. *Psychotherapy Research*, 1–12.
- Klein, J. P., Willenborg, B. & Schweiger, U. (2014). Diagnostik affektiver Störungen im DSM-5: Neuerungen und Kontroversen. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 82, 655–664.
- Köhler, S., Chrysanthou, S., Guhn, A. & Sterzer, P. (2019). Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and Anxiety*, 36, 18–30.

- Kriston, L., von Wolff, A., Westphal, A., Hölzel, L. P. & Härter, M. (2014). Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: a network meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 31, 621 – 630.
- Kühnen, T., Knappke, F., Otto, T., Friedrich, S., Klein, J. P., Kahl, K. G. et al. (2011). Chronic depression: Development and evaluation of the luebeck questionnaire for recording preoperational thinking (LQPT). *BMC Psychiatry*, 11: 199. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-199>
- Kükenshörer, S., Böhme, K., Bosse, F., Casser, H., Kohmann, T., Lindena, G. et al. (2018). Assessment of initial differences between inpatient and outpatient patients receiving pain therapy in Germany: the KEDOQ-Pain quality assurance system. *Medical Research Archives*, 6, 1 – 11.
- McCullough, J. P. (2012). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen [Deutsche Übersetzung von Schweiger, U., Sipos, V., Demmert, A., Klein, J.P.]*. Heidelberg: Springer.
- McCullough, J. P., Schramm, E. & Penberthy, J. K. (2015). *CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent Depressive Disorder*. London, New York: Routledge.
- Murphy, J. A. & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139, 172 – 180.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C. et al. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990 – 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 2197 – 2223.
- Negt, P., Brakemeier, E.-L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S. & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6:e00486. <https://doi.org/10.1002/brb3.486>
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P. & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210, 96 – 104.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B. & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477 – 486.
- Sargin, A. E., Uca, O., Kose, S. & Türkçapar, H. (2018). Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking (Turkish LQPT). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28, 191 – 198.
- Satyanarayana, S., Enns, M. W., Cox, B. J. & Sareen, J. (2009). Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 389 – 398.
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M. et al. (2017). Effect of disorder-specific vs nonspecific psychotherapy for chronic depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 233 – 242.
- Stahl, J. (2018). *Evaluation eines interaktiven Testsystems zur Erfassung interpersonellen Verhaltens „Interactive Test of Interpersonal Behaviour“ ITIB (Dissertationsschrift)*. Lübeck: Universität zu Lübeck.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E. et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575 – 1586.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U. et al. (2010). [The German version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): preliminary psychometric properties]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 442 – 450.
- Zilcha-Mano, S., McCarthy, K. S., Dinger, U., Chambless, D. L., Milrod, B. L., Kunik, L. et al. (2015). Are there subtypes of panic disorder? An interpersonal perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 938 – 950.

Interessenkonflikte

JPK erhielt eine Finanzierung für klinische Studien (Bundesministerium für Gesundheit, Servier), Bezahlung für Vorträge zu Internetinterventionen (Servier) und Bezahlung für Workshops und Bücher (Beltz, Elsevier, Hogrefe, Springer) über Psychotherapie Chronischer Depression und Psychiatrische Notfälle.

Danksagungen

Die Autor_innen danken allen teilnehmenden Patient_innen und allen, die die Rekrutierung unterstützt haben.

Jan Philipp Klein

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Deutschland

philipp.klein@uksh.de