

**Krisenintervention bei Patienten
mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.**

Evaluation

der stationären, DBT-orientierten Krisenintervention
im Vergleich zu herkömmlichen Ansätzen



Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von
Karen Röhling
Kiel 2008

Erstgutachter: Prof. Dr. Roman Ferstl

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jens Möller

Tag der mündlichen Prüfung: 21.11.2008

Durch den zweiten Prodekan: Prof. Dr. Zaiser

zum Druck genehmigt am: 24.11.2008

DANKSAGUNG

Für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich ganz herzlich bedanken bei:
Herrn Prof. Dr. Roman Ferstl, Herrn Prof. Dr. Josef Bernd Aldenhoff, Frau Dr. med. Kirstin Bernhardt, Frau Dipl.-Psych. Christina Freytag, Frau Dipl.-Psych. Imke Deistler, Frau Dipl.-Psych. Sandra Göring, Frau Dipl.-Psych. cand. Marsha Sedarathi, den Kollegen und Kolleginnen der beteiligten Stationen der Kliniken für Psychiatrie in Kiel und im Westküstenklinikum Heide sowie bei den beteiligten Studienteilnehmern und Teilnehmerinnen.

Mein ganz besonderer Dank gilt der Geduld und Anteilnahme meiner Familie, insbesondere meinem Mann Patrick Jung.

Inhalt

Inhalt.....	1
1. Einleitung	4
2. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	5
2.1 Symptomatik	6
2.2 Psychopathologie.....	8
2.2.1 Störung der Emotionsregulation.....	9
2.2.2 Störung der Selbstwahrnehmung	10
2.2.3 Störungen auf der Verhaltensebene.....	11
2.2.4 Störungen der kognitiven Verarbeitung	11
2.3 Diagnostik	12
2.4 Epidemiologie	14
2.4.1 Prävalenz	14
2.4.2 Komorbide Störungen	14
2.4.1 Verlauf und Prognose.....	17
2.5 Ätiologie	21
2.5.1 Genetische Komponenten	21
2.5.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren	22
2.5.3 Neurobiologische Korrelate	23
2.5.4 Ätiologische Modellvorstellungen	25
3. Die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	28
3.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze.....	29
3.1.1 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	29
3.1.1.1 Die Dialektik	29
3.1.1.2 Die ambulante DBT	31
3.1.1.3 Die stationäre DBT.....	35
3.1.1.4 Zusammenfassung.....	40
3.1.2 Andere verhaltenstherapeutische Therapieansätze.....	41
3.2 Tiefenpsychologische Ansätze.....	42
3.3 Psychopharmakologische Behandlung.....	45
4. Studien zur Evaluation der Dialektisch-Behavioralen Therapie.....	47
4.1 Studien zur ambulanten, Standard-DBT	47
4.2 Fazit und Kritik	51
4.3 Studien zur Wirksamkeit der ambulanten DBT bei unterschiedlichen Patientengruppen.....	52
4.3.1 Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Substanzabhängigkeit	52
4.3.2 Studien zur Wirksamkeit der DBT bei Essstörungen.....	54
4.3.3 Studien zur Wirksamkeit bei posttraumatischer Belastungsstörung, Depression, ADHS und Suizidalität im Jugendalter.....	55
4.3.4 Studien zur DBT in einem ambulanten Netzwerk	57
4.3.5 Studien zu den Wirkkomponenten Validierung und Veränderung	57
4.3.6 Studien zu ambulanten Kurzformen der DBT.....	58

4.4 Studien zur stationären DBT	61
4.6 Zusammenfassung und Fazit	64
5. Krisenintervention.....	65
5.1 Krisen: Definitionen, Charakteristika, Phasen	66
5.2 Ziele und Behandlungsprinzipien der Krisenintervention	66
5.3 Suizidale Krisen, psychiatrische Notfälle und stationäre Krisenintervention	67
5.4 Krisen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	69
5.5 Krisenintervention für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ...	72
5.6 Das Kieler Modell zur stationären, DBT-orientierten Krisenintervention ...	73
5.6.1 Entwicklung des Kriseninterventionskonzeptes.....	74
5.6.2 Struktur und Inhalt	74
5.6.3 Hierarchie der Therapieziele	75
5.6.4 Die therapeutischen Angebote	76
5.6.5 Theoretische Einordnung	77
6. Experimenteller Teil.....	79
6.1 Ableitung der Fragestellungen	79
6.2 Planung der Studie.....	81
6.2.1 Methodische und ethische Probleme	81
6.2.2 Methodisches Vorgehen und Versuchsplan	83
6.2.3 Umgang mit konfundierenden Variablen	85
6.2.4 Inhaltliche und statistische Hypothesen	87
6.3 Operationalisierung der Variablen	89
6.3.1 Die unabhängigen Variablen	89
6.3.1.1 Die Untersuchungsgruppen	89
6.3.1.2 Der Messwiederholungsfaktor	90
6.3.2 Die abhängigen und konfundierenden Variablen.....	90
6.3.2.1 Borderlinetypische Verhaltens- und Erlebensweisen.....	91
6.3.2.2 Stressabhängige dissoziative Zustände	91
6.3.2.3 Stressabhängige pseudopsychotische Zustände	92
6.3.2.4 Situativ bedingte Angst	92
6.3.2.5 Depressivität.....	93
6.3.2.6 Das Ausmaß psychopathologischer Belastung	93
6.3.2.7 Suizidalität und selbstverletzende Verhaltensmuster	94
6.3.2.8 Eigene Fragebögen für Therapeuten und für Patienten.....	95
6.3.2.9 Psychotherapiemotivation	95
6.3.4 Die Stichprobe.....	96
6.3.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien	96
6.3.4.2 Diagnostik der klinisch relevanten Störungen.....	97
6.4 Überblick zu Variablen, Messinstrumenten und Messzeitpunkten.....	98
7. Durchführung der Untersuchung.....	100
7.1 Der Ablauf der Untersuchung	100
7.2 Abweichungen vom Untersuchungsplan.....	102
7.3 Statistische Auswertung	103

8. Ergebnisse	104
8. 1 Beschreibung der Gesamtstichprobe	104
8.1.1 Akut stationär aufgenommene Personen mit Verdacht auf Borderline- Persönlichkeitsstörung	104
8.1.2 Personen mit eindeutiger Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung	105
8.2 Die Untersuchungsgruppe: Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und mindestens 3-wöchiger Behandlung	106
8.2.1 Gründe für den Ausschluss aus der Studie	106
8.2.2 Soziodemographische Variablen	108
8.2.3 Ausprägung der Borderline-Symptomatik und komorbider Diagnosen	108
8.2.4 Die Befragung der Therapeuten zur Aufnahmesituation, Krisenauslösern, ambulanten Hilfen und Therapiezielen	109
8.2.5 Ergebnisse der Patientenbefragung	111
8.3 Ergebnisse der Untersuchungsgruppe	112
8.3.1 Borderlinetypische Verhaltens- und Erlebnisweisen	112
8.3.2 Stressabhängige dissoziative Zustände	115
8.3.3 Stressabhängige pseudopsychotische Zustände	116
8.3.4 Situativ bedingte Angst	116
8.3.5 Depressivität	117
8.3.5 Deskriptive Darstellung der verbleibenden Unterskalen des SCL-90-R.....	118
8.3.6 Psychopathologische Belastung: Gesamtwerte des SCL-90-R.....	119
8.3.7 Suizidalität und Parasuizidalität	120
8.3.8 Fremdeinschätzungen durch die behandelnden Therapeuten.....	123
8.3.8.1 Globales Allgemeines Funktionsniveau (GAF)	123
8.3.8.2 Veränderungen aus Sicht der Therapeuten.....	124
8.4 Zusammenfassung: Überprüfung der Hypothesen unter Berücksichtigung der Problematik des multiplen Testens	124
8.5 Kontrollierte Variablen: Psychotherapiemotivation, Psychopharmaka	126
8.6 Stabilität der Ergebnisse in der Katamnese.....	127
8.7 Vergleich der früh entlassenen Patienten („Dropouts“) mit den „Studienteilnehmern“	128
9. Beantwortung der Fragestellungen und Diskussion	130
9.1 Die Beantwortung der Fragestellungen.....	130
9.1.1 Beschreibung der akut stationär aufgenommenen Patienten mit Borderline- Persönlichkeitsstörung	130
9.1.2. Hypothesenprüfende Fragestellungen zur Evaluation der Wirksamkeit des stationären, DBT-orientierten Kriseninterventionskonzeptes	132
9.2 Diskussion	134
10. Zusammenfassung	139
11. Literatur	140
12. Anhang	153

1. Einleitung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist mit einer Prävalenz von etwa 1,5% in der deutschen Bevölkerung eine relativ häufige psychiatrische Erkrankung (Höschel & Bohus, 2005). In psychiatrischen Kliniken steigt der prozentuale Anteil auf ca. 15% an, weil diese Patienten unter einer komplexen, stark belastenden, psychischen Symptomatik leiden und wiederholt stationär behandelt werden. Neben häufigen Suizidversuchen, chronischen Suizidgedanken und selbstverletzenden Verhaltensweisen weisen viele Patienten massives selbstschädigendes Verhalten auf. Die komplexe Symptomatik umfasst Störungen auf der Verhaltensebene, der Emotionsregulation, der kognitiven Verarbeitung und der Selbstwahrnehmung. Hinzu treten bei fast allen Patienten weitere komorbide psychische Störungen, vor allem affektive und Angststörungen, Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Trotz der psychopathologischen Komplexität und Heterogenität haben die Patienten eine relativ gute Prognose, wenn sie eine störungsspezifische Psychotherapie finden und ein gewisses Lebensalter ohne erfolgten Suizid erreichen (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Silk, 2006). Ab dem 30. bis 40. Lebensjahr nimmt die Erkrankungshäufigkeit erheblich ab, wobei eine Suizidquote von bis zu 9% ein erhebliches Risiko für die Patienten darstellt (Rothenhäusler & Kapfhammer, 1999).

Wesentliche Ursachen zur Entwicklung der Borderline-Störung werden in einer erhöhten genetischen Disposition zur Affektlabilität und Dissoziationsneigung gesehen (Bohus & Schmahl, 2006). Bei den Patienten liegt eine emotionale Dysregulation und pathologische Stressreaktion vor, die zudem Folge von frühkindlichen Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Trennungen ist und durch eine entwertende, invalidierende Haltung gegenüber den emotionalen Reaktionen des Kindes in der Herkunftsfamilie mitverursacht wird. Frühkindliche, kognitive Störungen in Form einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit und ohne Hyperaktivität werden ebenfalls als ätiologisch wirksame Faktoren in multikausalen Modellen diskutiert (Linehan, 1996a; Bohus & Haaf, 2001; Herpertz, 1999).

Lange Zeit galten die Patienten als extrem schwierig zu behandeln (Dammann, Clarkin, Kächele, 2000); in ambulanten Therapien kam es zu häufigen Therapieabbrüchen und chronifizierten Verläufen. Im stationären Kontext bereiteten häufige, lange und ineffiziente Hospitalisierungen erhebliche Probleme und finanzielle Kosten, ohne dass den Patienten nachhaltig geholfen wurde (Jerschke, Meixern, Richter, Bohus, 1998). Mit der störungsspezifischen Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach M. M. Linehan (1996a, b) wurde Anfang der neunziger Jahre endlich eine effiziente, empirisch evaluierte Psychotherapiemethode für diese Patienten entwickelt, die sich entsprechend schnell verbreitet hat. Die Inhalte und verschiedenen Varianten der DBT werden im theoretischen Teil dieser Arbeit ebenso ausführlich dargestellt wie der Stand der empirischen Forschung zu ihrer Wirksamkeit und zu Modifikationen für verschiedene Zielgruppen.

Trotz der unbestrittenen Erfolge der DBT kommt es weiterhin zu stationären Kriseninterventionen bei diesen Patienten. So melden sich Personen, deren Erkrankung noch nicht eindeutig diagnostiziert ist, in psychiatrischen Institutsambulanzen mit massivem Leidensdruck und stationärer Behandlungsindikation. Notwendig sind stationäre Angebote außerdem angesichts der häufigen Krisen bereits behandelter Personen, insbesondere bei suizidalen Krisen und akuter Not durch Selbstverletzungen und Selbstschädigungen. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der ZIP gGmbH in Kiel wurde die Notwendigkeit eines spezifischen Angebotes für die Krisen von Borderline-Patienten erkannt und ein DBT-orientiertes Kriseninterventionskonzept entwickelt (Bernhardt, Friege, Gerok-Falke, Aldenhoff, 2005). Nach der klinischen Erprobungsphase stellt die vorliegende Studie einen nächsten Schritt auf dem Weg zur Entwicklung eines modifizierten Therapieprogramms dar. In einer quasiexperimentellen, klinischen Feldstudie wurde die DBT-orientierte Krisenintervention in der Klinik für Psychiatrie in Kiel mit dem herkömmlichen Vorgehen in der Klinik für Psychiatrie des Westküstenklinikums in Heide verglichen. Die vorliegende Arbeit stellt die Planung, Durchführung und Ergebnisse dieser ersten Studie vor. Bei einer relativ kleinen, selektierten Stichprobe finden sich erste Belege für eine Überlegenheit der DBT-orientierten Krisenintervention gegenüber der herkömmlichen psychiatrischen Versorgung, deren externe und interne Validität abschließend ebenso diskutiert wird wie die Notwendigkeit weiterer Studien.

2. Die Borderline-Persönlichkeitstörung

Bereits im Jahr 1681 beschrieb der englische Arzt Thomas Sydenham „Patientinnen und Patienten, die durch Launenhaftigkeit gekennzeichnet seien: Sie würden ohne jedes Maß jene lieben, die sie alsbald ohne jeden Grund hassen würden...“ (Eckert, Dulz, Makowski, 2000, S. 271). Diese frühe Beschreibung erinnert an Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Obwohl es sich um die am häufigsten vorkommende Persönlichkeitsstörung handelt, zu der zugleich die umfangreichsten Forschungsergebnisse vorliegen, wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung erst 1991 durch die Aufnahme in die ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, 2004) international als psychische Erkrankung anerkannt.

Eckert, Dulz, Makowski (2000) sehen in Hughes (1884, zitiert nach Eckert et al., 2000) den Begründer des Begriffs „borderland“, der in der umfangreichen, differenzierten Veröffentlichung von Stern zum Begriff „Borderline“ aus dem Jahr 1938 als Bezeichnung für einen Übergangsbereich von Neurose und Psychose wurde. Sterns Ausführungen prägen nach Eckert, Dulz und Makowski alle nachfolgenden Ausführungen zur Diagnostik und Therapie, auch wenn sich der ursprüngliche Bedeutungsbereich inzwischen weitgehend verändert hat.

Der Begriff „borderline, Grenzland“ hat nach Swildens (1991) drei verschiedene Bedeutungsebenen: „An erster Stelle handelt es sich um das Grenzgebiet psychotherapeutischen Handelns: dort, wo wir zögern, ob unser Handeln noch Psychotherapie genannt werden darf oder ob es vielleicht besser Begleitung, stützender Kontakt heißen sollte...Grenzland lässt sich weiter verstehen als das Gebiet, wo

Psychose und Neurose ineinander über zugehen scheinen...(Swildens, 1991, S. 188)“. Die dritte Bedeutung besteht darin, „die psychotherapeutische Tätigkeit auf der Grenze zwischen Klinik und ambulanter Versorgung“ zu sehen.“ Der „Borderline“-Klient „ist auch, was dies angeht, ein Grenzbewohner, ein Grenzgänger, der nun einmal in der Klinik, dann wieder in der Gesellschaft ... anzutreffen ist.“ (ebd., S.189)

Im Folgenden wird der aktuelle Stand zur Symptomatik, Psychopathologie, Diagnostik, Prävalenz, Komorbiditäten, Verlauf und Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit den wesentlichen Befunden und Modellen vorgestellt.

2.1 Symptomatik

Die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde lange Zeit als Verlegenheitsdiagnose für Patienten benutzt, auf die keine der klassischen psychiatrischen Diagnosen zuzutreffen schien (Eckert, Dulz, Makowski, 2000). Das änderte sich erst 1980 mit der Aufnahme der Diagnose in das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM) und der Entwicklung standardisierter bzw. halbstandardisierter Interviews zur Prüfung der Diagnose. Im DSM-III und der revidierten Fassung von 1987 wurden zunächst acht Kriterien definiert. Im DSM-IV (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996) trat dann ein neuntes Kriterium hinzu¹. Zur Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung müssen nach dem DSM-IV (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996), welches das aktuell gültige Diagnosesystem ist, **mindestens fünf von neun Symptomen** zutreffen. Im Folgenden werden die Kriterien mit Beispielen aus der klinischen Praxis in Anlehnung an Höschel und Bohus (2005) vorgestellt.

1. Kriterium: Anhaltendes, verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.

Bei der Vorstellung eines zeitlich begrenzten Alleinseins erfolgen intensive emotionale Reaktionen (Wut, Angst, Trauer) und negativ verzerrte Kognitionen im Sinne der Grundannahme, von wichtigen Bezugspersonen im Stich gelassen zu werden. So können die Patientinnen vorübergehende Trennungen durch Urlaub und Krankheit von Therapeuten oder das Ende der Begegnung nur schwer tolerieren. Sie gehen dysfunktionale Beziehungen ein, um selbst kurzes Alleinsein zu verhindern. Sehr hohe Handyrechnungen oder selbstschädigende Handlungen können die Folge sein.

2. Kriterium: Ein Muster instabiler, intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet ist.

Die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen erfolgt häufig schnell und leicht. Zu Beginn werden andere Menschen idealisiert, es wird teilweise schnell eine intensive Nähe hergestellt und Intimes preisgegeben. Dem folgen dann rasch eine Enttäuschung der idealisierten Erwartungen mit intensiver Wut und Ablehnung sowie Distanzierung. Dementsprechend berichten Borderline-Persönlichkeitsgestörte von häufigen Beziehungsabbrüchen, Therapieabbrüchen, von vielen Trennungen und von Beziehun-

¹ Zusätzliches neuntes Kriterium ist das pseudopsychotische Erleben bzw. Dissoziation unter Anspannung.

gen, in denen ein ständiges Auf und Ab von Enttäuschung - Distanzierung und Versöhnung - Nähe die Folge ist.

3. Kriterium: Identitätsstörung, d.h. eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für die eigene Identität.

Es kommt zu drastischen Veränderungen hinsichtlich der eigenen Ziele, Berufswünsche, religiöser Vorstellungen, Wertvorstellungen, Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Subgruppen und sexuellen Orientierung. Borderline-Persönlichkeitsgestörte haben oftmals keine konstante Vorstellung von den eigenen Vorlieben, Stärken und Schwächen. Ihre Biographie weist häufig Ausbildungsabbrüche und Wechsel von Wohnorten auf.

4. Kriterium: Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (mit Ausnahme von Selbstverletzungen und Suizidalität, da diese ein eigenes Kriterium darstellen).

Beispielsweise neigen die Betroffenen zu impulsiven Geldausgaben, welche oftmals zu Schulden führen, zum Missbrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten. Sie handeln impulsiv selbstschädigend im Bereich der Sexualität beispielsweise durch ungeschützten Sexualverkehr oder durch sexuell erniedrigende Kontakte. Häufig sind Glücksspiele, impulsive Essanfälle, rücksichtsloses Fahren im Straßenverkehr, impulsive kriminelle Handlungen wie Stehlen oder Körperverletzung.

5. Kriterium: Wiederholte suizidale Handlungen, Andeutungen oder Drohungen und / oder selbstverletzendes Verhalten.

Zumeist bestehen mehrere Suizidversuche und wiederholte suizidale Kommunikation mit anderen Menschen. Selbstverletzende Handlungen bestehen in Form von Schneiden, Brennen, Körperteile gegen harte Gegenstände schlagen, Verätzen, von großen Höhen Springen. Dabei besteht meist keine oder eine ambivalente suizidale Absicht.

6. Kriterium: Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung.

Beispielsweise bestehen hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern. Die Stimmungen werden als sehr intensiv und unkontrollierbar wechselnd erlebt, sie können teilweise mehrfach am Tag wechseln. Seltener sind ausgeprägte Zustände des Wohlbefindens.

7. Kriterium: Chronisches Gefühl der Leere.

Borderline-Gestörte berichten oft, dass sie sich innerlich wie hohl, leer, seelenlos fühlen, wenn sie allein sind oder durch äußere Faktoren nicht von der Selbstwahrnehmung abgelenkt werden.

8. Kriterium: Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren.

Häufig werden Wutausbrüche auch bei Kleinigkeiten wie Warten oder Unpünktlichkeit oder Versäumnisse anderer geschildert. Es kommt zu einer andauernden Wut und ständigen Beschäftigung mit der Kontrolle von Wut. Wiederholte körperliche Auseinandersetzungen, verbale Entgleisungen und Gewalt sind bei intensivem Stresserleben zu beobachten. Nach den Wutausbrüchen wird oft intensive Scham und Schuld erlebt.

9. Kriterium: Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen und / oder schwere dissoziative Symptome.

In intensiven Anspannungszuständen kann es zu pseudopsychotischem Erleben kommen, das allerdings vollständig reversibel ist. So werden teilweise akustische, visuelle und manchmal auch olfaktorische Halluzinationen oder kommentierendes oder imperatives Stimmenhören berichtet. Diese Phänomene sind im Gegensatz zu „echten“ Psychosen ich-synton erklärbar; beispielsweise ähnelt die Stimme einer realen Person. Möglich sind auch schwere dissoziative Phänomene, welche von der Derealisation, zur Depersonalisation, zu Konversionssymptomen bis hin zur dissoziativen Amnesie, zur dissoziativen Fugue und zur dissoziativen Identitätsstörung reichen können. Leichtere dissoziative Phänomene werden von den Betroffenen ebenfalls beschrieben.

Die Darstellung der Diagnosekriterien zeigt die Komplexität und Heterogenität der Störung; so lassen sich aus den neun Kriterien, von denen fünf zutreffen müssen, insgesamt rechnerisch 151 verschiedene Kombinationsmöglichkeiten bilden. Hinzu kommt, dass die meisten Borderline-Persönlichkeitsgestörten weitere komorbide Störungen aufweisen, die in Kapitel 2.4.2 ausführlicher dargestellt werden. Zusätzlich sind somatische Erkrankungen häufig die Folge der komplexen psychischen Problematik. Schmerzsyndrome und orthopädische Erkrankungen als Langzeitfolge der gestörten Emotions- und Stressregulation sind klinisch häufig zu beobachten.

Die ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, 2004), ein zweites international anerkanntes Diagnosesystem für somatische und psychische Erkrankungen, beschreibt die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, bei der zwischen dem impulsivem und dem Borderline-Typus unterschieden wird, wie folgt:

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit voranzuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosivem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden.“ [Beim Borderline Typus sind zusätzlich] „oft das eigene Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen). (ICD-10, Dilling et al. 2004, S. 229f.)

2.2 Psychopathologie

Psychopathologisch lassen sich die neun Kriterien, die nach DSM-IV (Sass et al., 1996) die Borderline-Persönlichkeitsstörung ausmachen, in vier Themen gruppieren (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus, 2004): affektive Störungen (Kriterium 6, 7, 8), kognitive Störungen (Kriterium 3, 9), verhaltensorientierte Störungen bzw. Formen der Impulsivität (Kriterium 4, 5) und interpersonelle Störungen (Kriterium 1, 2). Dieser Einteilung, die bereits bei Linehan (1996a) in Anlehnung an das DIB-R von

Gunderson und Zanarini (1992) vorgenommen wurde, folgt die Darstellung der Psychopathologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

2.2.1 Störung der Emotionsregulation

Nach Höschel und Bohus (2005) sehen inzwischen die meisten wissenschaftlich orientierten Arbeitsgruppen die Störungen der Affektregulation im Zentrum der Borderline-Störung, die bereits von Linehan (1996a) als Leitsymptomatik beschrieben wurde.

Die Reizschwelle für interne oder externe Ereignisse, die Emotionen hervorrufen, ist niedrig, das Erregungsniveau hoch. Nur verzögert erreicht der Patient wieder das emotionale Ausgangsniveau. Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahrgenommen, sondern häufig als äußerst quälende, diffuse Spannungszustände erlebt. Es kommt zu Körperwahrnehmungsstörungen wie Hypoalgesie (Schmerzunempfindlichkeit); diese und somatoforme dissoziative Phänomene (Veränderung der Optik, des Geruchs und der Akustik sowie der Kinästhesie) werden als Spannung und Erregung empfunden. (Höschel & Bohus, 2005, S. 20)

Empirische Belege zur Affektdysregulation bei Borderline-Persönlichkeitsstörung werden von Herpertz (2006) zusammengefasst und bewertet. In einer der ersten Studien konnte Herpertz mit ihren Mitarbeitenden feststellen, dass Borderline-Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen intensivere negative Affekte angaben, wenn sie durch das Vorlesen einer emotional belastenden Kurzgeschichte („Die Eisbären“ von Marie-Luise Kaschnitz) mit Themen wie Trennung und Verlassenwerden konfrontiert wurden (Herpertz, Gretzer, Steinmeyer, Mühlbauer, Schürkens, Saß, 1997). Dabei traten stärkere Gefühle der Angst gegenüber Affekten der Verzweiflung, der Wut oder auch der Einsamkeit auf. In einem weiteren Frustrationsexperiment, das bei gesunden Probanden spezifische Gefühle des Ärgers und der Enttäuschung provozierte, zeigten Borderline-Patienten neben einer herabgesetzten Affektschwelle qualitativ wenig differenzierte Affektantworten (Herpertz, Mühlbauer, Gretzer, Steinmeyer, Saß, 1998).

Tägliche Anspannungsprofile von Patientinnen mit Borderline-Störung im Vergleich zu gesunden weiblichen Kontrollpersonen untersuchten Stiglmayer, Shapiro, Stieglitz, Limberger, Bohus (2001). Sie fanden eine signifikant stärkere aversive Anspannung hinsichtlich des prozentualen Anteils und eine stärkere Intensität bei Borderline-Patienten im Vergleich zu Gesunden. Dissoziative Zustände dauerten länger an und waren stärker ausgeprägt. Es bestand ein signifikanter korrelativer Zusammenhang zwischen der aversiven Anspannung und der Ausprägung von dissoziativen Phänomenen, d.h. mit zunehmender Anspannung stieg die Wahrscheinlichkeit für dissoziative Zustände.

Die affektive Hyperreagibilität auf Umweltereignisse führt dazu, dass die Patienten unterschiedliche Gefühlsqualitäten der Angst, der Wut oder der Verzweiflung oft nicht voneinander unterscheiden können, sondern sie neigen zu einer undifferenzierten dysphorischen Verstimmung, die in quälenden, aversiven Spannungszuständen kumuliert (Herpertz, 2006). Die Affekte werden als bedrohlich, unberechenbar und schwer kontrollierbar wahrgenommen. Daher versuchen die Patienten, ihre Emotionen

zurückzuhalten bzw. zu unterdrücken. Sie werden zu sogenannten Emotionsphobikern. Es kommt zu unberechenbaren Wechseln zwischen angespanntem Zurückhalten von Affekten und plötzlichen Affekt- und Impulsdurchbrüchen. Mit diesem Modell erklärt Herpertz (2006) den Zusammenhang zwischen der emotionalen Hyperreagibilität, die in intensive negative Affekte und zunehmende Spannungszustände mündet, und den selbstschädigenden Impulshandlungen, welche durch bereitliegende Handlungsroutrinen eingesetzt werden, um negative Gefühle zu verringern, so dass es kurzfristig zur Entspannung und Stimmungshebung, aber langfristig zu negativen Konsequenzen und erneuten Stressoren kommt. Langfristig negative Folgen der Selbstschädigungen durch Selbstverletzungen, bulimische Episoden oder Intoxikationen können Scham, Schuld und Versagensgefühle sein.

2.2.2 Störung der Selbstwahrnehmung

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden unter verschiedenen Störungen der Selbstwahrnehmung: unter dissoziativen Phänomenen, unter Störungen der Körperakzeptanz und unter Störungen der Schmerzwahrnehmung.

Dissoziative Phänomene

Verschiedene Studien zeigen, dass ca. 65% der Borderline-Patienten unter einer schwerwiegenden dissoziativen Symptomatik leiden (Bohus & Schmahl, 2006). Diese schwer dissoziierenden Patienten zeigen stärkeres parasuizidales Verhalten, häufigere stationäre Aufenthalte und sind sozial weniger integriert (Zanarini, Williams, Lewis, Reich, 1997). Stiglmayr et al. (2001) konnten zeigen, dass eine hochsignifikante Korrelation zwischen dem Ausmaß der aversiven Anspannung und der Dissoziationsneigung von Borderline-Patientinnen besteht. Dabei ist die Dissoziationsneigung genetisch bedingt (Bohus & Schmahl, 2006). Dissoziation wird bei traumatisierenden Erfahrungen im Sinne eines „Tottellreflexes“ angesichts überwältigender, lebensbedrohlicher Erlebnisse eingesetzt („Protektionshypothese“ von Fiedler, 2001, S. 66-67) und dann im weiteren Verlauf einer sich entwickelnden posttraumatischen Belastungsreaktion auf weitere stressauslösende Stimuli generalisiert. Dissoziation ist insofern ein intrapsychischer Schutzmechanismus, der jedoch die Habituation und Verarbeitung der Traumatisierung erheblich erschwert. Die klinische Erfahrung zeigt, dass unter hoher Anspannung und unter starker Dissoziation neue Lernerfahrungen erheblich erschwert sind. Stattdessen werden früh gelernte dysfunktionale Schemata aktiviert, welche dann zu Realitätsverzerrungen und dysfunktionalen Problemlösungsstrategien führen (Bohus & Schmahl, 2006). Letztere klinische Beobachtung ist bisher nicht experimentell nachgewiesen worden.

Störungen der Körperakzeptanz und der Schmerzwahrnehmung

Die klinische Erfahrung zeigt, dass sehr viele Borderline-Patienten ihren Körper intensiv ablehnen und diesen nur mit massivem Ekel und Scham betrachten können. Dieses ist nach Bohus und Schmahl (2006) bei mehr als der Hälfte von 400 befragten Borderline-Patientinnen der Fall, wobei das negative Körperkonzept nicht vorrangig vom Vorhandensein sexueller Gewalterfahrungen, sondern vom Vorhandensein eines negativen Selbstkonzeptes abhing. Beides tritt allerdings oft gemeinsam auf. Weiter

berichten ca. 70% der Borderline-Patientinnen, die sich selbst verletzen, von dem Phänomen, dass sie keine Schmerzen während der selbstverletzenden Handlung wahrnehmen. Dieses Phänomen wird als stressabhängige Analgesie bezeichnet. Ein erster experimenteller Nachweis mittels des Cold Pressor Tests gelang bereits 1992 an einer kleinen Stichprobe (Russ, Roth, Lerman, Kakuma, Harrison, Shindlededer, Hull, Mattis, 1992). Inzwischen gilt als eindeutig nachgewiesen, dass die Schmerzwahrnehmung bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowohl unter normalen Umständen als auch unter starker Anspannung und Dissoziation deutlich geringer ist als bei gesunden Kontrollpersonen (Klossika, 2006). Wie es dazu kommt, dass die Schmerzwahrnehmung verändert ist, wird derzeit intensiv von verschiedenen Arbeitsgruppen untersucht.

2.2.3 Störungen auf der Verhaltensebene

Nach Höschel und Bohus (2005) kommt es bei ca. 80% der Borderline-Patienten zu selbstschädigendem Verhalten in Form von Selbstverletzungen und aggressiven Impulsdurchbrüchen. Bei den selbstverletzenden Verhaltensweisen sei Schneiden häufiger als Schlagen der eigenen Extremitäten gegen Gegenstände. Selbstzugefügte Verbrennungen und Verätzungen kommen ebenfalls vor. Ca. 40% der Patienten beginnen schon im Grundschulalter mit Selbstverletzungen. Höschel und Bohus (2005) vermuten zwei Gruppen von Selbstverletzern: diejenigen, die mittels selbstschädigendem Verhalten aversive Spannung reduzieren, im Gegensatz zu denjenigen, die nach Selbstschädigung eine Euphorisierung erleben, sehr häufig schneiden und weitere Hochrisikoverhaltensweisen durchführen wie Balancieren auf großen Höhen oder Risikoverhalten im Straßenverkehr. Es lassen sich also die „Anspannungs-“ von den sogenannten „Kick-Schneidern“, die eher dysthym und anorektisch seien, unterscheiden. Für die Therapieplanung ist die Unterscheidung der unterschiedlichen Funktionen von Selbstverletzungen relevant; empirische Belege für die Existenz zweier Gruppen fehlen bislang.

Ein ausführliches Modell zur Erklärung des typischen Ablaufes von Spannungsaufbau und Entspannung in der Genese von selbstschädigendem Verhalten liefert Herpertz (1999). Auslöser ist dabei die Gefährdung vitaler Bedürfnisse nach Bindung oder Autonomie, wodurch ein intensiver Grundaffekt von Furcht, Kummer oder Zorn und kognitive Verzerrungen, insbesondere dichotomes Denken und Generalisierung hervorgerufen werden. Dieses mündet in einen heftigen dysphorischen Affekt. Es kommt zu einem zunehmenden Spannungszustand und die bereitliegenden Verhaltensmuster für selbstschädigendes Verhalten wie Selbstverletzung und Ess-/ Brechattacken werden aktiviert. Die impulsiv ausgeführte selbstschädigende Handlung führt kurzfristig zu Entspannung und Stimmungshebung, langfristig zu Gefühlen von Schuld, Scham und Versagen.

2.2.4 Störungen der kognitiven Verarbeitung

Linehan postulierte eine Störung der Aufmerksamkeit und kognitiven Verarbeitung bei Borderline-Patienten unter hoher Anspannung.

Je größer die Erregung und je intensiver das Gefühl, desto stärker wird die Aufmerksamkeit eingengt....Bei großer emotionaler Erregung findet eine selektive Aufmerksamkeitsausrichtung bezüglich der Umwelt (und des Therapeutenverhaltens) statt, so dass mit der aktuellen Emotion übereinstimmende Handlungen und Ereignisse eher wahrgenommen werden als andere Aspekte. (Linehan 1996a, S. 34)

Erste empirische Befunde zu diesen klinischen Beobachtungen zeigen nach Herpertz (2006), dass das Erkennen und Bewerten von Emotionen bei Borderline-Patienten dysfunktional ist. In einer Arbeit von Korfine und Hooley (2000) wurde gezeigt, dass Borderline-Patienten Schwierigkeiten haben, verbale emotionale Reize aus dem Arbeitsgedächtnis zu entfernen. Arntz, Appels, Sieswerda (2000) konnten einen Aufmerksamkeitsbias für negative emotionale Reize in einem Stroop-Paradigma zeigen, der über Borderline-spezifische Worte auch auf negative Reize im Allgemeinen zutraf. Insgesamt ist die empirische Befundlage zu kognitiven Verzerrungen bei starker Anspannung noch sehr spärlich. Nach Hesslinger, Philipsen, Richter, Ebert (2004) erfüllen Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gehäuft auch die Kriterien der ADHS als Erwachsene. Hesslinger entwickelte ein Manual zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen, das unter anderem Elemente der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan (1996a, b) verwendet. Erste empirische Ergebnisse evaluieren die Effektivität des Programms (Hesslinger, Tebartz van Elst, Nyberg, Dykieriek, Richter, Berner, Ebert, 2002) zusätzlich zur medikamentösen Therapie. Ferner führen komorbide Depressionen nachweislich zu verminderten Konzentrationsleistungen und komorbide posttraumatische Belastungsstörungen gehen ebenfalls mit einer selektiven Aufmerksamkeit für traumarelevante und bedrohliche Stimuli einher, so dass eine Berücksichtigung der Komorbiditäten bei zukünftigen Experimenten notwendig wäre.

Zu den kognitiven Störungen lassen sich auch die pseudopsychotischen Erlebnisweisen unter Stress und aversiver Anspannung zählen. Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben im Gegensatz zu Schizophrenen völlig reversible und ich-syntone pseudopsychotische Phänomene wie Halluzinationen, Beziehungsideen und paranoide Vorstellungen. Psychosespezifische Denkstörungen fehlen aus klinischer Sicht.

2.3 Diagnostik

Instrumente zur Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden nur kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit vorgestellt; einen umfassenden Überblick geben beispielsweise Clarkin und Dammann (2000) sowie Bohus und Schmahl (2006). Grundsätzlich werden Selbstbeurteilungsverfahren, Checklisten und Interviews zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen unterschieden, wobei einige Verfahren vorrangig die Frage der Diagnosestellung, andere hauptsächlich die Beurteilung des Schweregrades erlauben.

Über lange Zeit war das klinisch häufig verwendete Standardinstrument das Diagnostische Interview für Borderline-Störungen – revidierte Fassung (DIB-R) nach Gunderson und Zanarini (1992). Das halbstandardisierte Interview orientiert sich an der Klassifikation des ICD-10 und versucht die Komp-

lexität der Störung auf vier Komponenten zu zentrieren: Impulsivität, affektive Störungen, kognitive Störungen und zwischenmenschliche Beziehungen. Das DIB-R verliert jedoch inzwischen zunehmend an Bedeutung (Clarkin & Dammann, 2000; Bohus & Schmahl, 2006; Höschel & Bohus, 2005). „Generell kann gegenwärtig das IPDE als das elaborierteste Instrumentarium für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen angesehen werden.“ (Bohus & Schmahl, 2006, S. 103). Das IPDE (International Personality Disorder Examination; Loranger, 1999), welches die DSM-IV und ICD-10 Kriterien integriert, ist auch von der WHO als das offizielle Instrument zur Persönlichkeitstörungsdiagnostik anerkannt worden. „Die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität ist gut und deutlich höher als für unstrukturierte Interviews (z.B. $k = 0,68$ bis $0,96$ für Interrater-Reliabilität).“ (Bohus & Schmahl, 2006, S. 103) Das SKID-II (Structured Interview for DSM-IV Personality; deutschsprachig Wittchen, Zaudig, Fydrich, 1997) wird ebenfalls sehr häufig eingesetzt. Es basiert auf den DSM-IV-Kriterien, beginnt zunächst mit einem Screening-Fragebogen, den die Patienten selbst ausfüllen, um auf der Basis dieser Antworten nach einem Cut-off-Verfahren ein halbstandardisiertes klinisches Interview anzuschließen, bei dem die Patienten eigene Beispiele zu den Kriterien anführen müssen (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997). Dieses Verfahren ist deutlich zeitsparender als das IPDE. Ein schnelles Screening-Verfahren bietet das McLean Screening Instrument der Borderline Personality Disorder (MSI-BPD; Zanarini, Vujanovic, Parachini, Boulanger, Frankenburg, Hennen, 2003), das sich als ausreichend sensitiv für eine schnelle klinische kategoriale Diagnostik erwies.

Zur Schweregradbestimmung veröffentlichte Zanarini die Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-SCALE, Zanarini, 2003), bei der es sich um ein DSM-basiertes Fremdrating-Verfahren handelt. Die Validität, interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität fielen gut bis sehr gut aus, während die Verlaufsmessungen auf eine hohe klinische Relevanz und Änderungssensitivität hinwiesen (Zanarini, 2003). Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch, de Bie (2003) veröffentlichten die Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI), ein halbstrukturiertes Interview mit hoher Reliabilität und interner Konsistenz sowie guter Validität, welches in zwei Studien getestet wurde (Arntz et al., 2003). Es soll sowohl zur Diagnostik als auch zur Verlaufsmessung gut geeignet sein. Bohus und seine Arbeitsgruppe entwickelten die Borderline-Symptom-Liste (BSL; Bohus, Limberger, Frank, Sender, Gratwohl, Stieglitz, 2001) als erstes deutschsprachiges Instrument zur Verlaufsmessung. Es umfasst 90 Items im Selbstbeurteilungsverfahren, welches laut der bisherigen Analysen sehr gute psychometrische Kennwerte und eine hohe Veränderungssensitivität aufweist (Bohus et al., 2001). Mittlerweile existiert eine 17-Item Kurzfassung.

Als Leitlinie für die Diagnostik und Therapieplanung im klinischen Alltag empfehlen Bohus und Schmahl (2006):

- Leitsymptom ist die schnell einschließende aversive Anspannung und emotionale Instabilität
- Operationalisierte Diagnostik per IPDE oder SKID-II
- Schweregradbeurteilung mittels BSL oder ZAN-SCALE
- Erfassung der Komorbidität mittels SKID-I

Die dissoziative Symptomatik kann mittels FDS (Fragebogen zu dissoziativen Symptomen, Freyberger, Spitzer, Stieglitz, 1999), SKID-D (Gast, Oswald, Hofmann, 2000) oder DSS-akut (Fragebogen zur Erfassung der akuten dissoziativen Symptomatik; Stiglmayr, Braakmann, Haaf, Stieglitz, Bohus, 2003) erfasst werden. Eine Verlaufsmessung sollte während einer Therapie ebenfalls erfolgen, da die Symptomatik erheblichen Schwankungen unterliegen kann.

2.4 Epidemiologie

2.4.1 Prävalenz

Borderline-Persönlichkeitsstörungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (Kapfhammer, 1999) und zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen (Herpertz, 1999). Dennoch ist eine präzise Schätzung der Prävalenz schwierig, da die Studien unterschiedliche diagnostische Kriterien und verschiedene Untersuchungsbedingungen zugrunde legen. Nach Widiger und Frances (1991) liegt die Prävalenz der Borderline-Störung zwischen 0,2% und 1,8% der Bevölkerung in den USA. Höschel und Bohus (2005) schätzen, dass etwa 1,5% der deutschen Bevölkerung an einer voll ausgeprägten Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Damit sind Borderline-Persönlichkeitsstörungen mindestens doppelt, möglicherweise sogar fast zehnmal so häufig wie die schizophrenen Psychosen (Eckert, Dulz, Makowski, 2000). Frauen sind eindeutig in der Überzahl mit einem Anteil von etwa 70%, auch wenn Höschel und Bohus (2005) vermuten, dass männliche Borderline-Erkrankte seltener psychotherapeutische Hilfe suchen, sondern im forensischen Bereich auffällig werden.

Borderline-Patienten stehen meist unter einem erheblichen Leidensdruck und suchen in etwa 80% der Fälle psychotherapeutisch-psychiatrische Hilfe auf (Höschel & Bohus, 2005). Bis zu 10% der ambulanten psychotherapeutisch-psychiatrischen Patienten seien Borderliner (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus, 2004). Unter stationären Bedingungen steigt dieser Anteil auf ca. 15% (Höschel & Bohus, 2005). Dulz, Gümmer, Hoffmann, Sachsse (1998) fanden in einer Umfrage, dass in 30% aller deutschen psychiatrischen Kliniken mindestens 15% der Patienten eine diagnostizierte Borderline-Störung aufweisen. In jeder 10. Klinik waren mehr als 25% der Patienten an einer Borderline-Störung erkrankt. Jerschke, Meixner, Richter, Bohus (1998) stellten fest, dass etwa 80% der Betroffenen in der BRD durchschnittlich 65 Tage pro Jahr jährlich stationär behandelt werden. Dabei ist insbesondere in Deutschland die ambulante störungsspezifische Versorgung nur unzureichend gewährleistet, so dass die starke Nutzung der kostenintensiven stationären Behandlungsangebote folgerichtig erscheint (Bohus & Haaf, 2001). Leider kommt es bei unspezifischen stationären Behandlungen oftmals zu langwierigen, ineffektiven Behandlungen der Patienten.

2.4.2 Komorbide Störungen

Die klinische Erfahrung zeigt, dass ein sehr hoher Prozentsatz der Borderline-Patienten multimorbid psychisch erkrankt ist, so dass zumeist weitere psychische Störungen der Achse-I, aber auch weitere

Persönlichkeitsstörungen auf der Achse-II zu diagnostizieren sind. Im Jahr 2006 lagen 15 Studien vor, die zusätzliche Achse-I- und Achse-II Störungen bei Borderline-Patienten mittels operationalisierter Messinstrumente erfassten (Bohus & Schmahl, 2006). Alle Studien bestätigen die klinische Erfahrung, dass Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regel unter vielen weiteren psychischen Störungen leiden.² Einige Studien widmen sich der Verteilung der verschiedenen Störungen bei Borderline-Patienten, andere untersuchen speziell die Befunde für einzelne Störungskombinationen, wie zum Beispiel zur Posttraumatischen Belastungsstörung, zu Störungen des Substanzgebrauchs und zur Aufmerksamkeits-Defizit-Störung. Im Folgenden wird eine Auswahl der empirischen Befunde vorgestellt.

Eine der sorgfältigsten Studien zur allgemeinen Verteilung komorbider Störungen stammt von Zanarini, Frances, Frankenburg, Dubo, Sichel, Trikha, Levin, Reynolds (1998). Sie untersuchten 504 stationäre Patienten mit Persönlichkeitsstörung, von denen 379 Patienten als borderlinepersönlichkeitsgestört nach DIB-R und DSM-III-R diagnostiziert und mit den anderen persönlichkeitsgestörten Patienten verglichen wurden. 96% der Borderline-Patienten hatten mindestens einmal in ihrem Leben eine affektive Erkrankung. Angsterkrankungen traten bei 88,4% der Borderline-Patienten auf, 64% litten an Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (52,2% an Alkoholabhängigkeit, 46,2% an Drogenabhängigkeit). Eine Form der Essstörung wiesen 53,0% der Borderline-Patienten auf. Verglichen mit den Patienten anderer Persönlichkeitsstörungen waren die komorbiden Achse-I-Diagnosen insgesamt signifikant häufiger bei den Borderline-Patienten festzustellen. Lediglich die Substanzabhängigkeit trat bei beiden Gruppen etwa gleich häufig auf. Die Posttraumatische Belastungsreaktion war eine sehr häufige, aber keine generelle komorbide Diagnose. 60,8% der weiblichen und 34,9% der männlichen Borderliner litten unter einer posttraumatischen Belastungsstörung. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden hinsichtlich der Art der Impulsivität gefunden: Frauen neigten signifikant häufiger zu Essstörungen, Männer signifikant stärker zur Substanzmissbrauch und -abhängigkeit.

Zimmermann und Mattia (1999) untersuchten 409 ambulante Patienten, wovon 59 die DSM-IV Kriterien einer BPS erfüllten. 58 der 59 Patienten, also 99% der Borderline-Patienten, litten unter mindestens einer weiteren Achse-I-Störung, 70% litten an drei oder mehr Achse-I-Störungen. 61% erfüllten die Kriterien einer Major Depression, 30% litten unter Angststörungen, 13% unter Alkohol- oder Drogenmissbrauch.

Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus (2004) werteten verschiedene kontrollierte Studien zur Komorbidität im Rückblick aus. Sie fassen ihre Ergebnisse wie folgt zusammen: 41% bis 83% der Borderline-Patienten berichteten mindestens eine Major Depression in ihrem Leben. 12% bis 39% der Patienten berichteten von mindestens einer Phase mit Dysthymia. 10% bis 20% berichteten von einer bipolaren Störung, 64% bis 66% von Substanzmissbrauch, 46% bis 56% von Posttraumatischer Belastungsstörung, 23% bis 47% von einer sozialen Phobie, 16% bis 25% von Zwangsstörungen, 31% bis 48% von einer Panikstörung, 29% bis 53% von Essstörungen. Bei den komorbiden Persönlichkeitsstörun-

² Zusätzliche somatische Erkrankungen sind außerdem festzustellen.

gen waren selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen mit 43% bis 47%, abhängige Persönlichkeitsstörungen mit 16% bis 51% und paranoide Persönlichkeitsstörungen mit 14% bis 30% am häufigsten vertreten.

Einige Studien beschäftigen sich mit spezifischen Fragestellungen zu bestimmten komorbiden Störungen. Wiederholt wurde diskutiert, ob es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung eher um eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) handelt. Tatsächlich gibt es deutliche Überschneidungen. Golier, Yehuda, Bierer, Mitropoulou, New, Schmeidler, Silvermen, Siever (2003) untersuchten dazu 180 männliche und weibliche ambulante Patienten. Sie konnten feststellen, dass Borderline-Patienten eine signifikant höhere Rate an Misshandlungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter aufwiesen und doppelt so häufig eine PTSD im Vergleich zu anderen Personen der Stichprobe entwickelten. Die Zusammenhänge zwischen PTSD und Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden jedoch nicht signifikant, Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung entwickelten sogar häufiger eine komorbide PTSD. Die Autoren widerlegen damit die Hypothese, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine Variante der PTSD oder eine reine Traumastörung handelt.

Die Studie von van den Bosch, Verheul, Langeland, van den Brink (2003) untersucht die Zusammenhänge zwischen frühkindlichen traumatischen Erfahrungen und Vernachlässigung bei der Entwicklung von dissoziativen Störungen, PTSD und Substanzabhängigkeit an 64 weiblichen Borderline-Patientinnen. Sie konnten feststellen, dass dissoziative Zustände stärker bei Patientinnen mit sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung auftraten, besonders wenn sexuelle und körperliche Misshandlung vor dem 16. Lebensjahr vorlag, mehr als ein Misshandler vorhanden war und es zu einer mütterlicher Trennung und Dysfunktion kam. Die Prävalenz der PTSD bei den Borderline-Patientinnen hing klar mit dem Vorhandensein von sexuellem Kindesmissbrauch zusammen. Die Zusammenhänge fanden sich nicht mehr, wenn die Borderline-Patientinnen zugleich eine Suchterkrankung aufwiesen.

Den Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen, PTSD, dissoziativer Psychopathologie und selbstverletzendem Verhalten untersuchten ebenfalls von Spitzer, Effler, Freyberger (2000). Sie untersuchten 30 stationär behandelte Borderline-Patienten und eine alters- und geschlechtsparallelisierte Kontrollgruppe von ebenfalls stationär behandelten Patienten mit neurotischen Anpassungsstörungen. Borderline-Patienten erlebten signifikant häufiger negative Kindheitserlebnisse in Form von sexuellem, körperlichem Missbrauch und schwerer emotionaler Vernachlässigung. 67% der Borderline-Patienten wiesen eine komorbide PTSD auf, aber nur 13% der Kontrollprobanden. Dissoziative Phänomene waren bei den Borderline-Patienten ebenfalls stärker ausgeprägt. Das selbstverletzende Verhalten hing mit dem Ausmass der Dissoziation und dem Vorliegen einer PTSD zusammen. Stiglmeyr, Shapiro, Stieglitz, Limberger, Bohus (2001) wiesen bereits einen signifikanten Zusammenhang zwischen aversiver Anspannung von Borderline-Patienten und deren Dissoziationsneigung nach (siehe Kap. 2.2.2).

Affektive Störungen bilden die stärkste Gruppe bei den komorbiden Erkrankungen. Die Lebenszeit-Prävalenz liegt bei 82% für Major Depression, bei 38% für Dysthymie und bei 9,5% für Bipolar-II-

Erkrankungen (Zanarini, Frances, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, Reynolds, 1998). Depressive Episoden beeinflussen nachweislich negativ signifikant die Häufigkeit und den Schweregrad von Suizidversuchen und bilden so ein erhebliches Risiko (Soloff, Lynch, Kelly, Malone, Mann, 2000). Die größte repräsentative Studie zur Komorbidität der Abhängigkeitserkrankungen bei Persönlichkeitsgestörten Patienten stammt von Skodol, Oldham, Gallaher (1999). Sie untersuchten 200 stationär und ambulant tiefenpsychologisch behandelte Patienten, von denen 46% eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. 50,5% der Patienten mit Persönlichkeitsstörung hatten anamnestisch eine Substanzmissbrauchs- oder abhängigkeitserkrankung, darunter waren Borderline-Patienten signifikant häufiger (mit Ausnahme von Cannabis). Aktuell lag bei 59% der Patienten mit einer aktuellen Substanzgebrauchsstörung eine komorbide Persönlichkeitsstörung vor. Hier waren Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenfalls signifikant häufiger mit Ausnahme von Alkohol und Cannabis. Insgesamt ist die Auswertung nach verschiedenen Persönlichkeitstypen schwierig, weil es sehr große Überschneidungen und damit meist mehrere Persönlichkeitsstörungsdiagnosen gibt. Neuerdings erfährt die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit und ohne Hyperaktivität bei Erwachsenen zunehmendes Interesse. Fossati, Novella, Donati, Donini, Maffei (2002) verglichen Borderline-Patienten mit verschiedenen Kontrollgruppen (mit und ohne andere Persönlichkeitsstörungen). Demnach wurde bei mehr als 50% der persönlichkeitsgestörten Erwachsenen retrospektiv eine Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert, Borderline-Persönlichkeitsgestörte hatten eine deutlich stärkere Häufigkeit als andere Persönlichkeitsstörungstypen.

Der Verlauf komorbider Störungen lässt sich anhand einer Langzeitstudie an 290 stationären Borderline-Patienten von Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford Reich, Silk (2004) ermitteln (siehe auch Kap. 2.4.2). Nach sechs Jahren waren zwei Drittel der Patienten remittiert. Die komorbiden Störungen der Achse-I ließen bei Remission ebenfalls nach. Nach sechs Jahren litten noch 75% der Gesamtstichprobe unter einer affektiven Erkrankung (6 Jahre zuvor 96,9%), 60% an einer Angststörung (zuvor 89,0%), 34% an einer Ess-Störung (zuvor 53,8%), 19% an Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit (zuvor 62,1%), 34,9% an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (zuvor 58,3%). Die Abwesenheit eines Substanzmissbrauchs oder –abhängigkeit war der beste Prädiktor für die Vorhersage, ob Patienten von der Borderline-Persönlichkeitsstörung geheilt werden konnten.

2.4.1 Verlauf und Prognose

Aufgrund der massiven, oft lebensbedrohlichen Symptome, der extrem häufigen komorbiden Störungen, der häufigen Therapieabbrüche und schwierigen Behandlungsverläufe ließe sich vermuten, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine langwierige, chronische und nur schwer zu therapierende Störung handelt. Bereits in den 80er Jahren kamen verschiedene retrospektive Katamneseuntersuchungen anhand der Akten von etlichen stationär behandelten Psychiatrie-Patienten trotz methodischer Mängel zu der überraschenden Feststellung, dass sich die Borderline-Patienten im Langzeitverlauf stabilisierten (McGlashan, 2000). Im Verlauf des Lebensalters wurde retrospektiv eine Verbesse-

rung des Befindens am intensivsten im vierten Lebensjahrzehnt berichtet, während es im fünften Lebensjahrzehnt wieder zu erneuten Verschlechterungen kommen konnte. Die Gültigkeit dieser frühen Studien ist durch die retrospektive Datenerhebung, fehlende Vergleichsgruppen, fehlenden Verlaufsmessungen und die Schwierigkeit der Diagnostik³ erheblich eingeschränkt.

Einen Überblick zu 16 Verlaufsstudien, die bis Ende 1997 publiziert wurden, geben Rothenhäusler und Kapfhammer (1999). Die Störung nimmt „in den ersten 5 bis 10 Jahren einen zumeist dramatischen Verlauf, beruhigt sich dann aber allmählich, wenn sich die Patienten ihrer Lebensmitte nähern“ (Kapfhammer, 1999, S. 99). Dabei bestehe weiterhin ein erhebliches Risiko zu erneuten schweren Krisen, wenn Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit oder Trennung die weiterhin bestehende emotionale Labilität reaktualisieren und die Coping-Strategien überfordern.

Es kristallisiert sich heraus, dass es im vierten Lebensjahrzehnt zu einer deutlichen Beruhigung und Besserung der Symptomatik kommt und global von einer guten Leistungsfähigkeit mit nur einigen leichten Schwierigkeiten in den psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen ausgegangen werden kann. Mehr als zwei Drittel der Patienten im vierten Lebensjahrzehnt erfüllen in den Langzeitstudien nicht mehr die Kriterien zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung. (Rothenhäusler & Kapfhammer, 1999, S. 212).

Allerdings besteht eine sehr hohe Suizidrate; bei der umfangreichsten Follow-up-Studie mit der höchsten Ausschöpfungsrate lag die Suizidquote bei 9%, wobei die Suizide sich zumeist im dritten Lebensjahrzehnt ereigneten (Rothenhäusler & Kapfhammer, 1999). Die höchste Suizidrate wurde mit 38% bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Major Depression und Alkoholmissbrauch gefunden. Bei Borderline-Patienten mit unbehandeltem Alkoholismus lag die Suizidrate bei 26%. 23% der Borderline-Patienten mit antisozialen Zügen suizidierten sich. Die Suizidrate liegt bei Borderline-Patienten insgesamt 50 Mal höher als in der Normalbevölkerung (American Psychiatric Association, 2001). Dabei ist die Gefährdung, an einem Suizid zu versterben, in den ersten fünf bis zehn Jahren der Erkrankung am höchsten (Kapfhammer, 1999). Risikofaktoren für vollendete Suizide sind nach Höschel und Bohus (2005) impulsive Handlungen, zunehmendes Lebensalter, Depressionen, antisoziale Persönlichkeitsstörung, frühkindlicher Missbrauch und Selbstverletzungen. Etwa die Hälfte der Borderline-Patienten mit vollendetem Suizid unternahmen zuvor mindestens einen weiteren Versuch.

Positive Prognosefaktoren für den günstigen Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind hohe Intelligenz, außergewöhnliche Talente, hohe körperliche Attraktivität, ein liebenswürdiges Wesen, ein hoher Grad an Selbstdisziplin sowie regelmäßige Besuche der Anonymen Alkoholiker, sofern eine Substanzabhängigkeit vorliegt (Stone, 2000). Gunderson, Daversa, Grilo, McGlashan, Zanarini, Shea, Skodol, Yen, Sanislow, Bender, Dyck, Morey, Stout (2006) untersuchten in einer prospektiven Studie den Verlauf von 160 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie fanden, dass die Schwere der Störung gemessen an der Höhe der DSM-IV-Kriterien und des Globalen Allgemeinen Funktionsniveaus (GAF) zu Beginn ein starker Prädiktor für den Verlauf ist. Die Qualität der Beziehungen zu

³ Die Diagnose existiert offiziell erst seit 1980 im DSM, valide / reliable diagnostische Instrumente wurden erst danach entwickelt.

den Eltern, Partnern und speziell die Beziehungsqualität zu eigenen Kindern ist ein protektiv wirkender prognostisch relevanter Faktor.

Negative prognostische Variablen sind nach Stone (2000) die elterliche Grausamkeit oder Brutalität in der Vorgeschichte durch verbale und körperliche Misshandlung, innerfamiliärer sexueller Missbrauch, insbesondere wenn es bei einem weiblichen Kind zu einer Penetration mit dem Penis kam, sowie antisoziale Verhaltensweisen des Borderline-Patienten. Weitere erschwerende Faktoren seien eine schizoide Komorbidität, extreme sexuelle Gehemmtheit, extreme Impulsivität im Bereich des „Chaotischen“, chronische Feindseligkeit, Armut und Suchtmittelmissbrauch. Früher Kindesmissbrauch und Vernachlässigung, das Vorhandensein einer PTSD und einer antisozialen Persönlichkeitsstörung als Prädiktoren für eine schlechtere Verlaufsprognose fanden auch Gunderson et al. (2006). Zanarini, Frankenburg, Hennen, Silk (2006), deren prospektive Langzeitstudie im Anschluss detailliert beschrieben wird, fanden 16 Prädiktoren für die Remission der Borderline-Störung. Sieben Faktoren blieben in multivariaten Analyseverfahren signifikant: jüngeres Alter, fehlender sexueller Missbrauch in der Kindheit, keine Substanzabhängigkeit in der Familienanamnese, gute berufliche Leistungsfähigkeit, Abwesenheit einer anderen Cluster A-Persönlichkeitsstörung, geringer Neurotizismus-Wert und ein sehr angenehmes Wesen.

Die Arbeitsgruppe um Zanarini veröffentlicht seit zehn Jahren im zweijährigen Intervall die Daten einer sehr interessanten prospektiven Langzeitstudie, in der 290 stationäre Patienten, die sowohl nach den Kriterien des DIB-R als auch nach denjenigen des DSM-III-R als Borderline-Persönlichkeitsgestört diagnostiziert wurden, in ihrem Verlauf begleitet wurden. Von den ursprünglichen 290 Personen, von denen 80,3% Frauen waren, konnten nach zehn Jahren noch 249 ausfindig gemacht werden (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Silk, 2006). Nach zwei Jahren waren bereits 39,3% (N=242) der Patienten insoweit remittiert, dass sie die Kriterien der Borderline-Störung nicht mehr erfüllten. Nach vier Jahren waren weitere 22,3% (N=54) der Patienten erstmals remittiert, nach sechs Jahren weitere 21,9% (N=53), nach acht Jahren remittierten noch weitere 12,8% (N=31) erstmals und nach zehn Jahren nochmals 3,7% (N=9) der Patienten. Insgesamt waren nach zwei Jahren ein Drittel, nach vier Jahren die Hälfte, nach sechs Jahren zwei Drittel und nach zehn Jahren gut vier Fünftel der Patienten remittiert. Weniger als 6% der Patienten wurden in diesem Zeitraum wieder „rückfällig“, wenn sie zuvor die Borderline-Kriterien nicht mehr erfüllt hatten. In der Veröffentlichung von Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford Reich, Silk (2004) berichtet die Arbeitsgruppe, dass nach sechs Jahren 11 der 275 ins Follow-up eingeschlossenen Patienten Suizid begingen. Dieses ist im Vergleich zu den bisherigen Studien zur Suizidquote ausgesprochen gering. Sie verglichen die Daten mit den stationären Patienten, welche zum ersten Erhebungszeitpunkt keine Borderline-, sondern eine andere Achse-II-Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Keiner dieser Patienten (N=67) erfüllte zu irgendeinem Verlaufszeitpunkt die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Ferner wertete die Arbeitsgruppe um Zanarini (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Kenneth, 2003) aus, wie sich die vier psychopathologischen Symptomgruppen im Verlauf veränderten. So sind affektive

Symptome bei bis zu 79,2% der Patienten nach sechs Jahren noch vorhanden, wobei die Baseline bei bis zu 98,6% lag. Zanarini et al. vermuten, dass die affektiven Symptome relativ änderungsresistente Symptome sind, die zum Temperament und zur Identität der Borderline-gestörten Menschen gehören. Dagegen verändert sich die Impulsivität über die Jahre stärker. So verringert sich der Anteil der Patienten mit Selbstverletzungen und Suizidversuchen von 81% auf 25% nach sechs Jahren. Substanzabhängigkeit verringert sich von 49,0% auf 25,0%, sexuelle Devianz (zumeist Promiskuität) von 26,9% auf 11,7%, andere Formen der Impulsivität wie Essstörungen, verbale Ausbrüche und Kaufräusche von 93,8% auf 65,5% nach 6 Jahren. Kognitive und interpersonelle Symptome nehmen eine mittlere Position ein. Die Hälfte der Borderline-Patienten berichtet von pseudopsychotischen Phänomenen, nach sechs Jahren erleben noch ein Fünftel diese Symptome unter Streß. Die Arbeitsgruppe postuliert zwei Symptomgruppen: Symptome wie Suizidversuche und Selbstverletzungen, welche die akute Krankheit repräsentieren und relativ schnell nach sechs Jahren bei den meisten Patienten verschwunden sind, sowie eine andere Symptomgruppe wie chronische Gefühle des Ärgers und der Leere, fehlende Toleranz für das Alleinsein, die das Temperament repräsentieren und langfristig bestehen bleiben. Die Gültigkeit der Langzeitstudie ist dadurch eingeschränkt, dass ausschließlich schwer gestörte, stationär behandelte Patienten rekrutiert wurden. Die Generalisierbarkeit auf ambulante oder unbehandelte Borderline-Persönlichkeitsgestörte ist damit eingeschränkt. Die Ergebnisse beziehen sich auf Patienten, die in erheblichem Ausmaß psychotherapeutisch, psychiatrisch und psychopharmakologisch behandelt wurden. Die Ergebnisse sind eventuell zu optimistisch, da durch die Langzeiteinbindung in die Studie und Therapie vermutlich bessere Remissionswerte und geringere Suizidquoten erreicht werden (Hawthorne-Effekt). Leider kann keine Aussage zur Wirksamkeit der Behandlungen überprüft werden, da keine randomisierte Zuordnung zu den Therapiebedingungen erfolgte (Zanarini et al., 2006).

Die relativ günstige Langzeitperspektive ist ein einheitliches Ergebnis der verschiedenen Verlaufsstudien, obwohl die methodische Qualität der Studien noch erweiterungsfähig wäre. Umstritten bleibt der Beginn der Störung. Jerschke et al. (1998) fanden zwei Gruppen bezüglich der Erstmanifestation: zahlreiche spätere Borderline-Patienten werden bereits im Alter von vierzehn Lebensjahren stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund von Essstörungen, Selbstverletzungen, Suizidversuchen, affektiven und anderen Störungen behandelt. Eine zweite Gruppe wird erst später, im Durchschnitt mit 24 Jahren, erstmalig in Kliniken behandelt. Nach Bohus und Schmahl (2006) gaben etwa 30% ihrer Patienten an, sich bereits im Grundschulalter intendierte Selbstverletzungen zugefügt zu haben. Kapfhammer (1999) ermutigt Therapeuten, die günstige Langzeitprognose zu berücksichtigen, wenn bei kurzen Behandlungszeiträumen in frühen Lebensjahren noch keine entscheidenden Veränderungen wahrnehmbar sind.

2.5 Ätiologie

Die emotionale Dysregulation der Borderline-Patienten gilt als das zentrale diagnostische Leitsymptom, welches zumeist von dissoziativem Erleben, Störungen der Körperakzeptanz und einer reduzierten Schmerzwahrnehmung begleitet wird. Linehan (1996a) nimmt an, dass zur biologischen Disposition in Form eines emotional verletzbaren Kindes eine invalidierende, familiäre Umgebung entscheidend zur Entwicklung einer späteren Borderline-Persönlichkeitsstörung beiträgt. Die Befunde zur emotionalen Dysregulation, zur Dissoziation, zur Körperakzeptanz und Schmerzwahrnehmung wurden bereits im Kapitel 2.2 zur Psychopathologie vorgestellt. Hier folgen die Befunde zu den genetischen und psychosozialen Faktoren, die als verantwortlich für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angenommen werden. Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch sind häufig nachgewiesene ätiologische Faktoren (Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Böhme, Linehan, 2000), welche bindungstheoretische Implikationen haben (Fonagy, Gergely, Jurist, 2004). Neurobiologische Korrelate, deren Erforschung durch moderne Untersuchungsmethoden in Zukunft Potenzial birgt, werden anschließend kurz dargestellt. Abschließend folgen erste multifaktorielle Modelle zur Ätiologie. Tiefenpsychologisch fundierte Theorien zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden unter Kapitel 3.2 vorgestellt.

2.5.1 Genetische Komponenten

Seit Mitte der neunziger Jahre liegen verschiedene Befunde aus Zwillingsstudien vor, welche einen starken genetischen Einfluss bei der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen nachweisen (Bohus & Schmahl, 2006). Dabei gibt es drei empirisch nachweisbare Varianzquellen: genetische, umweltbezogene und individuumspezifische, wobei die nicht-genetischen, individuumspezifischen Bedingungen den stärksten Einfluss auf die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen haben sollen. Insgesamt ist die Forschungslage zu den familiären Vorbedingungen und der familiären Psychopathologie sehr dürftig (White, Gunderson, Zanarini, Hudson, 2003). Torgersen, Lygren, Per, Skre, Onstad, Edvardsen, Tambs, Kringlen (2000) veröffentlichten eine bislang einzige, etwas umstrittene Zwillingsstudie, in der mono- und bizygote Zwillinge verglichen wurden, bei denen mindestens ein Zwilling eine nach DSM-IV diagnostizierte Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwies. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche genetische Komponente bei allen Persönlichkeitsstörungen, bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erklären genetische Faktoren ca. 69% der Varianz (Torgerson, Kringlen, Cramer, 2001). Dieses Ergebnis ist mit Vorsicht zu interpretieren, weil dabei die Komorbidität bezüglich anderer Persönlichkeitsstörungen unberücksichtigt blieb, obwohl ca. 90% der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mindestens eine weitere Persönlichkeitsstörung aufweisen (Zanarini, Frances, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, Reynolds, 1998). Dagegen gilt der Einfluß genetischer Faktoren auf die Entwicklung dissoziativer Symptome mit bis zu 55% Varianzaufklärung als gesichert (Bohus & Schmahl, 2006).

2.5.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren

Zentrale Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind weibliche Sozialisation, die frühe Erfahrung von Gewalt und Vernachlässigung sowie das Fehlen von Bezugspersonen, die für Schutz und Sicherheit sorgen, die Wahrnehmung teilen und die Erfahrungen bestätigen könnte (Bohus & Haaf, 2001; Höschel & Bohus, 2005). Sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit liegen bei ca. 60% der weiblichen Borderline-Patientinnen vor, körperliche Gewalterfahrung bei ca. 50% und Vernachlässigung bei ca. 80% der Borderline-Patienten (Bohus & Schmahl, 2006). Zanarini (2000) fasst die bisherige Ergebnislage zur Frage der Beteiligung von Kindheitserfahrungen bei der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammen.

Eine methodisch versierte Studie zur Schwere und zur Auswirkung von sexuellem Missbrauch bei Borderline-Patienten veröffentlichten Zanarini, Young, Frankenburg, Hennen, Bradford Reich, Marino, Vujanovic (2002). Sie untersuchten 290 stationär behandelte Borderline-Patienten in einem Zeitraum von 3 Jahren, die nach DSM-III-R und DIB-R diagnostiziert wurden. 62,4% der Borderline-Patienten gaben an, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. Drei Viertel der Patienten erinnerten sexuellen Missbrauch von mehr als einem Jahr Dauer und mit oraler / vaginaler und / oder analer Penetration. Die Hälfte der Borderline-Patienten erinnerten sexuellen Missbrauch sowohl in der Kindheit als auch in der Adoleszenz, der wöchentlich oder täglich erfolgte und durch elterliche Bezugspersonen, von mehr als einem Täter und unter erheblicher Drohung oder Gewalt zugefügt wurde. Damit wird deutlich, dass die sexuellen Missbrauchserfahrungen bei vielen Borderline-Patienten sehr schwerwiegend und chronifiziert waren. Zanarini et al. (2002) konnten weiterhin einen klaren Zusammenhang zwischen der Schwere des sexuellen Missbrauchs und der Schwere der Borderline-Persönlichkeitsstörung feststellen, die sich auf allen vier Hauptsymptomgruppen abbildete. Dabei war die Schwere des Kindesmissbrauchs assoziiert mit der Schwere der psychosozialen Beeinträchtigung. Soloff, Lynch, Kelly (2002) stellten in einer Studie an 61 stationären und ambulanten Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung fest, dass 83,6% von suizidalem Verhalten und 65,5% von sexueller Misshandlung berichten. Dabei erhöht das Vorhandensein von sexuellen Missbrauchserfahrungen die Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen um mehr als das Zehnfache. Sexueller Kindesmissbrauch ist damit ein wichtiger klinischer Risikofaktor für späteres wiederholtes suizidales Verhalten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Soloff, Lynch, Kelly, 2002). Dagegen fanden die Autoren keinen Zusammenhang zwischen körperlicher Misshandlung in der Kindheit und suizidalem Verhalten als Erwachsene. Da es sich bei allen Studien um retrospektiv erhobene Daten handelt, kann ein kausaler Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht sicher nachgewiesen werden, sondern dieser müsste in prospektiven Langzeitverlaufsstudien überprüft werden.

Aus bindungstheoretischer Perspektive führen die frühen traumatischen und instabilen Bindungserfahrungen von Borderline-Patienten mit ihren Bezugspersonen dazu, dass diese als Kinder das Reflektieren über sich und die Bindungsperson blockieren, um mit der misshandelnden Person weiter existieren

zu können. „Kinder von misshandelten elterlichen Bezugspersonen“ werden „dazu gezwungen, eine Umgebung zu akzeptieren, in der manche Gedanken zu erschreckend sind, um sie zu denken, und manche Gefühle zu intensiv,“ (und schmerzhaft) „um erfahren zu werden.“ (Strauß, 2006a, S. 56) Auf Dauer muss so die Mentalisierung vermieden werden (Fonagy, Gergely, Jurist, 2004). Die Patienten entwickeln stattdessen schematische, rigide Vorstellungen von anderen Menschen. Die Bindungserfahrung ist eher chaotisch und unvorhersagbar, so dass die Patienten Bezugspersonen wechselnd idealisieren oder entwerten und ärgerlich anklagen. Da sie als Kinder ständig von Gewalt, Drohungen und Traumatisierungen umgeben waren, richten sie ihre Aufmerksamkeit sehr stark nach außen, um bedrohliche Reize schnell wahrnehmen und sich schnell in Sicherheit bringen zu können. Damit bleibt nur wenig Raum zur Betrachtung der eigenen inneren Welt, und es kommt zu einer mangelnden Reflektionsfähigkeit und einer Beeinträchtigung der „Interpersonal Interpretative Functions“. In den verschiedenen von Strauß (2006a) reflektierten Studien zur Bindungsorganisation von Borderline-Patienten werden überwiegend unsicher-verstrickte Bindungsmuster und ungelöste Traumata gefunden, womit die bedeutsame Rolle der psychosozialen Belastungsfaktoren in Form von sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung, Misshandlung und Trennungserfahrungen für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung unterstrichen wird.

2.5.3 Neurobiologische Korrelate

Neuere Untersuchungen konnten die Hypothese erhärten, dass früher chronischer Stress und / oder erhebliche Vernachlässigungs- und Verwahrlosungserlebnisse in der Kindheit zu neurologischen funktionellen und strukturellen Hirnschädigungen führen, welche sich im limbischen System, hier insbesondere im Bereich von Amygdala, im Hippokampus und in neokortikalen, frontalen Strukturen zeigen lassen (Bohus & Schmahl, 2006). Der Hippokampus ist zentral für die Gedächtniskonsolidierung, also für die Überführung von Kurzzeit- in Langzeitgedächtnisinhalte (daher ein Ort lebenslanger Neurogenese), für die räumliche Orientierung und für Epilepsien, psychomotorische Anfälle, Absenzen, Dämmerzustände, Entfremdungserlebnisse und Déjà-vue-Erfahrungen. Die Amygdala spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Angst, in der emotionalen Bewertung von Situationen und bei der Analyse von Gefahren. Sie leitet somatische Flucht- und Kampfpulse ein.

Eine der methodisch versiertesten Studien von Driessen, Herrmann, Stahl, Zwaan, Meier, Hill, Osterheider, Petersen (2000) fand eine Volumenreduktion des Hippokampus bei Borderline-Patienten von 16% im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen, die Amygdala war in dieser Untersuchung um 8% verringert. Tebartz van Elst, Thiel, Hesslinger, Geiger, Haegele, Lemieux, Lieb, Hennig, Ebert (2003) fanden sogar eine Volumenreduktion des Hippocampus von 18% und der Amygdala von 24% bei Borderline-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Schmahl, Vermetten, Elzinga, Bremner (2003) fanden eine Reduktion des Hippocampus von 13% und der Amygdala von 21% bei Borderline-Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen. Damit gibt es verschiedene Belege dafür, dass bei Borderline-Patienten beide Regionen strukturell verkleinert sind, während bei Patienten mit

Posttraumatischer Belastungsstörung unterschiedlicher Genese lediglich eine strukturelle Volumenreduktion mittels MRT-basierter Volumetrie im Hippokampus in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen wurde (Schmahl & Bremner, 2006).

Die BPS kann als Teil eines traumaassoziierten Spektrums psychischer Erkrankungen angesehen werden ..., wobei die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Kernstörung des Spektrums betrachtet wird, das daneben die BPS, depressive Störungen und dissoziative Störungen umfasst...Es wird derzeit kontrovers diskutiert, ob diese Volumenreduktion als Folge einer erhöhten Aktivität stressassoziiierter neurobiologischer Systeme wie der HPA-Achse angesehen werden kann oder genetisch determiniert ist: (Schmahl & Bremner, 2006, S. 155).

Sala, Perez, Soloff, Ucelli di Nemi, Caverzasi, Soares, Brambilla (2004) geben einen aktuellen Überblick zu denjenigen Studien, die sich mit Stress und hippocampaler Devianz bei psychiatrischen Störungen befasst haben. Sie postulieren, dass die Volumenreduktion des Hippokampus insbesondere bei Borderline-Patienten mit sexuellem Kindesmissbrauch und komorbider Depression zu finden ist und fordern prospektive Verlaufsstudien an Personen, bei denen die Entwicklung von Posttraumatischer Belastungsstörung und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich ist, um genetische und traumabedingte Phänomene zu unterscheiden. Die Hippokampusatrophie könnte viele Phänomene bei Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung, mit wiederholter Major Depression und mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erklären, so zum Beispiel die Flashbacks, die Intrusionen, die Defizite beim Lernen und Erinnern, die dissoziative Symptomatik, die Identitätsinstabilität und die Schwierigkeiten, sich an vergangene Erfahrungen zu erinnern (Sala et al., 2004). Zukünftige Forschungen sollten Beginn, Ausmaß und Schwere der stressreichen Lebensereignisse genau differenzieren und entsprechende Subgruppen bilden, denn es ist zu erwarten, dass die neurobiologischen Defizite je nach Chronizität des erlebten Stress unterschiedlich ausgeprägt sind.

Da frühe Gewalterfahrungen und unkontrollierbarer Stress eine zentrale Rolle in der Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung spielen, nehmen Bohus und Schmahl (2006) eine traumabedingte Störung der HHN-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) im Analogieschluss aus den bisherigen experimentellen Befunden an. Die im MRT nachgewiesenen hippocampalen Volumenreduktionen bei Borderline-Patienten können auf eine in frühem Kindesalter einsetzenden und chronisch persistierende Kortikol-Hypersekretion zurückzuführen sein (Bohus & Schmahl, 2006). Es liegen Studien vor, die Hinweise auf metabolische Veränderungen im präfrontalen Kortex fanden (Schmahl & Bremner, 2006). Insgesamt besteht jedoch noch erheblicher Forschungsbedarf, denn die Erforschung der funktionellen Neuroanatomie der Affektregulation steht erst am Anfang (Herpertz, 2006). Herpertz bietet einen aktuellen Überblick über die bisherigen Befunde und Modellbildungen hinsichtlich der biologischen Korrelate der Affektdysregulation. Zentral scheint aus ihrer Sicht die Hypersensitivität der Amygdala gegenüber emotional negativ gefärbten Stimuli zu sein; d.h. es kommt zu einer hypersensiblen Reaktion auf Ereignisse, die früher oder heute mit Gefahr assoziiert werden. Die dann folgende rasch einschließende Erregung der Amygdala führt zu einer starken emotionalen

Erregung, die zu komplexen Verhaltensmustern in Form von Flucht oder Freezing (als Teil von Dissoziation) führen. Plan- und zielorientiertes Handeln wird unterbrochen. Die Wahrnehmung für emotional bedeutsame Reize wird weiter geschärft. Es kommt zu einer Abschwächung von hemmenden Mechanismen. Herpertz nimmt einen zeitlich stabilen Hypometabolismus inhibitorischer Strukturen im dorsolateralen präfrontalen und orbitofrontalen Kortex an. Ihre neurobiologische Hypothesen erklären sowohl die emotionale Dysregulation als auch die Neigung zu Impulsivität von Borderline-Patienten. Die klinische Erfahrung, dass die Betroffenen bei emotionaler Aktivierung traumaassoziiertes Erfahrungen keine Habituation erleben, sondern eine Sensitivierung traumaassoziiertes Trigger und Schemata, lässt sich mit dem Modell von Herpertz ebenfalls sehr gut vereinbaren.

Insgesamt ist die Forschungslage zu den neurobiologischen Korrelaten noch relativ unübersichtlich, zumal gerade bei der Untersuchung von Borderline-Patienten verschiedene Subgruppen unterschieden werden müssten, um zu klareren Ergebnissen zu gelangen. Neben den komorbiden Störungen und den psychopathologisch bedeutsamen, stressauslösenden Lebensereignissen sollten auch Geschlechterunterschiede untersucht werden.

2.5.4 Ätiologische Modellvorstellungen

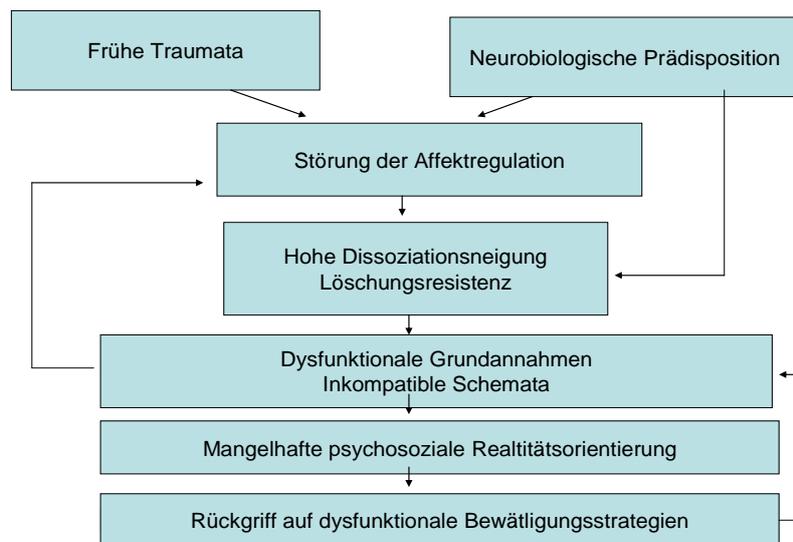
Im Folgenden wird eine Auswahl der Modelle zur Ätiologie vorgestellt. Hierbei handelt es sich um die biosoziale Theorie von Linehan (1996a) und deren Weiterentwicklung im neurobehavioralen Entstehungsmodell nach Bohus und Haaf (2001) sowie um die Modellvorstellungen von Herpertz (1999, 2006) und die Konzeptionalisierung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Traumafolgestörung. Tiefenpsychologische Modelle werden unter Kapitel 3.2 erwähnt.

Die biosoziale Theorie von M.M. Linehan (1996a) basiert auf der zentralen Annahme, „dass die BPS vor allem eine Dysfunktion des emotionsregulierenden Systems ist; sie entsteht also als Folge biologischer Unregelmäßigkeiten in Kombination mit bestimmten dysfunktionalen Umweltbedingungen sowie deren Interaktion und Transaktion im Lauf der Zeit...Wächst ein Kind in einer invalidierenden Umgebung auf, trägt dies zu der Entwicklung einer emotionalen Fehlregulation bei.“ (Linehan, ebd., S. 32). Dabei wird die emotionale Verletzbarkeit der Kinder mit späterer Borderline-Persönlichkeit als genetisch mitbedingt angenommen. Aufgrund einer schlechten Übereinstimmung zwischen den häufig als schwierig beschriebenen Kindern und ihrer familiären Umwelt entwickelt sich allmählich bei dem Versuch, unangenehme Gefühle gänzlich zu vermeiden, eine emotionsphobische Haltung, wodurch die Kinder jedoch der Funktionalität der Emotionen beraubt werden. „In einer entwertenden Umgebung wird auf das Mitteilen von persönlichen Erfahrungen und Gefühlen in unangemessener, sprunghafter und extremer Weise reagiert.“...Es wird „nicht ernstgenommen, sondern stattdessen häufig bestraft und / oder trivialisiert.“ (Linehan, ebd., S. 38). Die eigenen Interpretationen der Betroffenen werden als falsch zurückgewiesen. Emotional verletzte Kinder erhalten damit statt starker Unterstützung bei der adäquaten Wahrnehmung, Interpretation und Regulation ihrer Gefühle das Gegenteil von dem, was sie benötigen. Nach Linehan lernen sie dadurch nicht, ihre Gefühle wahrzunehmen und zu benen-

nen. Sie lernen nicht, wie sie die Emotionen verstehen und kontrollieren können, und sie lernen nicht, ihren eigenen Gefühlen zu vertrauen, sondern sie lernen, sich für ihre als unangemessen gespiegelten Reaktionen zu schämen und sich an der Bewertung der sozialen Umwelt zu orientieren. Dennoch kann die Unterdrückung von Emotionen natürlich nicht gänzlich gelingen, zumal erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren in Form von Misshandlung, Vernachlässigung, Missbrauch und Verwahrlosung zum invalidierenden Familienklima hinzu treten. Impulsives Verhalten in Form von Suizidalität, parasuizidalem Verhalten und andere dysfunktionale Handlungen sind „üblicherweise der ungeeignete Versuch, die überwältigenden, unkontrollierbaren, äußerst schmerzhaften negativen Gefühle zu beseitigen.“ Insbesondere „suizidales Verhalten ... führt auch zuverlässig zu verstärkter Hilfsbereitschaft seitens der Umgebung. ... Für viele Borderline-Persönlichkeiten stellt dieses die einzige Möglichkeit dar, die Aufmerksamkeit anderer auf ihre emotionalen Probleme zu lenken und Unterstützung bei der Lösung dieser Probleme zu erhalten.“ (Linehan, ebd. S. 46). Das suizidale Verhalten wird durch positive Verstärkung der Umgebung in Form von vermehrter Zuwendung und Aufmerksamkeit instrumentell konditioniert aufrechterhalten.

Das neurobehaviorale Entstehungsmodell nach Bohus und Haaf (2001) entwickelt die Modellvorstellungen von Linehan weiter und stellt verschiedene Entstehungsfaktoren in einen Bedingungs Zusammenhang, obwohl derartige Kausalzusammenhänge noch nicht eindeutig empirisch bewiesen sind. Borderline-Patienten erfahren durch zumeist früh beginnende, häufige und lang andauernde sexuelle Gewalt, durch emotionale Vernachlässigung, durch eine fehlende zweite schützende Bezugsperson, durch körperliche Misshandlungen und häufige Trennungserfahrungen erhebliche Traumatisierungen. Hinzu kommt eine spezifische neurobiologische Prädisposition, welche in genetischen Komponenten hinsichtlich des Temperaments und der Dissoziationsneigung, pränatalen Schädigungen durch schwierige Bedingungen in der Schwangerschaft und Geburtskomplikationen sowie in stressbedingten, strukturellen und funktionellen neurobiologischen Veränderungen bestehen. Die Traumatisierungen und die neurobiologischen Korrelate führen zu einer deutlichen Störung der Affektregulation in Form einer hohen Grundanspannung und starken Auslenkung auf emotionale Stimuli bei gleichzeitig hoher Dissoziationsneigung. Unter hoher Anspannung und / oder Dissoziation greifen Individuen auf frühe, dysfunktionale Grundannahmen und Schemata zurück, welche extrem lösungsresistent sind und unter Krisenbedingungen erneut aufgerufen werden. So kann bei sexuell missbrauchten Borderline-Patienten unter Krisenbedingungen die Grundannahme „ich habe Bestrafung verdient“ aktiviert werden. Daraufhin kommt es zu einer positiven Rückkopplungsschleife, zu einer mangelhaften psychosozialen Realitätsorientierung und zum Rückgriff auf dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie zum Beispiel Suizidversuche, Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch oder aggressive Impulsdurchbrüche, welche die unangenehmen Anspannungszustände kurzfristig sehr schnell und effektiv beenden. Die Abbildung 1 verdeutlicht die Zusammenhänge im ätiologischen Modell nach Bohus und Haaf (2001).

Abbildung 1: Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Bohus und Haaf (2001)



Herpertz (1999) diskutiert ebenfalls ein Modell für die Entwicklung der borderline-typischen Impulsivität, das die Wechselwirkungen von dispositionellen und lerngeschichtlichen Faktoren beleuchtet. Ihrer Ansicht nach lassen sich hinsichtlich der Impulsivität eine Antriebs- und Kontrolldimension unterscheiden. So seien bereits ein- bis zweijährige Kleinkinder interindividuell bezüglich der Intensität ihrer affektiven Reaktionen sehr unterschiedlich. Der genetisch angelegte Antrieb trete dann bereits im zweiten Lebensjahr in Wechselwirkung mit den kognitiven und emotionalen Steuerungsvorgängen, welche in den frühen Interaktionen mit den Bezugspersonen gelernt würden. So können Bezugspersonen durch ihre Reaktion die Intensität von Gefühlen und Handlungen der Kinder verstärken oder abschwächen. Ab dem dritten Lebensjahr treten kognitive Interpretationen über emotionale Stimuli hinzu und spätestens mit sechs Jahren haben Selbstinstruktionen eine wichtige handlungsleitende Funktion, so dass die Fähigkeit, Bedürfnisse aufzuschieben, immer stärker möglich wird. Wirksame, situationsangemessene Impulskontrollfähigkeiten können nach Herpertz nur in einem verlässlichen sozialen Lernraum erworben werden. Die zumeist chaotischen, konfliktreichen, feindseligen Interaktionen in den Familien späterer Borderline-Patienten erschweren dieses erheblich. Unberechenbare und widersprüchliche Mitteilungen und Reaktionen der Eltern führen zu Irritationen der Kinder. Hier lehnt sie sich an die Hypothese Linehans an, dass der entwertende, von Linehan invalidierend genannte Beziehungsstil der Eltern die emotionale Dysregulation mitverursacht. Psychische Traumata haben im Entstehungsmodell von Herpertz ebenfalls eine besondere Bedeutung bei der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, da sie insbesondere bei innerfamiliärem Missbrauch und / oder lange andauernden Traumatisierungen zu „Defiziten in der Entwicklung adäquater Affektsteuerung und Verhaltenskontrolle“ (Herpertz, 1999, S.120) führen. Das von Herpertz entwickelte Modell zur Funktionalität von Selbstverletzungen (siehe Kap. 2.2.3) und zu neurobiologischen Mechanismen bei der Affektregulation (siehe Kap. 2.5.3) wurde bereits vorgestellt.

Abschließend sei erwähnt, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung als besonders schwere komplexe Traumafolgestörung konzeptionalisierbar ist. Hierfür spricht, dass sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigungen in extremer Form und Verluste sehr häufig bei diesen Patienten anzutreffen sind (Kapitel 2.5.2). Diejenigen Patienten, die keine Traumatisierung erinnern, könnten frühkindliche Traumatisierungen zwar aufweisen, aber in vorsprachlicher Form abgespeichert haben, so dass die frühen Traumata nicht der bewussten Erinnerung zugänglich sind. Von Herman (1994) wurde das Konzept DESNOS (Disorder of Extrem Stress not otherwise specified) vorgeschlagen, um komplex traumatisierten Personen diagnostisch besser gerecht zu werden. Viele Autoren halten es für sinnvoll, neben der posttraumatischen Belastungsstörung eine weitere Kategorie der komplexen Traumatisierung einzuführen (Reddemann, 2001; Sachsse, 2004). Driessen, Beblo, Reddemann, Rau, Lange, Silva, Bera, Wulff, Ratzka (2002) diskutieren anhand der Forschungsergebnisse, dass frühe, komplexe Traumatisierungen in der Kindheit eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind. Umstritten bleibt, ob die Borderline-Persönlichkeitsstörung vorrangig eine Traumafolgestörung ist oder aber eine heterogene Personengruppe darstellt, zu der auch erwachsene Personen mit ADHS sowie schwerer Invalidierung gehören.

3. Die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dammann, Clarkin, Kächele (2000) beschreiben die Schwierigkeiten bei der Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wie folgt:

Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (...) gelten als eine der am schlechtesten zu behandelnden Patientengruppen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. (Dammann et al., 2000, S.701)...Noch Mitte der achtziger Jahre hieß es, die wenigen retrospektiven Nachuntersuchungen, die bisher publiziert wurden, belegten vorwiegend, wie schwierig und wenig lohnend die therapeutische Arbeit sei (ebd. S. 702)....Je ausgeprägter die manifeste Borderline-Symptomatik sei, desto größer sei auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten weiter überwiesen würden oder dass die Behandlungsbemühungen ein jähes abruptes Ende nähmen. (ebd., S.702)....Als gesichert gilt, dass Borderline-Patienten häufig die Therapie abbrechen oder in ihrer Therapie Schwierigkeiten mit der Compliance zeigen. (ebd., S.703)

Diesen pessimistischen Aussagen insbesondere aus den achtziger Jahren stehen heute verschiedene effektive verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische und psychopharmakologische Behandlungsmethoden gegenüber, die im Folgenden dargestellt werden. Der Schwerpunkt liegt beim verhaltenstherapeutischen Ansatz von Marsha M. Linehan, da sich die vorliegende Untersuchung mit der Fragestellung beschäftigt, inwieweit die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan in modifizierter Form zur stationären Krisenintervention bei Borderline-Patienten eingesetzt werden kann. Andere verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte und psychopharmakologische Ansätze werden ebenfalls, allerdings deutlich kürzer vorgestellt.

3.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze

3.1.1 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Marsha M. Linehan entwickelte die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung gemeinsam mit Mitarbeitenden Ende der achtziger Jahre in den USA als integrativen Therapieansatz, indem sie in verschiedenen Therapierichtungen nach nützlichen Strategien zur Behandlung suizidaler Patienten, später von Borderline-Patientinnen suchte. Ihre erste Veröffentlichung erfolgte 1987 im Journal of Personality Disorders. Manual und Handbuch zur theoretischen und praktischen Anwendung der DBT erschienen 1993 im amerikanischen Original, 1995 in der deutschen Übersetzung (Linehan 1996a, b). Die ausführliche Manualisierung und die überzeugenden Wirksamkeitsnachweise anhand von ersten empirischen Evaluationsstudien (Linehan et al., 1991; 1993; 1994) führten zu einer raschen weltweiten Verbreitung und Anwendung des therapeutischen Ansatzes. Zusammenfassende Artikel von Blennerhasset und Wilson O`Raghallaigh (2005), Koerner und Linehan (2000) sowie Robins und Chapman (2004) geben einen Überblick zur Entwicklung und Evaluation der DBT. Marsha M. Linehan beschreibt ihren verhaltenstherapeutischen Ansatz wie folgt:

Das von mir entwickelte Therapie-Programm besteht zum Großteil aus der Anwendung einer breiten Palette kognitiver und verhaltenstherapeutischer Strategien auf die Probleme bei der BPS,... Die wichtigsten Behandlungselemente wie Problemlöseverhalten, Exposition, Fertigkeitstraining, Kontingenz-Management und kognitive Umstrukturierung sind seit Jahren Bestandteile kognitiver und verhaltenstherapeutischer Ansätze. (Linehan, 1996a, S. 15)

Darüber hinaus weist die DBT verschiedene zusätzliche, eigenständige Elemente auf, die zum einen aus den humanistischen Therapieverfahren wie Gesprächs- und Gestalttherapie entnommen wurden und zum anderen aus zen-buddhistischen Meditationstechniken bestehen. Das „hervorstechendste Merkmal...“ aber ist „die Betonung von Dialektik – also die Vereinigung von Gegensätzen in einem kontinuierlichen Prozeß der Synthese“ (Linehan, ebd. S. 15). Hinzu kommen „die Betonung von Akzeptanz und Validierung des Verhaltens, so wie es momentan auftritt, die schwerpunktmäßige Behandlung von Verhaltensweisen, die die Therapie gefährden“ und schließlich „die Betonung der grundlegenden Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für die Behandlung ...“ (Linehan, ebd. S.16).

Nach der Vorstellung der dialektischen Haltung wird die ursprüngliche ambulante DBT beschrieben. Anschließend wird die Anwendung der DBT unter stationären Behandlungsbedingungen dargestellt.

3.1.1.1 Die Dialektik

Die Dialektik bildet das zugrunde liegende Weltbild der DBT und gilt als zentrale Weiterentwicklung des ursprünglichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes durch Marsha Linehan. Sie postuliert **drei Hauptmerkmale der Dialektik** (nach Linehan, 1996a, S. 22–27):

Das Prinzip der wechselseitigen Beziehungen und der Ganzheit

Die Realität wird als System aufgefaßt, in dem die isolierte Betrachtung und Analyse von Teilen nur von begrenztem Wert ist, solange nicht das gesamte System betrachtet wird. Beispielweise ist die Analyse von Selbstverletzungen als gelerntes Verhalten zur Spannungsregulation nur ein Teil der komplexen Wahrheit. Die Selbstverletzung ist Teil des gesamten Verhaltensrepertoires der Patientin. Die Patientin selbst ist Teil des Systems der gesamten psychiatrischen Station, in der auf Selbstverletzung beispielweise mit zunehmender Aufmerksamkeit durch das Pflegepersonal und mit konkurrierenden Vergleichsprozessen unter den Mitpatienten reagiert wird. Die Station ist Teil der gesamten Klinik, welche therapeutische, wirtschaftliche und wissenschaftliche Interessen verfolgt. Die Klinik ist wiederum Teil des Gesundheitssystems, dieses ist Teil der Gesellschaft.

Das Prinzip der Polarität

Der dialektische Ansatz betont, dass in jedem Teil und System einander entgegengesetzte Kräfte innewohnen, die wir als These und Antithese verstehen können, aus deren Integration oder Synthese ein neues Paar entgegengesetzter Kräfte entsteht. Jeder Wahrheit wohnt ihre eigene Widerlegung inne, so dass Wahrheiten nebeneinander stehen können, ohne sich gegenseitig auszulöschen oder zu dominieren. Somit steckt in jeder Dysfunktionalität Funktionalität, in jeder Zerstörung ein Aufbau. Entsprechend lassen sich die dysfunktionalen Verhaltensweisen von Borderline-Patienten als Überlebensstrategien zugleich validieren und verändern.

Das Prinzip des kontinuierlichen Wandels durch These, Antithese und Synthese

Die Realität befindet sich in einem kontinuierlichen Wandlungsprozeß, der durch die Spannung zwischen These und Antithese, die zur Synthese drängen, hervorgerufen wird. Die Synthese ist jedoch kein statischer Zustand, sondern ihrerseits erneut aus einander widerstrebenden Kräften bestehend, so dass der Wandel kontinuierlich ist. Ähnlich wie in der psychodynamischen Theorie, in der Konflikte und Gegengesätze den Prozeß des Wachstum katalysieren, sieht Linehan die Übergänge zu neuen Stufen nach vorübergehender Stabilität als oft schmerzhaft erlebte Krisen, welche in der Therapie als notwendig für den Entwicklungsprozeß verstanden werden.

In der Psychotherapie von Borderline-Patienten bietet der dialektische Ansatz entscheidende Vorteile bei Aufbau und Aufrechterhaltung der Behandlungsbeziehung. Die Borderline-Störung wird als „Scheitern an der Dialektik“ (Linehan, 1996a, S. 27) verstanden. Menschen mit Borderline-Störung „neigen dazu, die Wirklichkeit in einem sehr begrenzten Bezugsrahmen einander entgegengesetzter Kategorien von „entweder-oder“ wahrzunehmen anstatt „alles zugleich“. (ebd., S. 27) Sie verharren also quasi entweder in der These oder Antithese, ohne zu einer Synthese in der Lage zu sein. Klassische Therapie-Dilemmata sind beispielsweise Akzeptanz und Veränderung, Abhängigkeit und Unabhängigkeit, Dominanz und Unterwerfung. In der DBT kann es bei entsprechenden Rahmenbedingungen gelingen, diese Dilemmata zu benennen und zu einer vorübergehenden Synthese zu kommen. Linehan verwendet hierfür die Metapher der dialektischen Wippe. DBT verlangt von den Therapeuten eine starke Flexibilität, denn sie stehen der Patientin auf einer Wippe gegenüber, in der es darum geht,

die ständigen Bewegungen der Patientin flexibel auszugleichen, in eine Balance zu gelangen. Der Dramatik der Suizidalität der Borderline-Patienten trägt Linehan dadurch Rechnung, dass sich die Wippe auf einem Drahtseil befindet, das über den Grand Canyon gespannt sei. Ziel der Therapie ist es immer wieder die Gegensätze wahrzunehmen und wiederholt zu einer Balance oder Synthese zu gelangen.

Der dialektische Ansatz wird durch dialektische Sichtweisen der zentralen Probleme und Dilemmata von Borderline-Patienten realisiert. Die Betroffenen bewegen sich relativ abrupt zwischen den jeweiligen Polaritäten hin- und her, ohne sich mit einem der Zustände wohl zu fühlen. So wechseln sie zwischen einer starken „emotionalen Vulnerabilität“ und „Selbst-Invalidierung“, d.h. dass sie ihre eigene emotionale Empfindsamkeit zwar wahrnehmen, aber für ungültig erklären, so dass sie kein Vertrauen in ihre Erfahrungen entwickeln können. Sie wechseln zwischen der sogenannten „aktiven Passivität“, d.h. anderen sehr aktiv die eigene Not darzustellen bei gleichzeitiger Passivität hinsichtlich eigener Lösungsansätze, und einer „scheinbaren Kompetenz“, so dass ihr Gegenüber im Dilemma steht, einerseits zu hohe Ansprüche an die Fähigkeiten zu stellen oder andererseits der Patientin aufgrund ihrer Hilflosigkeit und Forderungen nur sehr wenig zuzutrauen. Ein weiteres dialektisches Dilemma ist der andauernde Krisenzustand, in dem sich die meisten Borderline-Patienten in einem überwältigenden und erschöpfenden Ausmaß befinden, und im Gegensatz dazu der konsequenten Vermeidung von Gefühlen, die als extrem schmerzhaft unterdrückt werden. Linehan bietet diesbezüglich verschiedene dialektisch geprägte Auffassungen zu den borderline-typischen Verhaltensweisen an, welche die Validierung der Patienten und den Beziehungsaufbau erleichtern.

Außerdem hat Linehan sogenannte dialektische Behandlungsstrategien zusammengestellt, welche die therapeutische Balance und Flexibilität erleichtern. Zu diesen zählen paradoxes Vorgehen, der Einsatz von Metaphern, die Advocatus-Diaboli-Technik, das Ausdehnen („Extending“), die Aktivierung des wissenden Zustandes, „aus Zitronen Limonade machen“ (dialektische Methapher), natürliche Veränderungen zulassen und dialektische Diagnostik (ausführlich dazu Linehan, 1996a). Grundsätzlich steht in der Therapie der Einsatz von Veränderungsstrategien (z.B. Verhaltensanalysen, Kontingenzmanagement) in dialektischer Balance mit den sogenannten Validierungsstrategien (z.B. aktives Zuhören und Verstehen, biographisches Verstehen, Chearleading). Die flexible Anwendung der therapeutischen Strategien ist für eine effektive DBT wichtig. Hierzu wurden sogenannte Adherence-Skalen entwickelt (Pohl, Richter, Bohus, 2000), welche das dialektische Vorgehen der Therapeuten überprüfen.

3.1.1.2 Die ambulante DBT

Ursprünglich wurde die Therapie für den ambulanten Bereich als Kombination aus verhaltenstherapeutisch orientierter Einzeltherapie und Gruppentherapie in Form des sogenannten Fertigkeiten- oder Skillstraining entwickelt. Weitere Bestandteile sind die Telefonberatung, welche in Krisensituationen vom Einzeltherapeuten durchgeführt wird, und die Supervision aller am Prozess Beteiligten, welche ein unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung ist.

Angesichts der Vielzahl der Probleme von Borderline-Patienten und deren andauernden suizidalen Krisenzustände besteht ein wesentlicher Vorteil des DBT-Ansatzes darin, das therapeutische Vorgehen anhand von klaren Phasen und Zielhierarchien zu strukturieren. Dabei ist die ambulante Psychotherapie mindestens auf zwei Jahre angelegt; zumeist dauert die psychotherapeutische Begleitung mehrere Jahre und beinhaltet sowohl therapiefreie, autonome Phasen als auch stationäre Kriseninterventionen. Bei fast allen Patientinnen spielen traumatische Erlebnisse in Form von Trennungs- und Verlusterlebnissen sowie sexuellen und körperlichen Mißhandlungen eine wesentliche ätiologische Rolle. Daher unterscheidet Linehan drei Phasen der ambulanten DBT:

Die Therapiephasen

Erste Phase: Erlernen grundlegender Fertigkeiten

Zweite Phase: Reduktion posttraumatischer Belastungsreaktionen

Dritte Phase: Stärkung des Selbstvertrauens und Arbeit an individuellen Zielen

Diese drei Phasen entsprechen der zumeist ebenfalls dreigeteilten Traumatherapie, in der nach der ersten stabilisierenden, Sicherheit und Kontrolle fördernden Phase im zweiten Stadium mit der Be- und Verarbeitung begonnen wird. Anschließend soll das Erlebte integriert werden und zu einem Neubeginn führen (Herman, 1993; Reddemann, 2001). Anhand der drei Phasen unterscheidet Linehan verschiedene Therapieziele, welche hierarchisch bearbeitet werden und für die Strukturierung der Einzeltherapiesitzungen als Leitlinie gelten. Das übergeordnete Ziel besteht dabei im Erlernen dialektischer Verhaltensmuster, also in der Vermittlung des dialektischen Denkens.

Die Therapieziele in der ersten Phase

Borderline-Patienten sind zu Beginn der Behandlung zumeist chronisch suizidal, verletzen sich hochfrequent selbst, indem sie sich schneiden, brennen und beispielsweise von großen Höhen springen. Sie gefährden immer wieder ihre Behandlung, indem sie zu Terminen nicht erscheinen, die Therapeuten entwerten und hochfrequent mit Suiziddrohungen kommunizieren. Sie zeigen massives selbstschädigendes, impulsives Verhalten in Form von Drogen-, Alkohol- und Tablettenmissbrauch, promiskuitives Sexualverhalten, Essstörungen, zwanghaftes Kaufverhalten, Spielsucht und vieles anderes mehr. Kurz gesagt zeigen viele Borderline-Patienten zu Beginn der Therapie die gesamte Palette der vom Gegenüber als dramatisch erlebten Symptome. Diese werden in der DBT nach einer festgelegten Zielhierarchie abgebaut. Parallel dazu werden alternative Verhaltensfertigkeiten aufgebaut, die in der Gruppentherapie vermittelt werden und in der Einzeltherapie auf die jeweiligen Patienten angepasst werden.

1. Therapieziel: Reduzierung suizidalen und parasuizidalen Verhaltens

Unter suizidalem Verhalten versteht Linehan „...Verhaltensweisen, die den Therapeuten oder andere Personen davon überzeugen, dass die Patientin sich in unmittelbarer Suizidgefahr befindet...Diese Verhaltensweisen werden niemals ignoriert, egal ob der Therapeut einen folgenden Suizid für wahrscheinlich hält oder nicht ...Mit einem toten Patienten kann man keine effektive Psychotherapie durchführen.“ (Linehan, 1996a, S. 92) Ist das Leben bedroht, rückt das Ziel, die Patientin am Leben zu

erhalten, in den Mittelpunkt der Therapie. Die DBT interpretiert alle suizidalen Verhaltensweisen als unangemessenes Problemlöseverhalten. Oberste Priorität beim therapeutischen Vorgehen haben außerdem sämtliche parasuizidale Verhaltensweisen wie selbst zugefügte Schnittverletzungen, Verbrennungen, das Springen von großen Höhen, das Schlagen des eigenen Körpers gegen harte Gegenstände, weil einerseits eine Lebensgefahr unabsichtlich entstehen könnte und andererseits eine suizidale Absicht oder ambivalente Haltung der Patienten oftmals zugrunde liegt. Im Gegensatz zu den Patientinnen, die zuerst ihre Lebensqualität verändern wollen und denken, dass dann das Leben lebenswert wird, verfolgt die DBT die umgekehrte Strategie: „Zuerst wird das suizidale Verhalten reduziert, dann werden wir darüber nachdenken, wie wir Ihr Leben positiv verändern können.“ (Linehan, ebd., S. 95)

2. Therapieziel: Reduzierung von therapie-gefährdenden Verhaltensweisen

Das zweite zentrale Ziel besteht darin, Verhaltensweisen zu verringern, welche die effektive Durchführung der Therapie verhindern. Häufige Therapieabbrüche sind für Borderline-Patientinnen charakteristisch, da sie durch Nichterscheinen, Unpünktlichkeit, häufige dissoziative Zustände während der Therapie und durch ständige Krisen ihre Therapie gefährden. Diese dysfunktionalen Verhaltensmuster sind durch die massiven Stimmungsschwankungen sowie andere Symptome der Patienten erklärbar und verständlich. Dennoch ist es wichtig, der Patientin zu verdeutlichen, dass sie für die beiderseitige Motivation und den Erfolg der Therapie mitverantwortlich ist. Ziel ist es, dass die Patientin in der Therapie bleibt, aktiv mitarbeitet und eine Therapiecompliance entwickelt. Therapiegefährdendes Verhalten von Seiten der Patientin und der Therapeutin wird unmittelbar thematisiert, sobald es auftritt, und durch vorher angekündigte Konsequenzen beantwortet.

3. Therapieziel: Reduzierung von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken

Auf der dritten Zielhierarchieebene werden Verhaltensweisen, welche die Lebensqualität massiv einschränken und selbstschädigend sind, bearbeitet, sofern keine Problemverhaltensweisen auf den beiden anderen Ebenen auftreten. Zu den selbstschädigenden Verhaltensweisen zählen: (nach Linehan, 1996a, S. 106):

- Substanzmissbrauch in Form von Alkohol, Drogen, Medikamenten
- Riskantes oder ungeschütztes Sexualverhalten
- Extreme finanzielle Schwierigkeiten durch impulsives Kaufverhalten und übermäßige Schulden
- Kriminelles Verhalten, das bei Fortführung zu Gefängnisstrafe führt
- Schwer dysfunktionales zwischenmenschliches Verhalten (z.B. Täterkontakte, soziale Isolation, soziale Schüchternheit oder Ängstlichkeit)
- Dysfunktionales Verhalten im schulischen oder beruflichen Bereich (z.B. Schule oder Beschäftigungsverhältnisse vorzeitig abbrechen)
- Dysfunktionales Verhalten in Bezug auf die körperliche Gesundheit (z.B. Nicht-Einnahme notwendiger Medikamente, keine medizinischen Vorsorgeuntersuchungen)

- Dysfunktionales Verhalten in Bezug auf die Wohnverhältnisse (z.B. Obdachlosigkeit, Mietrückstände)
- Dysfunktionale Verhaltensmuster im Zusammenhang mit psychischen Störungen (z.B. weitere Achse-I- oder Achse-II-Störungen)

4. Therapieziel: Aufbau von Verhaltensfertigkeiten

Im Fertigkeitentraining, welches ambulant einmal pro Woche als 2-stündige Gruppentherapie angeboten wird, werden grundlegende Fertigkeiten aufgebaut, welche sich direkt auf die borderline-typische Symptomatik beziehen (ausführliche Darstellung in Linehan 1996b). Es werden vier Module unterschieden:

- a. Förderung der Achtsamkeit
- b. Entwicklung adäquater interpersoneller Kompetenzen
- c. Emotionsregulation
- d. Entwicklung von Stresstoleranzfertigkeiten

Die Therapieziele in der zweiten Phase

Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und emotionale Vernachlässigung sind traumatische Erlebnisse, die gemeinsam mit anderen Faktoren zu Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen können (Kap. 2.4.4). Traumatisierend können ebenfalls Ereignisse wie der Verlust von wichtigen Bezugspersonen durch Tod, Scheidung oder Umzug oder Wutanfälle eines Elternteils im alkoholintoxikierten Zustand wirken.

„Informationen über ... sexuellen, körperlichen oder emotionalen Missbrauch werden fortlaufend und je nach Bedarf über den gesamten Therapieverlauf hinweg erfragt.“ (Linehan, 1996a, S. 115). Im Einklang mit den Ergebnissen der traumatherapeutischen Forschung weist Linehan bereits Anfang der neunziger Jahre daraufhin, dass die Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen „auch im therapeutischen Kontext traumatisch sein kann“ und daher erst dann genauer besprochen werden sollte, „wenn suizidale und die Therapie und die allgemeine Lebensqualität gefährdende Verhaltensweisen deutlich reduziert werden konnten und wenn die Patientin über gewisse Verhaltensfertigkeiten verfügt.“ (Linehan, ebd, S. 115) Die Stabilisierung der Patientin hat also zunächst Vorrang. Erst wenn suizidales, parasuizidales, therapiegefährdendes und dissoziatives Verhalten reduziert wurde und massives selbstschädigendes Verhalten selten geworden ist, wenn die Patientin über ein sicheres soziales Umfeld verfügt und sowohl ihre eigenen Emotionen und zwischenmenschlichen Beziehungen adäquater steuern kann, kann mit einer Konfrontation mit den erlittenen Traumata begonnen werden.

In der zweiten Therapiephase lernt die Patientin, die Tatsache zu akzeptieren, dass das Trauma und / oder der Missbrauch stattgefunden hat. Sie lernt darüber zu berichten und ihrer eigenen Wahrnehmung zu vertrauen. Die durch die Missbrauchs-dynamik entstandenen Phänomene wie Stigmatisierung, Selbst-Invalidierung und Selbstbeschuldigung werden benannt und reduziert. Intrusionen werden seltener und sind leichter zu beenden, Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten wird zunehmend abgebaut und es kommt zu einer Synthese der Missbrauchs- Dichotomie „Opfer-Täter“, so dass die posttrauma-

tischen Symptome reduziert werden. Zu dieser Phase der DBT fehlt bis heute ein Manual von Linehan, so dass zwingend weitere psychotherapeutische Behandlungsstrategien zur Anwendung kommen müssen wie zum Beispiel die psychodynamisch fundierte imaginative Traumatherapie nach Reddemann (2001), die traumazentrierte Psychotherapie nach Sachsse (2004) und die kognitive Verhaltenstherapie der PTSD nach Boos (2005).

Die Therapieziele in der dritten Phase

Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung können sich selbst und ihren Gedanken und Gefühlen weder wertschätzend gegenüberstellen noch auf deren Funktionalität vertrauen. Sie vertrauen eher anderen als sich selbst und werden dadurch sehr abhängig von der Anwesenheit und der Beurteilung sowie Anerkennung anderer Menschen. Ziel der Therapie in der letzten Phase ist es, zu einer angemessenen Bewertung der eigenen Person zu finden, die Toleranz gegenüber sozialer Ablehnung zu fördern und Selbsthass, Selbstbeschuldigung und Scham abzulegen sowie Selbstwertschätzung und Selbstvertrauen aufzubauen. In der letzten Therapiephase werden weitere individuelle Therapieziele gemeinsam mit dem Therapeuten bestimmt und bearbeitet. Schließlich geht es um die oft schwierige Ablösung vom Therapeuten.

Zusammenfassung und Fazit

Die ursprüngliche ambulante DBT betont die außerordentliche Bedeutung der dialektischen Haltung und der therapeutischen Beziehung, um zu einem effektiven Arbeitsbündnis zu gelangen. Zentral ist die dialektische Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, da eine Konzentration auf eines von beidem Kontrollverlust und Reaktanz und verringertes Commitment auf Seiten des Patienten zur Folge hätte. Ein ausführliches gut evaluiertes Manual existiert für die erste Therapiephase, die Stabilisierung. Viele Patienten beenden ihre Therapie, wenn sie ausreichend stabilisiert sind und mehr Lebensqualität erreicht haben. In der zweiten und dritten Therapiephase kann es um die Traumabearbeitung und Integration gehen, allerdings sollte ein differenziertes Vorgehen durch die Integration neuerer Behandlungsmethoden aus den Bereichen der Psychotraumatologie (z.B. Reddemann, 2001; Sachsse, 2004; Boos, 2005) und der Schematherapie (Young, Klosko, Weishaar, 2005) erfolgen. Zur Behandlung der komorbiden Symptomatik ist es sinnvoll, weitere spezialisierte Therapieverfahren sowie psychopharmakologische Interventionen fakultativ zu ergänzen.

3.1.1.3 Die stationäre DBT

Parallel zur Entwicklung der DBT im ambulanten Bereich wurden schon früh von Barley, Buie, Peterson, Hollingsworth, Griva, Hickerson (1993) DBT-Elemente auf einer psychiatrischen Station, auf der zuvor tiefenpsychologisch behandelt wurde, implementiert und in einem quasi-experimentellen Design evaluiert. Zunächst wurden wöchentliche Skills-Gruppen eingeführt, welche in einem dreimonatigen Intervall die verschiedenen Module Streßtoleranz, Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten und Achtsamkeit thematisierten. Zudem gab es sogenannte Hausaufgaben-Gruppen, in denen Pflegepersonal mit den Patienten die Hausaufgaben aus den Skills-Trainings besprachen. Außerdem

wendete das Pflegepersonal zunehmend verhaltenstherapeutische Veränderungsstrategien der DBT an, und es wurde eine Art Basisgruppe eingeführt, in der eine erste kurze Orientierung für die neu aufgenommenen Patienten angeboten wurde. In den neunzehn Monaten vor der Umstellung, während der zehnmonatigen Implementierungsphase und vierzehn Monate nach Abschluß der DBT-Einführung wurde die Häufigkeit parasuizidalen Verhaltens pro Monat erhoben und mit den Daten einer Gruppe von erwachsenen Psychiatrie-Patienten, die während der letzten 43 Monate nach herkömmlichen Methoden unspezifisch behandelt wurden, verglichen. Selbstverletzungen und Suizidversuche gingen auf der DBT-Station nach der Implementierung im Vergleich zu vorher und im Vergleich zur Gruppe der nach herkömmlichen Methoden behandelten Psychiatrie-Patienten deutlich stärker zurück.

Bohus, Swenson, Sender, Kern, Berger (1996) erkannten im deutschsprachigen Raum die Notwendigkeit der spezifischen Anwendung der DBT auf die besonderen Bedingungen einer stationären Therapie. Borderline-Patienten suchen häufig professionelle Hilfe und verursachen enorme Kosten im Gesundheitssystem, da sie häufig und lange hospitalisiert werden, ohne von der Behandlung dauerhaft zu profitieren (Jerschke et al., 1998). Die Schwierigkeiten einer stationären Therapie bestehen unter anderem in einer Verstärkung von Abhängigkeiten durch dysfunktionale Rollenverhältnisse von Patienten und Therapeuten und in der unbeabsichtigten Verstärkung von suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen. Diese Gründe sprechen für eine spezifische Modifikation der DBT für den stationären Bereich (Bohus & Haaf, 2001), die in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe um Linehan entwickelt wurde. Einen relativ aktuellen Artikel zur Anwendung der stationären DBT in den USA veröffentlichten Swenson, Sanderson, Dulit, Linehan (2001). Im Folgenden wird anhand der Hierarchie der Behandlungsziele und der Therapiephasen die zwölfwöchige stationäre DBT vorgestellt, wie sie auf einer DBT-Station am Beispiel der Universitätsklinik Freiburg (Bohus & Haaf, 2001) und Mannheim (Bohus, 2004) derzeit durchgeführt wird.

Grundannahmen und Rahmenbedingungen für die Professionalität des Behandlungsteams

Die DBT wird als störungsspezifische Behandlung auf spezialisierten Stationen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken bundesweit angeboten. Zur Sicherung der Professionalität der Behandlungsteams gelten die Regeln und dialektischen Grundannahmen nicht nur für die Patienten, sondern ebenso für alle Mitglieder des Teams.

Die Grundannahmen des DBT-Teams (nach Linehan, 1996a, S.78 ff)

1. Die Patienten geben sich wirklich Mühe.

BPS-Patienten arbeiten sehr hart daran, sich zu verändern. Allerdings resultieren daraus nicht notwendigerweise die entsprechenden Erfolge. Der Umkehrschluss, dass sie sich dann nicht genug anstrengen, ist unzulässig.

2. Die Patienten wollen sich ändern.

Dieses folgt unmittelbar aus der ersten Annahme. Patienten, welche eine Therapie aufsuchen, wollen etwas ändern.

3. Die Patienten müssen noch mehr Anstrengung und Motivation an den Tag legen, um sich zu ändern.

Der Therapeut sollte herausfinden, welche Faktoren eine tatsächliche Veränderung trotz vorhandener Anstrengung und Motivation verhindern, um Patienten darin zu unterstützen, wirkliche Erfolge zu erlangen.

4. Die Patienten haben zwar nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst herbeigeführt, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen.

Veränderungen werden nicht dadurch erreicht, dass ein Patient sich in Therapie begibt und eine vertrauensvolle Beziehung herstellt, sondern dadurch dass sie / er konkrete Verhaltensweisen in ihrem Leben und Rahmenbedingungen verändert.

5. Das Leben eines suizidalen Borderline-Patienten ist in dieser Form unerträglich.

Die Unzufriedenheit der Patienten mit ihrem Leben ist absolut gerechtfertigt.

6. Die Patienten müssen in allen relevanten Lebensbereichen neue Verhaltensweisen erlernen.

Borderline-Patienten sind enorm stimmungsabhängig und krisenanfällig. Funktionale Verhaltensweisen müssen also auch unter enormen Anspannungszuständen erlernt werden.

7. Die Patienten können in der Therapie nicht versagen.

Wenn es zu Therapieabbrüchen oder mangelnden Fortschritten kommt, liegt dieses an der Therapie, den Therapeuten oder an beiden und nicht an der mangelnden Motivation der Patienten.

8. Therapeuten von Borderline-Patienten brauchen Unterstützung.

Borderline-Patienten gehören zu den schwierigsten Patienten in der psychotherapeutischen Praxis. Daher ist Unterstützung durch Supervision, Fortbildung und Austausch im Team wichtig. Die Einbettung in die anderen Therapiebestandteile (z.B. Fertigkeitentraining) ist unabdingbar.

Im Sinne der dialektischen Haltung aller Teammitglieder ist es besonders wichtig, auch in den häufig hoch emotionalisierten Situationen mit Borderline-Patienten professionell zu kommunizieren und zu handeln. Alle Beteiligten bemühen sich, zwischen Beobachtung und Beschreibung auf der einen Seite und Bewertung und Interpretation zu unterscheiden. Begriffe wie „spalten“, „agieren“ und „manipulieren“ werden grundsätzlich nicht verwendet. Stattdessen steht die Transparenz und Berechenbarkeit des therapeutischen Vorgehens im Vordergrund. Ein Machtgefälle sollte möglichst gering sein, die Autonomie, Kontrolle und Selbstverantwortung der Patienten sollte gefördert werden.

Die Struktur der stationären DBT

Die Therapie wird zeitlich in drei Phasen unterteilt. In den ersten zwei bis drei Wochen, der sogenannten Vorbereitungsphase, wird neben der Diagnostik viel Wert auf den Aufbau eines professionellen Arbeitsbündnisses und auf die Klärung der Therapiemotivation gelegt. Die stationäre Behandlungsindikation wird dann gestellt, wenn schwere dysfunktionale Verhaltensmuster im Vordergrund stehen, welche den Beginn einer ambulanten Psychotherapie behindern oder im Verlauf stagnieren lassen. Abschließend stellen sich die Patienten dem Team mit ihren Zielen vor und definieren, welches konkrete Verhalten sie in welcher Reihenfolge verändern wollen. In der Hauptbehandlungsphase, die sechs

Wochen dauert, werden in den Gruppen und den Einzelgesprächen Fertigkeiten aufgebaut. Gleichzeitig wird mittels verhaltenstherapeutischer Strategien am Abbau von suizidalem, selbstverletzendem und selbstschädigendem Verhalten gearbeitet. Welches Verhalten Priorität hat, wird gemeinsam mit dem Team vorab festgelegt. In der letzten Phase der verbleibenden vier Wochen, der sogenannten Abschiedsphase, werden Entlassungsvorbereitungen getroffen und die zum Abschied gehörenden Gefühle wie Angst, Wut, Enttäuschung und Trauer bearbeitet. Diese Ablösungsphase konstruktiv zu gestalten, ist für Borderline-Patienten meist ebenso schwierig wie eine angemessene Compliance zu Beginn aufzubauen und aufrecht zu erhalten.

Die stationäre DBT beinhaltet verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelgespräche mit den jeweiligen ärztlichen oder psychologischen Einzeltherapeuten sowie Einzelgespräche mit zugeordneten Bezugspflegerpersonen. In den verschiedenen Gruppen wird psychoedukativ, selbsterfahrungs- und zugleich zielorientiert am Aufbau von Fertigkeiten und Wissen über die Erkrankung gearbeitet. Zu diesen Gruppen gehören die Basisgruppe, die Körpertherapie, die Fünf-Sinnes-Gruppe, die Achtsamkeitsgruppe und das Fertigkeitentraining, die jeweils von zwei Trainern angeleitet werden und mindestens wöchentlich stattfinden. Schließlich treffen sich die Patientinnen wöchentlich in der Bezugsgruppe, in der sie sich austauschen und Kritik sowie Veränderungswünsche gemeinsam formulieren können. Hier können Personen aus dem Team bei Bedarf hinzu gezogen werden, wenn es zum Beispiel nicht gelingt, Konflikte zu klären und zu einer solidarischen Arbeitsatmosphäre zu gelangen. Wesentlicher Bestandteil ist die Zusammenarbeit mit dem sozialpädagogischen Fachdienst zur Koordination der ambulanten Nachbetreuung und zur Klärung sozialrechtlicher, finanzieller Belange.

Die Einzeltherapie in der stationären DBT

Die Einzeltherapie steht im Mittelpunkt aller anderen Therapieangebote. Der Therapeut unterstützt die Patientin darin, ungünstige Borderline-Verhaltensweisen abzubauen und durch angemessenere Reaktionen zu ersetzen... [Er soll die] „Motivation der Patientin [beobachten und auf] Faktoren ... achten, welche seitens der Patientin oder der Umwelt effektivere Verhaltensweisen behindern... (Linehan, 1996a, S. 75).

Die Therapie findet mindestens zwei Mal wöchentlich statt, die Sitzungen dauern insgesamt etwa mindestens 60 Minuten. Hinzu kommen Kriseninterventionen. In der stationären Therapie versteht sich der „Einzeltherapeut als Coach: Er hilft der Patientin, die Ressourcen des stationären Settings maximal zu nutzen. Die therapeutischen Wirkfaktoren sind auf viele Module verteilt, der Einzeltherapeut hält die Fäden zusammen.“ (Bohus & Haaf, 2001, S. 632) Wichtig ist dabei, dass in der Einzeltherapie Bezug zum Fertigkeitentraining hergestellt wird. Die Beziehung sollte nicht zu intensiv werden, sondern es sollte von Anfang an auf die zeitliche Limitierung hingewiesen werden. Bei Konflikten auf der Station bezieht der Therapeut eine dialektische Position: als Vertreter der Realität, als Ratgeber für Patienten (Bohus & Haaf, 2001).

Die Steuerung des individuellen Therapieverlaufes erfolgt zwar durch die Einzeltherapeuten, zugleich wird in wöchentlichen Teamsitzungen und Supervisionen von allen Teammitgliedern darauf geachtet,

dass die Prinzipien der DBT in die Praxis umgesetzt werden. Borderline-Patienten neigen dazu, ihre Behandler für DBT-orientiertes Verhalten zu bestrafen und für Abweichungen zu verstärken, so dass Einzeltherapeuten unbedingt die Unterstützung ihres Teams benötigen. Die Arbeit im multiprofessionellen Team beugt der Erschöpfung vor, wobei die dialektische Grundhaltung den polarisierenden Prozessen im Team entgegen wirken soll. So kann ein flexibles, hierarchiearmes Team dafür sorgen, verschiedene Positionen zu vertreten, statt in einer einzigen Sichtweise verhaftet zu bleiben (z.B. die Patientin ist nicht motiviert). Das Team soll auch dafür sorgen, ein Überengagement, wie es auf Seiten der Einzel- und Bezugstherapeuten aufgrund der aktiven Passivität der Patientinnen vorkommen kann, zu kennzeichnen und dem entgegen zu wirken.

Hierarchie der Behandlungsziele bei der stationären DBT

Im Unterschied zur ambulanten Therapie wurde die Therapiezielhierarchie modifiziert und spezifische Strategien zum Umgang eines multiprofessionellen Teams mit den borderline-typischen Verhaltensweisen entwickelt, um den spezifischen Bedingungen der Behandlung durch ein großes, multiprofessionelles Behandlungsteam im Gegensatz zur ambulanten Therapie mit zwei Therapeuten für die Einzel- und Gruppentherapie Rechnung zu tragen (Bohus & Haaf, 2001; Bohus, 2004).

1. Therapieziel der stationären DBT ist der Aufbau von Überlebensstrategien statt suizidaler Verhaltensmuster.

Ein Vorteil der stationären Behandlungsbedingungen besteht darin, eine stärkere Sicherheit bezüglich tatsächlicher Suizidversuche zu ermöglichen. Die Gefahr des Settings besteht darin, durch Aufmerksamkeit für suizidales und parasuizidales Verhalten dieses unbeabsichtigt positiv zu verstärken. Ferner kann das „Eingesperrt sein“ und eine Art Modelllernen unter den psychisch gestörten Mitpatienten zu negativen Vergleichsprozessen im Sinne einer Opferkonkurrenz führen und Teufelskreise initiieren, wodurch die Hospitalisierungerscheinungen bedingt werden. Um diese negativen Effekte des stationären Teams zu verringern, werden die Prozesse bewusst gemacht und mittels Verhaltensanalysen überprüft, inwieweit das suizidale Verhalten situativ ausgelöst oder durch positive Kontingenzen aufrechterhalten wird. Die Reduktion von suizidalem und parasuizidalem Verhalten hat absolute Priorität, um die Einbindung in ambulante Behandlungen erst zu ermöglichen.

2. Therapieziel der stationären DBT ist der Aufbau von Therapiecompliance an Stelle von therapiegefährdenden Verhaltensmustern.

Im stationären Setting unterscheidet Bohus (2004) zwei Arten von therapiegefährdenden Verhaltensweisen: 1. Verhaltensweisen, welche die Therapie der Mitpatientinnen gefährden, und 2. Verhaltensweisen, welche die Grenzen der Institution überschreiten. Zu ersterem zählen Probleme, die aus zu starker Nähe oder zu starker Distanz und Feindseligkeit unter den Patienten entstehen. So können sich Borderline-Patienten einerseits gegenseitig unterstützen, andererseits können sie sich durch Berite von traumatischen Erlebnissen oder durch suizidale Kommunikation belasten. Letztlich ist es für Teams wichtig, einerseits klare Regeln im Umgang mit traumatischem Material, suizidaler Kommunikation, Drogen, Alkohol auf Station und Ausgangsregelungen zu finden und andererseits Flexibilität zuzulas-

sen, so dass die Patienten auch hier die dialektische Haltung erfahren lernen. Für Borderline-Patienten ist es wichtig zu lernen, sich situationsadäquat Hilfe zu holen, mit Krisen und mit zwischenmenschlichen Konflikten konstruktiv umzugehen. Viele lernen erst im stationären Setting, was Psychotherapie ist.

3. Therapieziel ist die Befähigung zur ambulanten Therapie zu erreichen.

3.a) Es sollen Fertigkeiten zur Bewältigung von ambulanten Problemverhalten aufgebaut werden.

Zentral ist die Frage, warum diese Person stationär behandelt werden muss und wie eine ambulante Behandlungsfähigkeit erreicht werden kann. Hierfür können massive suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen verantwortlich sein, oder der Patient sorgt durch behördliche Auflagen angesichts zunehmender Kriminalität für eine stationäre Behandlung, oder es bestehen massive finanzielle, berufliche Probleme und der Patient ist obdachlos oder davon bedroht. Die komplexe Analyse des ambulanten Problemverhaltens ist oft relativ schwierig.

3.b) Es sollen Fertigkeiten zur Verhinderung von Hospitalisierung und Behandlungsverlängerung aufgebaut werden.

Borderline-Patienten finden in Kliniken häufig ideale Bedingungen, da die professionellen Helfer auch auf bizarre Verhaltensweisen nicht mit Beziehungsabbruch reagieren und sie vor Leistungsanforderungen geschützt sind. Dementsprechend möchten die Patienten oft die Therapiezeit verlängern und untermauern ihre Bedürftigkeit durch Symptomverschlechterungen. Es ist wichtig, derartige Phänomene von Beginn an zu benennen und die entsprechenden Kontingenzen zu setzen.

3.c) Es sollen Fertigkeiten zur Verringerung von Wiederaufnahmen aufgebaut werden.

Nach Bohus (2004) liegt die Wahrscheinlichkeit der stationären Wiederaufnahme im Folgejahr bei 80%. Daher sollten die Bedingungen für die stationären Vorbehandlungen vorzeitig exploriert werden.

3.1.1.4 Zusammenfassung

Die Arbeitsgruppen um Martin Bohus und um Marsha Linehan sahen schon früh die Notwendigkeit, das stationäre Behandlungs-Setting, welches unter herkömmlichen Methoden eher zur Hospitalisierung und Chronifizierung der Borderline-Persönlichkeitsstörung führt, zu modifizieren, um eine effektive Therapie zu ermöglichen. Die stationäre DBT stellt inzwischen eine Alternative zu den unzureichenden ambulanten störungsspezifischen Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland dar, denn „unter herkömmlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbedingungen ist nicht mit Spontanremission zu rechnen“ (Bohus & Haaf, 2001, S. 620). Die stationäre, dreimonatige DBT wird in Deutschland mittlerweile auf spezialisierten Stationen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken angeboten und ist vorzugsweise für Patientinnen konzipiert, die chronisch suizidal, schwer selbstverletzend, massiv dissoziativ oder / und schwer selbstschädigend interagieren. Im Unterschied zur ambulanten DBT wird neben der Reduktion dieser suizidalen, parasuizidalen, dissoziativen und selbstschädigenden Verhaltensweisen ein besonderer Schwerpunkt auf den Aufbau von Therapiemoti-

vation gelegt. Dabei werden Verhaltensweisen positiv verstärkt, welche ambulante Therapeuten und Betreuer zur Zusammenarbeit mit den Patienten motivieren. Hospitalisierungsfördernde Verhaltensweisen sollen nach Möglichkeit verringert werden, was wiederum mit der Befähigung der Patienten zur Nutzung vorhandener ambulanter Netzwerke gelingt. Einige Kliniken arbeiten daher mit den ambulanten Betreuungsvereinen und -verbänden sowie den niedergelassenen Psychotherapeuten in Arbeitskreisen und Netzwerktreffen zusammen, um so die ambulante Nachsorgesituation zu verbessern. Die dreimonatige, stationäre DBT kann schwer kranken Borderline-Patienten zu einem Neuanfang und zum Aufbau von Fertigkeiten verhelfen, der von anschließender ambulanter Psychotherapie und anderen Nachsorgemaßnahmen flankiert sein muss, um zu langfristig stabilen Verhaltensänderungen zu führen. Die empirischen Ergebnisse der Evaluationsstudien zur ambulanten und stationären DBT werden in Kapitel 4 dargestellt.

3.1.2 Andere verhaltenstherapeutische Therapieansätze

Eine verhaltenstherapeutische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird mittlerweile nahezu gleichgesetzt mit der Anwendung der DBT (Trautmann-Sponsel & Gleich, 2001), zumal der Behandlungsansatz empirisch gut abgesichert ist. Ein zweiter verhaltenstherapeutischer Ansatz ist die kognitive Therapie nach Beck und Freeman (1993), deren Wirksamkeit nicht empirisch belegt ist. Renneberg und Fiedler (2001) fassen kognitive und interpersonelle Ansätze einer ressourcenorientierten Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammen und beschreiben deren zentrale Themen. Neben diesen eher weniger genutzten Ansätzen hat sich in den letzten Jahren die sogenannte Schematherapie als Ergänzung zur DBT etabliert (Young, Klosko, Weishaar, 2005). Jeffrey Young hat die kognitive Verhaltenstherapie als Schüler von Beck kennengelernt und mit der Schematherapie einen eigenständigen, integrativen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz begründet, der insbesondere zur Therapie von schwer persönlichkeitsgestörten Patienten geeignet ist.

Die Schematherapie geht davon aus, dass Patienten mit Borderline-Störung sogenannte Grundannahmen oder Schemata von sich und der Welt entwickeln, die in früher Kindheit und Jugend situationsadäquat waren, aber im Erwachsenenalter hinderlich werden. Borderline-Patienten weisen in der Regel sehr viele Schemata auf. Sie sind meist emotional vernachlässigt worden, gehen davon aus, dass andere Menschen sie missbrauchen und ausnutzen, halten sich selbst für wertlos und unzulänglich, fühlen sich isoliert und anders als andere, können sich nur schwer disziplinieren und so weiter. Diese frühen Grundannahmen sind kognitiv und affektiv verankert und führen bei Aktivierung zu automatisierten Handlungsabläufen beispielsweise in Form von Selbstberuhigung durch Substanzmissbrauch, impulsives Kaufen oder Essen oder in Form von Vermeidung von sozialen Kontakten oder ängstlich-misstrauischer Absicherung. Auch überkompensierende Handlungen, wie ein naives, impulsives, distanzloses Vertrauen, sind möglich. Schematherapeuten erarbeiten mit ihren Patienten, welche hinderlichen Schemata vorliegen, wie diese biographisch-emotional verankert sind und in welchen Handlungsweisen sie sich in der Gegenwart hinderlich auswirken. Hinderliche Schemata sind bei den meis-

ten Menschen ausgeprägt vorhanden, bei Borderline-Patienten sind die Schemata jedoch sehr zahlreich und die Patienten wechseln sehr stark ihre affektiven Zustände, ohne diese bewusst steuern zu können. So befinden sich die Patienten wechselnd in einem verlassenen kindlichen Zustand, in einem stark entwertenden-invalidierenden, in einem distanzierten oder in einem extrem zornigen Zustand, ohne darauf Einfluss nehmen zu können. Ziel der Therapie ist es, den erwachsenen Anteil zu stärken und vermehrt Kontrolle über die affektiven Zustände, in denen die Schemata aktiviert werden, zu gewinnen, wobei den biographischen Zusammenhängen deutlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird als in der Stabilisierungsphase der DBT.

Eine erste Evaluationsstudie wurde von Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremer, Nadort, Arntz (2006) publiziert. In einer Multicenter-Studie wurden Borderline-Patienten zwei Therapiegruppen randomisiert zugeordnet: 44 Patienten erhielten drei Jahre Schematherapie, 42 Patienten wurden mit der Transference-focused Therapy (TFP) nach Clarkin, Yeomans, Kernberg (2001) behandelt werden (siehe Kapitel 3.2), wobei beide Interventionen mit zwei Einzeltherapiestunden pro Woche durchgeführt wurden. Im Abstand von drei Monaten wurden die Behandlungsergebnisse anhand der Borderlinesymptom-Schwere, der Lebensqualität, der generellen psychopathologischen Dysfunktion und verschiedener Persönlichkeitskonzepte der Therapierichtungen erfasst. Die Ergebnisse zeigen eine Überlegenheit der Schematherapie gegenüber dem TFP-Ansatz; Patienten in der Schematherapie-Gruppe brachen die Therapie seltener ab und zeigten auf allen Indikatoren des Behandlungserfolges signifikant bessere Ergebnisse als die TFP-Patienten. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass die Dauer und Intensität des Schematherapie-Ansatzes deutlich höher als die Dialektisch-Behaviorale Therapie ist, wobei in dieser ersten Studie tatsächlich tiefgreifendere Veränderungen nachgewiesen werden. Das Ausmaß der ambulanten Psychotherapie ist derzeit in Deutschland noch nicht finanzierbar, da maximal 80 Stunden Verhaltenstherapie bewilligt werden.

3.2 Tiefenpsychologische Ansätze

Erste phänomenologische Beschreibungen sowie Überlegungen zum Verständnis und zur Therapie von Borderline-Patienten bieten etliche psychoanalytische Autoren. Einen umfassenden historischen Überblick zur Entwicklung der tiefenpsychologischen Ansätze geben beispielsweise Eckert, Dulz, Makowski (2000). Klassische, heute noch weit verbreitete Annahmen stammen aus der Zeit der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts, wonach Borderline-Patienten die Welt in böse, vernichtende Objekte und gute Objekte aufspalten und zu keiner Integration dieser beiden Wahrnehmungen gelangen können (Theorie von der Teilwahrnehmung der Objekte, Melanie Klein (1982). Winnicott (1992) nahm an, dass Borderline-Patienten die Erfahrung des Gehaltenwerdens (holding function) fehle. Die analytischen Autoren gingen von einer frühen Störung aus, d. h., dass die Entwicklung der Patienten in den ersten Lebensjahren bereits beeinträchtigt sei. Manche Autoren sahen die Autonomieentwicklung beeinträchtigt durch eine Art Verlassensdepression (Masterson, 1992), andere durch eine Störung der Objektbeziehungswelt (Mahler, 1975a, b). Daraus entwickelte schließlich Kernberg (1993) sein

Konzept der Borderline-Organisation, wonach die Patienten auf einem niedrigen Funktionsniveau bezüglich ihrer Abwehrmechanismen, Ich-Identität, Objektbeziehungsgestaltung, Realitätsprüfung und Übertragungsart stagniert seien. Entsprechend sei besonders der Aggressionstrieb auf der oralen Stufe fixiert. Spätere Autoren entdeckten die Bedeutung der oft frühen und multiplen Traumatisierungen der Patienten und konzeptionierten die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Traumafolge (z.B. Driessen et al. 2002), so dass von Herman (1994) alternativ das diagnostische Konzept DESNOS (Disorder of extreme stress not otherwise specified) vorgeschlagen wurde.

Zunehmend entwickelten tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten die Ansicht, dass Borderline-Patienten eine spezifische störungsorientierte Psychotherapie benötigen, weil sie unter besonderen Problemen wie hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, hohe Therapieabbruchraten, hohes Suizidrisiko und Selbstverletzungen, ausgeprägte Identitätsstörung, schwere Affekt- und Impulsregulationsstörungen sowie häufig chaotische interpersonelle Beziehungen leiden (Buchheim, Kernberg, Clarkin, Yeomans, Doering, 2006). Derzeit gibt es zwei führende, manualisierte und empirisch evaluierte Therapiekonzepte: Die Transference-Focused Psychotherapy (TFP), welche auf der Basis des Objektbeziehungs-Modells von Kernberg weiterentwickelt und manualisiert wurde (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2001a), und die Mentalization-Based Treatment nach Fonagy (2004).

Die TFP (Übertragungsfokussierte Psychotherapie der BPS) wurde von einem Team am Personality Disorders Institute des Weill Medical College der Cornell-Universität, New York, entwickelt und ist nach Buchheim et al. (2006) von der DBT beeinflusst worden. So wird ein Therapievertrag nach einer ausführlichen Diagnostik geschlossen. Es erfolgt eine ständige Orientierung an leitenden Therapieprinzipien, ein systematisches Verfolgen definierter Therapieziele in den vier Therapiephasen und ein strukturiertes Krisenmanagement einschließlich stationärer Krisenintervention und medikamentöser Behandlung. Die Therapiestunden finden zwei Mal wöchentlich im Sitzen über ein bis zwei Jahre statt. Inhaltliche Unterschiede bestehen erstens in der Art der Diagnostik, welche strukturelle und psychodynamische Aspekte mittels eines strukturierten Interviews erfasst (z.B. zu Symptomatologie, Identität, Selbstkonzept, Abwehrmechanismen, Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung, Interaktion zwischen Patient und Therapeut, Übertragung und Gegenübertragung). Das Verfahren der TFP wurde besonders für Patienten mit Borderlineorganisation und einer ausgeprägten Identitätsstörung in Form einer Identitätsdiffusion entwickelt, worunter ein Großteil der im DSM-IV klassifizierten Persönlichkeitsstörungen fallen (alle aus Cluster A und B, sowie aus C die dependente Persönlichkeitsstörung). Andererseits bestehen deutliche Unterschiede in der inhaltlichen Gestaltung der therapeutischen Vorgehensweise, welche die klassischen psychoanalytischen Interventionstechniken der Klärung, Konfrontation und Deutung einsetzt und auf die inhaltliche Gestaltung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient fokussiert, in der sich die Pathologie und die Beziehungsschwierigkeiten der Patienten im Hier und Jetzt – so die Annahme – abbilden.

Zur Wirksamkeit der TFP liegen zwei Studien vor: eine Prä-Post-Pilotstudie von Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney, Kernberg (2001b) sowie die Multicenter-Studie von Clarkin, Levy, Lenzenwe-

ger, Kernberg (2007). In der Multicenter-Studie wurden neunzig Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung randomisiert den drei Therapiegruppen TFP, DBT und einer supportiven, psychoanalytisch fundierten Psychotherapieform nach Rockland (1992, zitiert nach Clarkin, 2004) mit fakultativer medikamentöser Behandlung zugewiesen. Die Patienten wurden ein Jahr ambulant behandelt und in Abständen von vier Monaten bezüglich suizidalem Verhalten, Aggressivität, Impulsivität, Angst, Depression und sozialer Anpassung untersucht. Die Ergebnisse zeigten bei allen drei Interventionen nach einem Jahr signifikante positive Veränderungen hinsichtlich der Depressivität, Ängstlichkeit, globalem Funktionsniveau und sozialer Anpassung. In der TFP- und die DBT-Gruppe verbesserte sich die Suizidalität signifikant. Nur die TFP und die supportive Intervention wiesen eine signifikante Veränderung des Ärgererlebens und einiger Facetten der Impulsivität auf. Ausschließlich in der TFP-Gruppe waren die Irritierbarkeit sowie verbale und direkte Angriffe verringert. Die Autoren stellten fest, dass ein strukturiertes, ambulantes Behandlungsangebot bei Borderline-Patienten zu vielfältigen Behandlungserfolgen führte, wobei die TFP auf sechs Bereichen Veränderungen bewirkte, während die DBT und die supportive Therapie mit weniger Veränderungen verbunden war.

Bateman und Fonagy (2004, 2007) entwickelten die psychoanalytisch orientierte Behandlung „Mentalization-based Treatment“ (MBT) im Kontext einer teilstationären Tagesklinik für Borderline-Patienten, welches auf eine Verstärkung der Mentalisierungsprozesse zielt. Darunter verstehen die Autoren die Fähigkeit, eine Annahme über Bewusstseinsvorgänge in anderen Personen vorzunehmen, also in anderen Personen Gefühle, Bedürfnisse, Absichten, Erwartungen und Meinungen zu vermuten. Diese Fähigkeit wird innerhalb der ersten fünf Lebensjahre entwickelt. Borderline-Patienten weisen im Vergleich zu Kontrollpersonen eine geringere Mentalisierungsfähigkeit und Selbstreflexivität auf, was vermutlich durch den Bindungsstil, mangelnde Affektdifferenzierung und –spiegelung der Bezugspersonen wie auch durch frühe Traumatisierungen bedingt wird. Die Patienten externalisieren schlechte Bindungserfahrungen, sexuelle Gewalt und Misshandlung in einem „alien self“, welches ermöglicht, trotz der vernichtenden Erfahrung zu überleben. Die Mentalisierungsfähigkeit hat komplexe Auswirkungen auf die spätere Beziehungsfähigkeit und Selbstorganisation; so ertragen sexuell missbrauchte Frauen später sehr viel häufiger die schlechte Behandlung und Gewalt durch Partner, weil sie durch die frühe Erfahrung gelernt haben, nicht tolerierbare mentale Zustände zu externalisieren (Bateman & Fonagy, 2004, S. 40). Ziel der MBT ist die Stabilisierung des Selbstkonzeptes („sense of self“), was in Einzel- und Gruppentherapien durch verschiedene Therapiestrategien erreicht wird. Im Gegensatz zum klassischen analytischen Abstinenzverhalten sind die MBT-Therapeuten deutlich aktiver und offener. Sie fragen direkt, einfach und offen nach den Motiven, Gründen, Meinungen, Gefühlen und Bedeutungen, die zum Verhalten des Patienten und dessen Bezugspersonen führen, und berücksichtigen dabei die Entwicklungsdefizite der Patienten hinsichtlich ihrer Mentalisierungsfähigkeit. Im Gegensatz zur TFP wird die Übertragungsbeziehung nicht als primäres Mittel zur Veränderung genutzt, sondern die Umschulung der mentalen Geschlossenheit („retaining mental closeness“). Die komplexe Therapie erschien inzwischen als deutsches Manual (Bateman & Fonagy, 2007).

In einer ersten Studie (Bateman & Fonagy, 1999) verglichen die Autoren die Effizienz des MBT mit der allgemeinen psychiatrischen Routineversorgung von Borderline-Persönlichkeitsgestörten in ihrer Tagesklinik. Anhand der Ergebnisse von 44 Patienten konnte nach sechs und achtzehn Monaten eine Überlegenheit der MBT-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden: Depressive Symptome, suizidales und selbstverletzendes Verhalten, vollstationäre Behandlungen sowie soziale und zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit verbesserten sich. Die Ergebnisse waren drei Monate nach Abschluss der Behandlung stabil und weiterhin besser als in der Kontrollgruppe (Bateman & Fonagy, 2001). Schließlich publizierten Bateman und Fonagy (2003) eine Berechnung, wonach die Kosten der teilstationären MBT verglichen mit den Kosten bei unspezifischer psychiatrischer Versorgung während der achtzehnmonatigen Therapie und in den achtzehn Monaten der Katamnese geringer waren. Die Ergebnisse erweisen sich acht Jahre später als stabil (Bateman & Fonagy, 2008): 41 Patienten aus der ursprünglichen Studie wurden dazu untersucht, wobei die Ergebnisse besser waren, wenn nach dem 18-monatigen teilstationären Programm eine weitere 18-monatige, ambulante MBT-Behandlung angeschlossen wurde im Vergleich zu Patienten, welche danach mit herkömmlichen Methoden behandelt wurden. Diese Studie verdeutlicht zugleich die Langfristigkeit der psychotherapeutischen Begleitung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.

3.3 Psychopharmakologische Behandlung

Bis vor einigen Jahren bestand die vorherrschende Ansicht, dass Persönlichkeitsstörungen allgemein nur schwer zu behandeln seien und dass eine psychopharmakologische Behandlung nicht indiziert sei (Wedekind & Bandelow, 2006). Eine prospektive Langzeitverlaufsstudie der Arbeitsgruppe von Zanarini konnte nachweisen, dass mehr als 70% der Borderline-Patienten zumeist mit mehreren Psychopharmaka zusätzlich zur Psychotherapie behandelt werden. Mehr als 50% der Patienten nahmen zwei und mehr feste Medikamente, mehr als 35% nahmen drei und mehr, 20% nahmen vier und mehr, mehr als 10% nahmen mindestens fünf Psychopharmaka zeitgleich ein. Dabei handelte es sich in 67% der Fälle um Antidepressiva, 28% nahmen Anxiolytika, 27% nahmen Antipsychotika und 22% der Borderline-Patienten nahmen Mood stabilizer ein (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, Silk, 2004). Untersuchungen von Schmahl und Bohus (2001) kamen zu dem Ergebnis, dass ca. 80% aller stationär behandelten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zusätzlich mit psychotropen Substanzen mediziert wurden. Dabei sei die wissenschaftliche Evidenz für diese Behandlung gering; die meisten Studien versuchten die globale Wirksamkeit von Medikamenten für die BPS nachzuweisen, obwohl es sich bei dieser Störung um ein sehr heterogenes Symptombild handelt.

Kapfhammer (1999) gibt einen Überblick zu psychopharmakologischen Behandlungsansätzen in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und fasst Studien zur Wirkungsweise von Neuroleptika von 1982 bis 1993, von Antidepressiva von 1981 bis 1993, Benzodiazepinen (Studie von 1988) und gibt jeweils allgemeine Behandlungsempfehlungen. Einen aktuelleren Überblick zur Psychopharmakotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung liefern Wedekind und Ban-

delow (2006). Demnach stellen tri- und tetrazyklische Antidepressiva aufgrund der Studienlage nicht das Mittel der ersten Wahl bei der Behandlung affektiver Symptome dar, sondern es sollten selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) eingesetzt werden. Dabei liegen positive Ergebnisse für Fluoxetin in kontrollierten Studien vor (z.B. Rinne, van den Brink, Wouters, van Dyck, 2002), zur Wirksamkeit von Sertralin, Fluvoxamin und Venlafaxin gibt es erste hinweisgebende Studien. Eine weitere Studie zur Wirksamkeit von Fluoxetin (SSRI) in Kombination mit einer zwölfwöchigen Dialektisch-Behavioralen Therapie veröffentlichten Simpson, Yen, Costello, Rosen, Begin, Pistorello, Pearlstein (2004) in einem randomisierten, Placebo-kontrollierten Versuchsdesign mit 20 Borderline-Patienten. Die Ergebnisse zeigen keinen zusätzlichen positiven Effekt durch die zusätzliche Medikation.

Der Einsatz von Antikonvulsiva zur sogenannten mood-stabilisation konnte insbesondere für Carbamazepin, aber auch für Valproinsäure und Lamotrigin in ersten Studien positiv bewertet werden. Lang wirksame Benzodiazepine wie Oxazepam, Chlordiazepoxid und Clonazepam können Angst, Irritierbarkeit und Feindseligkeit reduzieren, kurz wirksame Benzodiazepine wie Lorazepam und Triazolam sollten nur sporadisch zur Krisenintervention bei drohendem Impulskontrollverlust eingesetzt werden. Insgesamt sollte der Gebrauch von Benzodiazepinen sehr kritisch gehandhabt werden, da bei Borderline-Patienten ein erhebliches Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial besteht. Die Wirksamkeit von Antipsychotika zur Reduktion der primär kognitiv-perzeptionellen Symptome wie Misstrauen, Beziehungsideen, paranoide Ideen, Derealisation, Depersonalisation, Illusionen oder Halluzinationen wurde für Haloperidol, Trifluoperazin, Thiothixen, Flupenthixol-Depot, Clozapin, Risperidon, Olanzapin und Quetiapin in qualitativ unterschiedlichen Studien insgesamt positiv bewertet.

Eine erste Studie zur Wirksamkeit von Olanzapin in Kombination mit einer zwölfwöchigen stationären Dialektisch-Behavioralen Therapie veröffentlichten Soler, Pascual, Campins, Barrachina, Puigdemont, Alvarez, Perez (2005). Sie untersuchten 60 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, die randomisiert den Versuchsbedingungen Olanzapin vs. Placebo zugewiesen wurden. 70 Prozent der Patienten konnten den viermonatigen Versuch mit der Katamnese einen Monat nach stationärer Therapie beenden. Die kombinierte Behandlung DBT und Olanzapin bei einer mittleren Dosierung von 8,83 mg pro Tag zeigte allgemein bessere Ergebnisse im Vergleich zur Placebo-DBT-Gruppe. Insbesondere waren die Patienten weniger depressiv, weniger ängstlich und weniger impulsiv-aggressiv.

Aripiprazole als relativ neues atypisches Antipsychotikum wurde in einer doppelblinden, Placebo kontrollierten Studie von Nickel, Muehlbacher, Nickel, Kettler, Pedrosa, Bachler, Buschmann, Rother, Fartacek, Egger, Anvar, Rother, Loew, Kaplan (2006) untersucht. Nach achtwöchiger Behandlung mit einer Dosis von 15 mg pro Tag waren die Effekte der Psychopharmakagruppe signifikant positiver (N=26) als in der Placebo-Gruppe (N=26) hinsichtlich verschiedener affektiver und psychopathologischer Variablen. Die selbstverletzenden Verhaltensweisen blieben dagegen eher unbeeinflusst. Naltrexon wurde in mehreren Studien zur Reduktion von Autoaggression und Dissoziation bei Patienten mit Borderline-Störung wirksam eingesetzt. Wedekind und Bandelow (2006) referieren ferner einen Be-

handlungsalgorithmus, der von der American Psychiatric Association zur Behandlungsleitlinie erhoben wurde (American Psychiatric Association, 2001).

4. Studien zur Evaluation der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Parallel zur Entwicklung der Dialektisch-Behavioralen Therapie begann Marsha M. Linehan, die Wirksamkeit dieses Therapieansatzes wissenschaftlich zu überprüfen. Die überzeugenden Evaluationsbelege trugen ebenso zur Verbreitung des Therapieansatzes bei wie die charismatische Gründungsfigur und deren inhaltliche Überzeugungskraft durch ein ganzheitliches, integratives Therapiekonzept mit zen-buddhistischen Elementen und philosophischem Hintergrund. Im Folgenden sollen die verschiedenen Studienansätze zur ambulanten, zur stationären und zu modifizierten Formen der Dialektisch-Behavioralen Therapie vorgestellt werden. Einen systematischen, zusammenfassenden Überblick zur Datenlage geben Blennerhasset und Wilson O`Raghallaigh (2005), Koerner und Linehan (2000), Swales, Heard, Williams (2000) sowie Robins und Chapman (2004).

4.1 Studien zur ambulanten, Standard-DBT

Zur ursprünglichen „Standard-DBT“ gibt es nach Robins & Chapman (2004) bislang 3 randomisierte, kontrollierte, klinische Studien: Drei Veröffentlichungen stellen die Ergebnisse der ersten Evaluationsstudie von Linehan und Mitarbeitern (1991;1993; 1994) an unterschiedlichen Kohorten vor, eine Studie mit kleiner Stichprobengröße von Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse, Bishop, Butterfield, Bastian (2001) repliziert die Ergebnisse, und eine weitere Studie von Verheul, Van den Bosch, Koeter, De Ridder, Stijnen, Van den Brink (2003) zeigt die Übertragbarkeit auf das europäische Ausland.

Die erste Studie zur Evaluation der ambulanten DBT wurde von Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, Heard 1991 veröffentlicht. Die Stichprobe bestand aus 44 Borderline-Patientinnen, die mindestens sieben der zehn Kriterien aus dem Diagnostischen Interview der Borderline-Persönlichkeit nach Gunderson und die Kriterien des DSM-III für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten⁴. Untersucht wurden ausschließlich Frauen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren mit mindestens zwei parasuizidalen Handlungen, davon mindestens eine in den letzten acht Wochen. Als Ausschlusskriterien galten komorbide Diagnosen der Schizophrenie, bipolaren Störung, Substanzabhängigkeit und geistigen Retardierung. Die Versuchspersonen wurden den Untersuchungsbedingungen zufällig zugeordnet und nach der Methode der matched samples paarweise aufgeteilt. Hierbei waren die Anzahl der bisherigen parasuizidalen Handlungen, die Häufigkeit stationärer Aufenthalte, das Alter und die Prognose Kriterien für die Paarbildung. Es wurde entweder eine einjährige, ambulante Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-Gruppe) oder eine einjährige Behandlung nach herkömmlichen Methoden (Kontrollgruppe TAU) durchgeführt. In der Kontrollgruppe suchten nur dreizehn Patientinnen tatsächlich Therapien

⁴ Es wurden die zum Zeitpunkt der Studie aktuellen diagnostischen Instrumente verwendet.

auf, während neun Frauen ohne jegliche Behandlung blieben. In beiden Gruppen nahmen letztlich je 22 Patientinnen an der Studie teil.

Die abhängigen Variablen wurden zu vier Messzeitpunkten erhoben (zu Beginn, nach vier, acht und zwölf Monaten). Untersucht wurden die Häufigkeit und der Schweregrad parasuizidaler Handlungen, die durch ein aufwändiges selbstentwickeltes Interviewverfahren ermittelt wurden. Ferner wurde eine ausführliche Behandlungsanamnese und die Suizidalität anhand von selbstentwickelten Leitfäden erhoben. Die Depressivität wurde per Selbsteinschätzung anhand des Becks Depression Inventory gemessen. Ferner kam Beck's Hoffnungslosigkeits-Skala und eine Skala zur Messung positiver Überlebensgründe zum Einsatz. Schließlich wurde Häufigkeit stationärer Behandlungen im Verlauf der Studie registriert.

Linehan und Mitarbeiter (1991) berichten folgende statistisch signifikante Ergebnisse:

- Parasuizidale Handlungen traten in der DBT-Gruppe signifikant seltener auf und waren medizinisch weniger schwerwiegend als in der Kontrollgruppe.
- Die Häufigkeit von Therapieabbrüchen war in der DBT-Gruppe bereits nach 8 Monaten signifikant seltener als im Vergleich zu denjenigen Patientinnen in der Kontrollgruppe, die eine neue Therapie begannen.
- Nur 16,7% der DBT-Gruppe im Vergleich zu 50% der Kontrollgruppe brachen die Behandlung nach einem Jahr ab.
- Die Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungstage war in der DBT-Gruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe.
- Die abhängigen Variablen Depression, Hoffnungslosigkeit, Überlebensgründe und Suizidalität unterscheiden sich zu Beginn nicht zwischen den beiden Gruppen. Im Therapieverlauf zeigen die DBT-Patientinnen deutlich stärkere Verbesserungen auf diesen Variablen.

Zwei Jahre später stellten Linehan, Heard und Armstrong (1993) die Ergebnisse einer Stichprobe von 39 Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im gleichen Versuchsdesign, aber mit einer größeren Anzahl abhängiger Variablen vor. Sie kamen zu folgenden Ergebnissen:

- Parasuizidales Verhalten verringerte sich in der DBT-Gruppe signifikant stärker als in der Kontrollgruppe.
- Die Anzahl der stationären psychiatrischen Aufenthalte sank in den letzten 6 Behandlungsmonaten stärker in der DBT-Gruppe als in der Kontrollgruppe.
- Das Erleben von Ärger wurde weniger in der DBT-Gruppe und blieb in der Kontrollgruppe konstant.
- Das globale Funktionsniveau verbesserte sich in der DBT-Gruppe signifikant stärker als in der Kontrollgruppe.
- Das Ausmaß der sozialen Integration verbesserte sich in der Selbst- und Fremdeinschätzung bei Patientinnen der DBT-Gruppe signifikant stärker als in der Kontrollgruppe in den letzten 6 Behandlungsmonaten.

- Die Veränderungseffekte, welche die Überlegenheit der Dialektisch-Behavioralen Therapie im Vergleich zu keiner oder einer herkömmlichen Behandlung zeigen, bleiben auch in der Kattamnese nach einem Jahr stabil.

Linehan, Tutek, Heard, Armstrong (1994) veröffentlichten weitere Ergebnisse im gleichen Studienaufbau an einer Kohorte von 26 Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und belegen erneut die Überlegenheit der einjährigen, ambulanten DBT gegenüber herkömmlichen Behandlungsmethoden, bei denen es sich zumeist um ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung handelt. Einige der Patienten wurden zusätzlich mit Psychopharmaka behandelt, wenige Patienten blieben unbehandelt. Schwerpunkt der Veröffentlichung sind die verbesserten zwischenmenschlichen Ergebnisse, welche anhand des Erlebens von Ärger, globaler sozialer Anpassung und globaler, allgemeiner Funktionsfähigkeit gemessen werden.

In Koerner und Linehan (2000) berichteten die Autoren von einer Replikationsstudie unter stärker kontrollierten Versuchsbedingungen, die inzwischen abgeschlossen und publiziert wurde (Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund, Tutek, Reynolds, Lindenboim, 2006). In einer kontrollierten, randomisierten Studie wurden einhundert Borderline-Patienten einer einjährigen ambulanten Therapie unterzogen, welche entweder als Dialektisch-Behaviorale Therapie oder durch ausgewiesene psychotherapeutische Experten (treatment by experts) durchgeführt wurde. Die Vergleichsgruppe wurde zur besseren Vergleichbarkeit hinsichtlich ausgewählter Patientenmerkmale parallelisiert (matched samples) wie z.B. Alter, Suizidversuche in der Vorgeschichte, negative prognostische Indikatoren und psychiatrische Hospitalisierung. Außerdem werden die nicht-verhaltenstherapeutisch arbeitenden Experten besonders ausgewählt, um die interne Validität zu maximieren. Sie wurden als ausgewiesene Experten in der Behandlung von schwierigen Patienten von Leitungspersonen im ambulanten Gesundheitssystem benannt. Die Therapeuten waren bezüglich Geschlecht, Erfahrung, Ausbildungsgrad wie Promotion vergleichbar. Die Experten erhielten eine psychoanalytische Supervision in vergleichbarem Umfang wie die DBT-Therapeuten und konnten den Patienten soviel Therapie anbieten, wie sie für nötig hielten. Auch diese Studie repliziert die Ergebnisse, wonach Patienten nach DBT z.B. weniger als halb so häufig Suizidversuche ausführen, weniger Hospitalisierung aufgrund von Suizidalität aufweisen, seltener die Therapie abbrechen im Vergleich zur Behandlung durch anderen Therapieexperten.

Koons et al. (2001) replizierten Linehans Ergebnisse anhand einer Stichprobe von 20 Frauen, von denen 40% kürzlich parasuizidales Verhalten gezeigt hatten. Nach 6 Monaten waren suizidale Vorstellungen, Hoffnungslosigkeit, Depression und Ärgerausdruck in der DBT-Gruppe stärker als in der Gruppe mit herkömmlicher Behandlung gesunken. Nur in der DBT-Gruppe wurde eine signifikante Reduktion der Häufigkeit parasuizidalen Verhaltens, des ausgedrückten Ärgers und der Dissoziation gezeigt, nicht jedoch in der Kontrollbedingung. Angstsymptome änderten sich in keiner der Gruppen. Im Gegensatz zur Untersuchungsgruppe bei Linehan zeigten die Probanden von Koons et al. weniger parasuizidales Verhalten, so dass die Therapeuten nach der Therapiezielhierarchie auch anderes selbst-

schädigendes Verhalten fokussieren konnten. Robins und Chapman (2004) vermuten, dass dadurch die im Vergleich zu Linehans Studien besseren Ergebnisse auf den anderen abhängigen Variablen gezeigt werden konnten.

Eine weitere kontrollierte, randomisierte Studie wurde in den Niederlanden von Verheul, van den Bosch, Koeter, de Ridder, Stijnen, van den Brink (2003) durchgeführt. Sie untersuchten 58 Frauen, welche unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten. Es handelt sich um eine randomisierte klinische Studie, in der die Wirkung der ambulanten, einjährigen DBT mit einer Behandlung nach herkömmlichen Methoden (TAU) verglichen wurde, wobei die Stichprobe identisch mit der Studie von van den Bosch, Verheul, Schippers, van den Brink (2002) war. Der Studienaufbau wird in Kapitel 4.3.1 detailliert vorgestellt; es handelte sich um 58 Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit und ohne Substanzabhängigkeit.

Die Ergebnisse der niederländischen Untersuchung von Verheul und Mitarbeitern (2003) bestätigten erneut:

- DBT hat eine erheblich höhere Rate von Therapieabschlüssen mit 77% im Vergleich zu TAU mit 37%.
- DBT bewirkt im Vergleich zur Kontrollgruppe eine erhebliche Verringerung des suizidalen und parasuizidalen Verhaltens.
- Es bestand im Vergleich zur Kontrollbedingung eine stärkere Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens, wenn nach DBT behandelt wurde und vorher eine hohe Frequenz des SVV vorhanden war.
- Allerdings zeigte sich keine Veränderung im Erleben von Depression, Hoffnungslosigkeit, Coping-Annahmen oder in Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit in beiden Gruppen.

Die psychopharmakologische Medikation war in beiden Gruppen vergleichbar, so dass die positiven Ergebnisse nicht durch die Konfundierung mit der medikamentösen Therapie erklärt werden können. Aus den Ergebnissen lässt sich vorsichtig schlussfolgern, dass die DBT auch außerhalb der USA und außerhalb der Forschungsgruppe um Linehan mit entsprechenden positiven Effekten implementiert werden kann. Dabei ist die Ergebnislage den Daten der Studien von Linehan (1991, 1993, 1994) sehr ähnlich.

Inzwischen stellten Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg (2004) das Design einer großangelegten Multicenter-Studie vor, in der drei etablierte Therapieverfahren unterschiedlicher Schulen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im ambulanten Rahmen verglichen werden: die Transference-Focused Psychotherapie (TFP) nach Clarkin, Yeomans & Kernberg (Clarkin, 2001a), die DBT nach Linehan (1996a, 1996b) und eine supportive, psychoanalytisch fundierte Psychotherapieform nach Rockland (1992, zitiert nach Clarkin, 2004) mit fakultativer medikamentöser Behandlung. Die Ergebnisse dieser Studie wurden 2007 von Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg veröffentlicht. Neunzig Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden randomisiert den drei Therapiegruppen zugeordnet, ein Jahr ambulant behandelt und in Abständen von vier Monaten untersucht bezüglich suizidalem Verhalten,

Aggressivität, Impulsivität, Angst, Depression und sozialer Anpassung. Die Autoren stellen fest, dass ein strukturiertes, ambulantes Behandlungsangebot bei Borderline-Patienten zu vielfältigen Behandlungserfolgen führte, wobei die TFP auf sechs Bereichen Veränderungen bewirkte, während die DBT und die supportive Therapie ebenfalls wirksam, aber mit weniger Veränderungen verbunden war (ausführlich in Kapitel 3.4).

4.2 Fazit und Kritik

Die DBT für Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurde zunächst für ambulante Therapien entwickelt und entsprechend wissenschaftlich evaluiert. Die ersten empirischen Studien von Linehan zeigen eine gute empirische Evidenz, dass die Dialektisch-Behaviorale Therapie den herkömmlichen, unspezifischen, ambulanten Behandlungen überlegen ist. Eine besondere Effektivität wurde für die Untergruppe der Borderline-Patientinnen mit chronischer Suizidalität und massivem selbstverletzenden Verhalten nachgewiesen, da zumeist diese Teilpopulation der Borderline-Patienten selektiert wurde. Erste Ergebnisse im europäischen Ausland zeigen die Übertragbarkeit und Durchführbarkeit der Standard-DBT unter anderen Rahmenbedingungen.

Allerdings untersuchen sämtliche Studien einen Behandlungszeitraum von lediglich einem Jahr, obwohl die gesamte Therapie auf mindestens zwei Jahre angelegt ist, so dass in den Studien vorrangig die Effizienz in der ersten Therapiephase der Stabilisierung und Verringerung von suizidalem, parasuizidalem und therapiegefährdendem Verhalten nachgewiesen wird. Studien, welche DBT für längere Zeiträume evaluieren, fehlen bislang noch. Verschiedene Arbeitsgruppen arbeiten an der Fragestellung, die Wirksamkeit der DBT in der zweiten Phase zu überprüfen.

Linehan (1991) selbst räumt bereits ein, dass die Stichprobe ihrer Veröffentlichungen sehr homogen und stark selektiert ist. So wurden ausschließlich Frauen untersucht, es wurden nur Patientinnen mit chronischer Suizidalität und starker Selbstverletzung behandelt, obwohl das Spektrum von selbstschädigenden Verhaltensweisen bei Borderline-Patientinnen deutlich größer ist. Insbesondere substanzabhängige Frauen wurden in den ersten Studien ausgeschlossen, obwohl erheblicher Substanzmissbrauch bei jeder zweiten Patientin vorkommt und Substanzabhängigkeit ebenfalls häufig ist (siehe Kap. 2.4.2). Später entwickelte Linehan ein spezifisches DBT-Programm für Borderline-Patienten mit Suchterkrankung (DBT-S) und evaluierte dessen Wirksamkeit (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter, Comtois, 1999; Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, Heagerty, 2002). Die Ergebnisse werden in Kapitel 4.3.1 vorgestellt. Bezüglich der Stichprobenselektion ist zu fragen, ob es sich bei den chronisch suizidalen und selbstverletzenden Patientinnen um eine besonders gut zu behandelnde Untergruppe handelt, sofern eine tragfähige Therapiebeziehung aufgebaut werden kann.

Kritisch zu bewerten ist nach Dammann, Clarkin, Kächele (2000), dass Linehan in ihren ersten Publikationen selbst 5 von 20 Einzeltherapien und vier Fertigkeitengruppen durchführte. Dadurch kann es zum Hawthorne-Effekt, also zur unbeabsichtigten Stärkung der DBT-Versuchsbedingung, gekommen sein. Allerdings liegen inzwischen verschiedene Replikationsstudien vor, welche dieses Argument

entkräften. Bei den anfänglichen Linehan'schen Studien erfolgte keine Standardisierung der Pharmakotherapie, die parallel durchgeführt wurde. Nach Koerner und Linehan (2000) zeigten sich hier jedoch keine systematischen Unterschiede zwischen DBT- und TAU-Gruppe. Durch die Behandlung mit DBT erlernen die Patientinnen Fertigkeiten zur Spannungs- und Emotionsregulation, so dass sie häufig ihre Medikamente reduzieren können. Es wäre möglich, dass die Patientinnen in der Gruppe der herkömmlichen Behandlung deutlich sedierter waren und die Ergebnisse mit dieser Wirkung konfundiert sind. Hier ist zu kritisieren, dass die Vergleichsgruppe sehr unterschiedliche Behandlungen erfuhr, die von keiner therapeutischen Versorgung bis zu einer Kombination aus ambulanter, stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischen Intervention reichen konnte. Auch ist die psychopharmakologische Medikation nicht ausreichend dokumentiert und kontrolliert worden.

Die Stichprobengröße ist in allen Studien relativ klein, insbesondere in der Nachuntersuchung von Linehan, Tutek et al. (1994), so dass die Gültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt ist. Ferner wurden die Effektstärken der einzelnen DBT-Module bislang nicht evaluiert, was nur in einer Studie mit großer Versuchspersonenanzahl möglich wäre. Schließlich ist die Mischung der Kontrollgruppe bei Linehan ungünstig, da 25% der Kontrollprobanden keinerlei Therapie erhielten und insofern keine Effekte zeigen können, sondern eher eine Wartegruppe sind. Zudem ist die DBT eine hochfrequente, sehr intensive Behandlung. Die Ergebnisse einer entsprechenden Multicenter-Studie, welche die kritischen Argumente insgesamt berücksichtigt, sind noch nicht veröffentlicht worden. Aber Linehan et al. (2006) verglichen DBT-Therapeuten mit einer Behandlung durch ausgewiesene Experten, in der die Erhöhung der internen Validität durch vergleichbare Probanden und durch die Selektion besonders qualifizierter Psychotherapeuten gelang, welche nicht verhaltenstherapeutisch tätig, aber ausgewiesene Experten in der Behandlung schwieriger Patienten waren. Auch hier zeigte sich die Überlegenheit der DBT.

4.3 Studien zur Wirksamkeit der ambulanten DBT bei unterschiedlichen Patientengruppen

Im Folgenden werden randomisierte und quasiexperimentelle Studien vorgestellt, in denen die Anwendbarkeit der ambulanten DBT auf verschiedene Patientengruppen überprüft wird. Hierzu zählen Personen mit der Doppeldiagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit, Patienten mit Essstörungen, Posttraumatischer Belastungsstörung, Depression, ADHS sowie suizidale Jugendliche.

4.3.1 Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Substanzabhängigkeit

Die meisten Studien schließen Substanzabhängigkeit als komorbide Diagnose a priori aus (Bateman & Fonagy, 1999; Linehan et al. 1991; Linehan et al. 1993; Linehan et al. 1994). Linehan, Schmidt, Dimmeff, Craft, Kanter, Comtois legten 1999 ein spezifisches Programm für Borderline-Patienten mit der

Doppeldiagnose Substanzabhängigkeit vor („DBT-S“), obwohl bis dahin nicht empirisch überprüft worden war, ob Borderline-Patienten mit Substanzabhängigkeit deutlich schlechter als andere Borderline-Patienten von der DBT profitieren, so dass eine Modifikation indiziert gewesen wäre. Van den Bosch, Verheul, Schippers, van den Brink (2002) führten die erste randomisierte klinische Studie zur Evaluation von DBT für BPS-Patienten mit und ohne Substanzabhängigkeit durch. Van den Bosch et al. (2002) verteilten 58 weibliche Borderline-Patientinnen mit Substanzabhängigkeit (31 Frauen) und ohne Substanzabhängigkeit (27 Frauen) zufällig auf die Gruppen Standard-DBT und treatment-as-usual. In der DBT-Gruppe erfolgte eine zwölfmonatige, ambulante Behandlung mit wöchentlicher, kognitiv-behavioraler Einzeltherapie nach Linehan, mit wöchentlichen, bis zu 2 ½ Stunden dauernden Skills-Trainingsgruppen, mit wöchentlicher Supervision und Teamsitzungen der Therapeuten sowie mit Telefon-Beratung in Krisen. Im Gegensatz zu den meisten anderen Studien wurde diese Studie in Europa (Amsterdam) durchgeführt. Therapeuten aus dem psychiatrischen und dem suchtspezifischen Bereich, welche in DBT fortgebildet und supervidiert wurden, führten die Therapien nach Linehan durch.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Standard-DBT erfolgreich in einer gemischten Gruppe für Patienten mit und ohne Suchterkrankung durchgeführt werden kann. Die Behandlung bewirkte in der DBT-Gruppe eine deutlich geringere Therapieabbruchrate (37%) im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungen (77%) und eine stärkere Reduktion der suizidalen und parasuizidalen Handlungen und Impulse verglichen mit der TAU-Gruppe. Die Reduktion der Selbstverletzungen gelang aufgrund des statistischen Effektes (Decken-Effekt) natürlich erheblich besser bei denjenigen, deren Frequenz der Selbstverletzungen vor Beginn der Behandlung hoch war. Dagegen gab es keinen Einfluß auf das Ausmaß des Substanzmißbrauchs, welcher in beiden Gruppen mehr oder weniger gleich stark blieb. Das Vorgehen der Standard-DBT schien die Substanzabhängigkeit der Borderline-Patientinnen nicht deutlich zu beeinflussen.

Van den Bosch et al. (2002) vermuten, dass die DBT effektiv auf dasjenige Verhalten wirkt, dass in der Therapie fokussiert wird. In der Standard-DBT steht zuerst Suizidalität, dann Selbstverletzung im Fokus. Offenbar wird das therapeutische Vorgehen von den Patienten nicht selbständig auf andere Verhaltensbereiche generalisiert. Ferner zeigte sich in dieser Studie, dass durch die DBT im ersten Jahr der Therapie intrapsychische Elemente wie chronische Leere, instabile Beziehungen, Identitätsstörung nicht beeinflusst wurden. Eventuell werden diese Themen durch psychodynamisch orientierte Therapieansätze besser erreicht. Van den Bosch und Mitarbeiter plädieren dafür, keine modifizierten DBT-Programme für bestimmte Doppeldiagnosen zu entwickeln, sondern das Suchtproblem spezifisch in die Standard-DBT zu integrieren, weil es leicht zum Symptom-Shifting kommt, viele komorbide Diagnosen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung bestehen und weil eine weitere Differenzierung im Gesundheitssystem schwer zu organisieren ist. Kritisch zu bemerken ist die kleine Stichprobengröße für eine dreifaktorielle Varianzanalyse. In einer weiteren Studie (van den Bosch, Verheul, van den Brink, 2001) verglichen die Autoren bereits Borderline-Patientinnen mit und ohne Substanz-

abhängigkeit, wobei sie nachwies, dass Anzahl und Ausmaß der psychopathologisch relevanten Unterschiede begrenzt sind. So waren die substanzabhängigen Borderliner ängstlicher, fühlten sich insuffizienter und unternahmen mehr Suizidversuche; sie waren weniger hospitalisiert und weniger ärgerlich als Borderline-Patientinnen ohne Substanzabhängigkeit.

Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, Heagerty (2002) verglichen in einer randomisierten klinischen Studie die Wirkung der Dialektisch-Behavioralen Therapie im Vergleich zur akzeptanzorientierten Therapie („Comprehensive Validation Therapy“) kombiniert mit dem zusätzlichen 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker. Zielgruppe waren Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Opiatabhängigkeit, welche mit dem Opiat-Agonisten LAAM substituiert wurden. Die Behandlung dauerte 12 Monate. Vier Monate nach Abschluß der Studie wurde eine Kattamnese erhoben. Der Drogengebrauch wurde mittels Selbstbericht und 3 Mal wöchentlich anhand von Urinalysen erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass auch 4 Monate nach Abschluß der einjährigen Therapien der Drogengebrauch in beiden Gruppen nachweisbar anhand von Urinalysen verringert ist. Die Therapieabbruchquote zeigt für die DBT-Gruppe deutlich schlechtere Ergebnisse, da in der CVT + 12S Gruppe alle Teilnehmer in der Therapie blieben, in der DBT-Gruppe verblieben nur 64% bis zum Ende der Behandlung. In beiden Behandlungs-Bedingungen zeigen sich deutliche Verbesserungen hinsichtlich der Psychopathologie im Vergleich zu Beginn.

4.3.2 Studien zur Wirksamkeit der DBT bei Essstörungen

Bulimia nervosa und binge eating disorder gelten innerhalb der Essstörungen als sogenannte Impulskontrollstörungen, während bei der Anorexia nervosa eine übermäßige Kontrolle über das Essverhalten ausgeübt wird. Borderline-Patienten zeigen häufig Essstörungen als komorbide Diagnosen, beispielsweise fanden Zanarini, Frances, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, Reynolds (1998) bei 53% der stationären Borderline-Patienten eine komorbide Essstörung. Im klinischen Alltag ist immer wieder beobachtbar, dass die Patienten Essen zur Bewältigung von (aversiven) Emotionen einsetzen. Daher ist der Ansatz sinnvoll, die Anwendbarkeit der DBT für Bulimia nervosa und binge eating disorder zu prüfen, welches Gegenstand der folgenden drei Untersuchungen ist. Zur Wirksamkeit der DBT bei Borderline-Persönlichkeitsgestörten mit Anorexia nervosa ist keine Studie bekannt, obwohl klinisch beobachtet werden kann, dass Borderline-Patienten Nahrungsmittelabstinenz zur Spannungsregulation und zur Manipulation der Emotionen einsetzen.

Safer, Telch, Agras (2001) veröffentlichten eine erste Studie zur Anwendbarkeit der DBT auf Patientinnen mit Bulimia Nervosa. Sie konnten zeigen, dass 20 Wochen Dialektisch-Behaviorale Therapie, bestehend aus einer wöchentlichen Einzeltherapie mit dem Fokus Emotionsregulation nach dem DBT-Manual, im Vergleich zu 20 Wochen unter Wartelistenbedingungen eine erhebliche Verringerung der bulimischen Episoden bewirkte. An dieser ersten, randomisierten, klinischen Studie nahmen 31 Frauen teil. 14 Frauen wurden nach DBT behandelt, 15 warteten auf den Therapiebeginn, 3 wurden wegen Schwangerschaft und psychotischer Episoden aus der Studie ausgeschlossen. Es wurden keinerlei

Angaben zu den Komorbiditäten veröffentlicht, ebenso fehlen Angaben zur Stabilität der Effekte. Durch die geringe Stichprobengröße wird die Aussagekraft eingeschränkt.

Telch, Agras, Linehan (2001) veröffentlichten eine randomisierte, klinische Studie, an der 44 Frauen mit Binge Eating Disorder den Bedingungen Dialektisch-Behaviorale Therapie und einer Warteliste zugewiesen wurden. Sie überprüften die Anwendbarkeit der DBT auf diese Form der Essstörung unter der Hypothese, dass Personen mit Heißhunger-Attacken Schwierigkeiten haben, negative Emotionen zu regulieren, und daher versuchen ihren emotionalen aversiven Stress durch Heißhungerattacken zu bewältigen. Das Verschwinden der unangenehmen Gefühle verringert die Auftretenswahrscheinlichkeit für Heißhungerattacken. Von den 44 Studienteilnehmerinnen schieden 10 Frauen vorzeitig aus. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie wurde modifiziert durch die Reduktion auf 20 Wochen und zwei Stunden Gruppentherapie pro Woche mit den drei Modulen Achtsamkeit, Emotionsregulation und Stresstoleranz. Die verschiedenen abhängigen Variablen wurden zu Beginn und nach 20 Wochen Therapie sowie 3 und 6 Monate katamnestisch erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass 89% der Patientinnen der modifizierten DBT-Gruppe ihre massiven Heißhungerattacken beendeten, während dieses nur 12,5% der Kontrollgruppe schafften. 6 Monate nach Abschluss der DBT waren die Erfolge bei 56% der Patientinnen stabil. Deutliche Effekte auf die Veränderung von Depression und Ärger konnten nicht festgestellt werden. Vermutet wird, dass die Therapie nicht die Intensität der Emotionen beeinflusst, sondern den Umgang mit den aversiv empfundenen Emotionen. Unklar bleibt, ob es sich um ein therapieunspezifisches Ergebnis oder um die spezifische Wirkung der modifizierten DBT handelt. Eine Multicenter-Studie, welche die Wirkung verschiedener kognitiver verhaltenstherapeutischer Ansätze bei Essgestörten vergleicht, wäre sinnvoll.

Safer, Lively, Telch, Agras (2002) untersuchten in einer weiteren Veröffentlichung, durch welche Prädiktoren ein Rückfall nach vorheriger Abstinenz des binge eating vorhergesagt werden kann. Demnach konnte vor allem das sehr frühe Alter bei Beginn der Essstörung, welches 16 Jahre und jünger betrug, Rückfälle nach erfolgreicher 20-wöchiger DBT vorhersagen. Ferner konnte die Subskala „Zurückhaltung“, welche in einer für die Untersuchung entwickelten Interviewsequenz erhoben wurde, Patientinnen, die rückfällig wurden, von denjenigen, welche auch nach 6 Monaten abstinent blieben, diskriminieren.

4.3.3 Studien zur Wirksamkeit bei posttraumatischer Belastungsstörung, Depression, ADHS und Suizidalität im Jugendalter

Drabkin und Calhoun (2003) überprüften die Wirksamkeit der DBT bei Borderline-Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung anhand einer ersten kleineren Stichprobe. Sie untersuchten 18 Frauen, die ein Jahr an einer ambulanten DBT innerhalb eines Traumatic Stress Service teilnahmen und neben einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unter einer posttraumatischen Belastungsstörung und unter weiteren komorbiden Störungen litten. Durch die DBT gelang eine Stabilisierung der traumatisierten Patientinnen, 65% reduzierten die Anzahl der stationären Behandlungstage, 45% der Frauen reduzierten die Häufigkeit von Notfallbehandlungen, und es kam zu einer 700% Steigerung der

Arbeits- und Schulfähigkeit, wobei hier einschränkend zu bemerken ist, dass vor Beginn der Therapie lediglich eine Patientin berufstätig war. Einschränkend ist ferner zu bedenken, dass es sich um eine kleine Stichprobe ohne Kontrollgruppe handelt. Weitere explizite Studien sind diesbezüglich nicht bekannt; allerdings ist aufgrund der hohen Komorbidität zu vermuten, dass in den DBT-Studien viele traumatisierte Borderline-Patientinnen teilnahmen.

Lynch, Morse, Mendelson, Robins (2003) untersuchten die Wirkung der DBT im Vergleich mit Antidepressiva auf Patienten ab dem 60. Lebensjahr mit Depression und komorbider Persönlichkeitsstörung. 34 Personen wurden randomisiert auf drei Gruppen aufgeteilt. Sie erhielten 28 Wochen eine antidepressive Medikation, oder eine Kombination von Medikamenten und eine wöchentliche Gruppentherapie nach DBT (skillstraining) und individuelle 30-minütige telefonische Einzelcoachings. Die Kombinationsbehandlung zeigte die besten Erfolge: 71% der Patienten aus der Kombinationsbehandlung waren remittiert im Vergleich zu 47% der ausschließlich medikamentös behandelten Personen. In einer zweiten Studie wurden depressive Patienten ab dem 55. Lebensjahr zunächst acht Wochen medikamentös behandelt (Lynch, Cheavens, Cukrowicz, Thorp, Bronner, Beyer, 2007). In der zweiten Phase der Studie wurden diejenigen Patienten, die nicht profitiert hatten, randomisiert auf die Gruppen Kombinationsbehandlung DBT und Medikamente (SSRI) oder ausschließlich Medikamente aufgeteilt. 65 Probanden absolvierten die erste Phase der Studie, davon nahmen 35 Personen an der zweiten Studienphase teil. Die Psychotherapie bestand aus dem wöchentlichen Fertigkeitstraining, 24 Einzeltherapiesitzungen nach DBT. Behandlungsergebnisse wurden sechs, neun und fünfzehn Monate nach der Randomisierung überprüft anhand der Depressionswerte und der interpersonellen Aggressionsbereitschaft sowie Sensibilität. Die Ergebnisse bestätigen erneut die Überlegenheit der Kombinationsbehandlung, bestehend aus der standardisierten ambulanten Einzel- und Gruppentherapie nach DBT sowie antidepressiver Medikation, im Vergleich zu einer ausschließlichen medikamentösen Intervention.

Inzwischen geht man davon aus, dass sehr viele Borderline-Patienten als Kinder und Jugendliche unter der sogenannten Aufmerksamkeits-Defizit-Störung litten. Die bisherigen Therapieansätze hierzu konzentrieren sich auf die Behandlung von Kindern. Hesslinger, Philipsen, Richter, Ebert, (2004) entwickelten ein dreizehnwöchiges, manualisiertes Gruppentrainingsprogramm zur Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten, das viele Elemente aus dem DBT-Manual aufgreift und anhand einer kleinen Stichprobe in einer Pilot-Studie untersucht wurde (Hesslinger, Tebartz van Elst, Nyberg, Dykier, Richter, Berner, Ebert, 2002). Es lässt sich zusätzlich bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und ADHS anwenden.

Koerner und Linehan (2000) berichten schließlich von einer Studie, in der eine modifizierte Form der DBT für suizidale und depressive Jugendliche in einer nicht randomisierten Pilotstudie eingesetzt wurde. Es zeigten sich keine signifikanten Effekte, allerdings bestanden aufgrund des naturalistischen Designs vorab Stichprobenunterschiede, so dass die Ergebnisse nur schwer zu interpretieren sind.

4.3.4 Studien zur DBT in einem ambulanten Netzwerk

Abschließend ist das Darmstädter Netzwerk, bestehend aus einer Gruppe von niedergelassenen Psychotherapeuten um Hans Gunia und Michael Huppertz, zu erwähnen. Gunia, Huppertz, Friedrich, Ehrenthal (2000) beschreiben die Entstehung und die Rahmenbedingungen des Darmstädter Netzwerkes. Die tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten bieten in einer 11-köpfigen Kollegengruppe ambulante Einzeltherapie und Fertigkeitentraining als wöchentliche, psychoedukativ orientierte Gruppentherapie an. Parallel wurde von Prof. Friedrich an der Darmstädter Universität eine begleitende Evaluationsforschung begonnen. Zu Beginn der Therapien bearbeiten die Borderline-Patienten eine 40-minütige Fragebogenbatterie zur Therapiemotivation, psychischen Symptomatik, Depressivität, Ärgererleben, Dissoziation und zur sozialen Unterstützung sowie Selbstwirksamkeitserleben. Ferner werden halbstrukturierte Interviews mit den Patienten durchgeführt. Eine breite Basisdokumentation, Zielerreichungsskalierung sowie wöchentliche Protokolle werden von Therapeuten und Patienten vorgenommen. Die Kontrollgruppe besteht aus Borderline-Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz. Die umfangreiche Datenerhebung ist auf mehrere Jahre angelegt, da auch einzelne Module der DBT in ihrer Wirksamkeit überprüft werden sollen.

Erste Ergebnisse von 33 behandelten Patienten veröffentlichten Gunia, Huppertz, Friedrich, Ehrenthal (2000). Die ermittelte Therapieabbruchquote im ersten Jahr ist sehr niedrig. Signifikante Verbesserungen zeigen sich hinsichtlich Suizidraten, Selbstverletzungen und Hospitalisierungs-Neigung. Ergebnisse zum Therapieverlauf von 11 Patienten zeigen eine verringerte Depressivität und Problemlösekompetenz bei gleich bleibender hohem Ärgererleben. Ausgewertet werden auch Angaben der Patienten dazu, welche der zahlreich vermittelten Fertigkeiten geholfen haben.

4.3.5 Studien zu den Wirkkomponenten Validierung und Veränderung

Wenige Studien befassen sich mit der Frage, wodurch die Effektivität der DBT bewirkt wird. Turner (2000) untersuchte hierzu 24 Patienten, die nach einem Suizidversuch in der Notfallaufnahme behandelt wurden und unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten. Die Patienten wurden nach randomisierter Zuordnung ein Jahr ambulant entweder nach DBT (ohne Gruppentherapie), oder nach der klientenzentrierten Therapiemethode von Rogers (1993) behandelt. Mit diesem Studienaufbau lässt sich eine vorrangig validierende Therapiemethode mit der DBT vergleichen, welche validierende und verändernde Therapiestrategien in einer dialektischen Balance zu verbinden sucht. Die Ergebnisse zeigten, dass sich alle Patienten signifikant verbesserten. Aber die Patienten, die nach DBT behandelt wurden, verringerten ihre Rate an Suizidversuchen und Selbstverletzungen signifikant stärker als die Patienten mit klientenzentrierter Gesprächstherapie. Die Patienten der DBT-Gruppe konnten außerdem die Anzahl stationärer Behandlungstage während der ambulanten Therapie stärker reduzieren, ihre suizidalen Vorstellungen, die Impulsivität, das Erleben von Ärger und Depression deutlicher verringern sowie schließlich die globale mentale Gesundheit stärker verbessern. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich hinsichtlich des Ausmaßes der Angstreduktion. Die Qualität des the-

rapeutischen Arbeitsbündnisses aus Sicht der Patienten klärte dabei ebenso gut wie die Therapiemethode die Varianz hinsichtlich sämtlicher Ergebnisvariablen auf. Die Autoren schlussfolgern daraus eine Überlegenheit der validierenden und zugleich verändernden Therapiestrategien der DBT bei der ambulanten Behandlung von Borderline-Patienten nach akutem Suizidversuch im Vergleich zur vorrangig validierenden Vorgehensweise der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers. Allerdings fehlt eine klare Überprüfung, inwieweit die Therapeuten tatsächlich entsprechend der Richtlinien ausschließlich validierend bzw. DBT-orientiert arbeiteten.

Diese interessante Fragestellung wurde nochmals von Linehan, Dimeff, Reynolds, Comtois, Welch, Heagerty (2002) an einer Stichprobe von Borderline-Patienten mit Opiatabhängigkeit untersucht. Sie verglichen eine DBT-Validierung fokussierende Behandlungsmethode mit der DBT, in der Validierungs- und Veränderungsstrategien in eine dialektische Balance gebracht werden sollen. Koerner und Linehan (2000) hatten bereits postuliert, dass diese dialektische Balance ein wesentliches Erfolgsmoment der Einzeltherapeuten sein soll. In der Studie zeigte sich, dass in der Validierungsvariante keine Patienten durch Therapieabbruch verloren gingen im Gegensatz zu 36% Abbruchquote in der DBT-Gruppe (ausführlicher Kapitel 4.3.1).

4.3.6 Studien zu ambulanten Kurzformen der DBT

Es gibt eine Reihe von Studien, die sich nicht mit der Wirkung der von Linehan manualisierten „Standard-DBT“ in einem ambulanten, mindestens ein Jahr umfassenden Therapiesetting befassen, sondern eine Kurzform der DBT hinsichtlich ihrer Effekte im ambulanten Setting evaluieren. Ein Teil dieser Studien wurde bereits in den vorangegangenen Kapiteln mit dem Fokus der Zielgruppe referiert (Saffer, Telch, Agras, 2001; Telch, Agras, Linehan, 2001; Lynch, Morse, Mendelson, Robins, 2003).

Rathus und Miller (2002) untersuchten die Wirksamkeit eines mit Linehan entwickelten modifizierten DBT-Programms für suizidale Erwachsene. Die DBT wurde in 12-wöchiger Kurzform ambulant durchgeführt. Es wurden deutlich weniger Fertigkeiten vermittelt und eine vereinfachte Sprache verwendet. In das psychoedukative Fertigkeitentraining und die Einzeltherapie wurden Eltern oder Betreuer integriert. 29 Borderline-Patienten, deren Suizidversuch innerhalb der letzten 16 Wochen erfolgte oder die chronische Suizidvorstellungen angaben, nahmen an der quasiexperimentellen Studie teil. Verglichen wurden die Ergebnisse der Patienten, welche nach DBT behandelt wurden, mit den Resultaten von Personen, welche zweimalig pro Woche eine supportive psychodynamische Einzeltherapie und eine wöchentliche Familientherapie erhielten. In der DBT-Gruppe kam es zu einer stärkeren Reduktion der Suizidalität und der stationären Behandlungstage im Vergleich zur Kontrollgruppe. Es lagen weniger Therapieabbrüche im Untersuchungszeitraum vor. Keine Unterschiede bestanden bei der Anzahl der Suizidversuche.

Evans, Tyrer, Catalan, Schmidt, Davidson, Dent (1999) entwickelten eine sehr kurze, DBT-orientierte Krisenintervention, die sie in einer randomisierten, kontrollierten Pilotstudie anhand von 34 Personen mit kürzlicher Suizidalität oder Parasuizidalität sowie einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung unter-

suchten. Diese manualisierte, kognitive, verhaltenstherapeutische Kurzzeitintervention entstand in Zusammenarbeit mit M. Linehan und besteht aus schriftlichem Selbsthilfematerial, in dem in sechs Kapiteln Problemlösestrategien, Techniken zur Emotionsregulation und zum negativen Denken sowie Rückfallpräventionsstrategien vermittelt werden. Zusätzlich wurden bis zu sechs Einzeltherapiestunden angeboten, wobei allerdings fünf Patienten dieses Angebot nicht annahmen. Im Durchschnitt kam es lediglich zu 2,7 Einzeltherapiestunden. Die Patienten wurden zufällig auf die beiden Gruppen kognitive Kurzzeittherapie (N=16) und treatment as usual (N=14) aufgeteilt.⁵ Beim Follow up wurden 25 Patienten nach sechs Monaten, fünf nach fünf und zwei nach vier Monaten erneut untersucht. Insgesamt wurden deutlich weniger Patienten in die Studie aufgenommen als die ursprünglich geplanten 60 Probanden, so dass die Gültigkeit der Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe, den unterschiedlichen Messzeitpunkten sowie den apriori bestehenden Gruppenunterschieden eingeschränkt ist. Dennoch zeigte sich eine signifikant stärkere Reduktion der Depressivität in der Verhaltenstherapiegruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe sowie deutliche Tendenzen bezüglich der Rate weiterer Selbstverletzungen, erneuter suizidaler Handlungen und Angstsymptomen. 71% der Kontrollgruppe und 56% der Verhaltenstherapiegruppe begingen in der Studienlaufzeit erneute suizidale Handlungen, was ausgesprochen hohe Werte sind. Dennoch sehen die Autoren die Ergebnisse ihrer Pilotstudie als Hinweis für die Effizienz und kostengünstige Wirksamkeit ihrer Intervention, die zeigen, dass eine sehr kurze Intervention mit DBT-Behandlungsstrategien und schriftlichem Material erfolgreich sein kann.

Schmid-Leuz (2001) untersuchte, wie wirkungsvoll die Durchführung eines Skilltrainings für Borderline-Patienten als ambulante Kurzzeitintervention im Hinblick auf die Bewältigung suizidaler Krisen und die Reduktion von selbstverletzenden Verhaltensweisen ist, wenn eine Verbesserung der Affektregulation und der Befindlichkeit erreicht wird. Hierzu erhielten acht Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ein wöchentliches, vierstündiges, ambulantes DBT-Skilltraining. Die Gruppenintervention beinhaltete die Elemente Behandlungsvertrag, Gruppenregeln, wöchentliche Entspannungsübung, Psychoedukation und die DBT-Module Achtsamkeit, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Umgang mit Gefühlen sowie Stresstoleranz. Die anderen acht PatientInnen warteten in einer zufällig zugeordneten Kontrollgruppe. Zur Untersuchungsgruppe zählten vierzehn Frauen und zwei Männer. Ausschlusskriterium für eine Studienteilnahme war eine floride psychotische Episode. Zu Beginn, im Verlauf und am Ende der sechswöchigen, ambulanten Gruppenintervention wurden die abhängigen Variablen erhoben. In der DBT-Gruppe wurde festgestellt, dass Stimmung, Aktivität, Entspannung und Angst einen intendierten, signifikanten Effekt zeigten. Die depressive Grundgestimmtheit und das Erleben von Freude und Wut blieben dagegen gleich. Das Erleben von Verletztheit und Enttäuschung verbesserte sich tendenziell. In der Behandlungsgruppe brachen nur 20% der TeilnehmerInnen die Behandlung ab. Suizidale Krisen und selbstverletzendes Verhalten traten nur vereinzelt in der Behandlungsgruppe auf und wurden daher nicht systematisch mit der Kontrollgruppe verglichen. Insgesamt werden die Ergebnisse aus Sicht der Autorin als Beleg für den Behandlungserfolg bewertet, obwohl

⁵ Zwei Patienten waren zum Follow up nicht mehr auffindbar.

sie nur eingeschränkt gültig sind, da trotz extrem kleiner Stichprobe mit parametrischen Verfahren gerechnet wurde.

Mc Quillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lissner, Ferrero (2005) untersuchten von Januar 2000 bis Dezember 2001 an einem Schweizer Zentrum für Krisenintervention und tagesklinische Behandlung 127 Patienten. In die Studie wurden 87 Patienten eingeschlossen, wobei Borderline-Patienten mit kürzlichem suizidalen und parasuizidalen Verhalten Priorität hatten. Ausgeschlossen wurden Patienten mit komorbider Psychose, bipolarer Erkrankung, Entwicklungsstörung, Substanzabhängigkeit und Essstörung. Patienten, die sich spontan selbst anmeldeten, wurden ebenfalls abgewiesen. Die ärztliche Zuweisung war Selektionskriterium. Die intensive, DBT-orientierte Krisenintervention dauerte drei Wochen und beinhaltete individuelle, dialektisch-behaviorale Einzeltherapie zur individuellen Zieldefinition sowie ein viertägiges, zwei bis vier Stunden umfassendes Fertigkeitentraining mit den vier Modulen Achtsamkeit, Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten und Stresstoleranz. Weitere psychoedukative Gruppen beschäftigten sich mit den Themen Kontingenzmanagement, Generalisierung der Fertigkeiten, Problemlösung, Verhaltenskettenanalysen, Körperwahrnehmung und Achtsamkeitsübungen, so dass insgesamt mindestens dreizehn Stunden spezifische Gruppentherapie wöchentlich angeboten wurden. Zusätzlich konnten die Patienten sich telefonisch tagsüber bei der Anwendung der erlernten Fertigkeiten in erneuten Krisen beraten lassen. Das Team bestand aus DBT-geschulten Fachkräften, zusätzlich wurden wöchentliche Besprechungen, Fortbildungen und Supervisionen ermöglicht. Neben der intensiven Kurzzeittherapie wurde eine psychopharmakologische Medikation individuell eingesetzt, über deren Ausmaß die Veröffentlichung keine Informationen liefert. Den Patienten wurde eine anschließende Psychotherapie empfohlen; einige konnten das Programm wiederholen.

Die Ergebnisse dieser naturalistischen Evaluationstudie zur intensivierten, dreiwöchigen DBT für ambulante Borderline-Patienten in akuter Krise waren im Wesentlichen: 82 Prozent der Studienteilnehmer beendeten das dreiwöchige Programm, nur 18 Prozent brachen die Therapie ab. Die Behandlung war also gut tolerierbar für die Patienten, die zuvor jedoch stark selektiert worden waren (z.B. keine akuten Selbstmelder). Prae-Post-Analysen zeigten eine signifikante Verbesserung mittlerer Effektstärke der Depressionswerte (gemessen durch den BDI von Beck, 1994) und eine Reduktion mit schwacher Effektstärke auf der Hoffnungslosigkeits-Skala (weiterer Selbstbeurteilungsfragebogen von Beck). Die soziale Anpassungsfähigkeit veränderte sich nicht innerhalb der dreiwöchigen Intervention (gemessen durch einen Selbstbeobachtungsfragebogen). Die komorbiden Persönlichkeitsdiagnosen, welche mit einem Screening-Fragebogen gestellt wurden, waren sehr häufig. Hier zeigte sich, dass Patienten mit ängstlicher oder abhängiger Persönlichkeitsstörung eher in der Studie verblieben, während Personen mit antisozialen Persönlichkeitszügen häufiger vorzeitig aus der Studie ausschieden. McQuillan et al. (2005) schlussfolgern, dass es sich bei der intensivierten dreiwöchigen DBT um eine effektive Behandlungsmethode handelt, welche gut implementiert werden kann. Vorteilhaft sei die Möglichkeit, in kurzer Zeit sehr viele Borderline-Patienten mit relativ geringen personellen und finan-

ziellen Ressourcen zu behandeln. Die Studie hat verschiedene methodische Mängel. So fehlt eine Kontrollgruppe und die Messungen mit Screening und Selbstbeobachtungsfragebögen sind wenig valide. Die Veränderungen bezüglich Depression und Hoffnungslosigkeit, welche bei lang dauernder ambulanter DBT nicht gezeigt werden konnte, wird diskutiert als potenzieller Effekt der antidepressiven Medikation, über deren Verteilung aber keinerlei Angaben gemacht werden. Leider wurden keine Veränderungen hinsichtlich Suizidalität, Parasuizidalität und anderen Variablen gemessen. Trotz der methodischen Mängel weist diese modifizierte Form der Kurzzeitintervention orientiert an der DBT die stärksten Ähnlichkeiten zum Kieler Konzept auf, wobei in der Studie im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit ambulant behandelt wurde und explizit akut selbstmeldende Krisenpatienten ausgeschlossen wurden.

4.4 Studien zur stationären DBT

Einen ersten Artikel zur Implementierung von DBT-Elementen auf einer psychiatrischen Station veröffentlichten Barley, Buie, Peterson, Hollingsworth, Griva, Hickerson bereits 1993. Diese Studie wird ausführlich in Kap. 3.1.1.3 beschrieben. Vorläufer für die derzeit praktizierten stationären DBT-Konzepte wurden initial von Charles Swenson im New York Hospital, White Plains, entwickelt (Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan, 2001; Swenson, Torrey, Koerner, 2002) . Im deutschsprachigen Raum haben Bohus und seine Arbeitsgruppe in Freiburg dieses stationäre DBT-Konzept in enger Zusammenarbeit mit Marsha Linehan auf die europäischen Bedingungen übertragen und modifiziert, wobei beispielsweise die manualisierte, DBT-orientierte Körpertherapie für Borderline-Patientinnen neu entstand (Bohus & Haaf, 2000; Bohus, Swenson, Sender, Kern, Berger, 1996). Bisher gibt es drei Studien zur Evaluation der stationären DBT (Barley et al., 1993; Bohus et al., 2000; Bohus et al. 2004), die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Abschließend wird eine vierte Studie zu einer modifizierten, stationären Kurzzeittherapie für suizidale Jugendliche vorgestellt.

Barley, Buie, Peterson, Hollingsworth, Griva, Hickerson (1993) evaluierten die Implementierung von DBT-Elementen auf einer psychiatrischen Station, auf der zuvor tiefenpsychologisch behandelt wurde, in einem quasi-experimentellen Design. In den 19 Monaten vor der Umstellung, während der 10-monatigen Implementierungsphase und 14 Monate nach Abschluß der DBT-Einführung wurde die Häufigkeit parasuizidalen Verhaltens pro Monat erhoben und mit den Daten einer Gruppe von erwachsenen Psychiatrie-Patienten, die während der letzten 43 Monate nach herkömmlichen Methoden unspezifisch behandelt wurden, verglichen. Selbstverletzungen und Suizidversuche gingen in der DBT-Gruppe im Vergleich zu vorher und im Vergleich zur Gruppe der nach herkömmlichen Methoden behandelten Psychiatrie-Patienten deutlich stärker nach der Implementierung zurück.

In einer Pilotstudie stellten Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Böhme, Linehan (2000) erste Ergebnisse von 24 Patientinnen, die 1996 und 1997 am stationären DBT-Behandlungsprogramm in Freiburg teilnahmen, vor. Die Frauen hatten im DIB-R (Gunderson, Zanarini, 1992) mindestens 8 Punkte erreicht und erfüllten nach DSM-IV (Sass, Wittchen, Zaudi, 1996) mindestens 5 Kriterien der Borderline-

Persönlichkeitsstörung. In den letzten zwei Jahren hatten sie mindestens zwei parasuizidale Handlungen und / oder mindestens einen Suizidversuch unternommen. Ausgeschlossen waren Patientinnen mit Schizophrenie, bipolarer Störung, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (bezogen auf die letzten sechs Monate), geistiger Retardierung sowie Patientinnen, deren Suizidversuche bzw. Selbstverletzungen nur während einer Major Depression oder unter Alkohol- und Drogeneinfluss vorkamen. Zu Therapiebeginn, nach der zwölfwöchigen Behandlung und einen Monat nach der Entlassung wurden die abhängigen Variablen erhoben, um zu erfahren, ob sich die Anzahl parasuizidaler Handlungen verringert, inwieweit sich die Emotionsregulation hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit, Dissoziation und Ärgererleben sowie die generellen psychopathologischen Anzeichen verbessern. Tatsächlich fanden sich hochsignifikante Effekte im Prä-Post-Vergleich zur selbsteingeschätzter Dissoziation, Depression und bei verschiedenen Skalen der SCL-90-R (Franke, 1995). Ein signifikanter Effekt war bei selbsterlebter Angst zu beobachten und die Häufigkeit der Selbstverletzungen nahm hoch signifikant ab. Bei selbst- und fremdeingeschätztem Ärger war eine starke, nicht signifikante Tendenz zu beobachten. Das fremdeingeschätzte Angsterleben blieb unverändert. Zur Absicherung der Ergebnisse war ein randomisiertes Versuchsdesign mit einer Wartegruppe ebenso notwendig wie eine Vergrößerung der Stichprobe. Positiv war, dass sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzungen zu einer valideren Messung der abhängigen Variablen eingesetzt wurden. Laut Bohus et al. (2000) zeigen Posthoc-Analysen, dass ca. 55% der Patientinnen klinisch relevant respondieren, aber ca. 45% nicht auf die stationäre DBT ansprechen. Follow-up Daten zeigen, dass diese Effekte nach 1 und 2 Jahren stabil sind, wobei die Hälfte der Probandinnen die DBT im ambulanten Rahmen fortsetzte. Ein Vergleich stationäre vs. ambulante DBT wäre ebenfalls interessant, um beurteilen zu können, ob das stationäre, intensive Kurzprogramm die Therapieerfolge beschleunigt.

2004 konnten Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unkel, Lieb, Linehan dann die Ergebnisse von 50 weiblichen Borderline-Patientinnen veröffentlichen, von denen 31 Frauen am dreimonatigen, stationären DBT-Programm teilnahmen, während 19 Frauen auf einer natürlichen Warteliste mit herkömmlichen Methoden behandelt wurden. Jede Patientin erfuhr irgendeine Form der ambulanten, professionellen Gesundheitsfürsorge, wobei 12 der 19 Wartenden mindestens einmal stationär psychiatrisch behandelt wurde. Es handelt sich um ein quasi-experimentelles Design, da keine randomisierte Zuordnung erfolgte. Eingeschlossen wurden nur Patientinnen, die vorher oder nachher keinerlei ambulante DBT erfahren hatten. Ansonsten galten die gleichen Ausschlusskriterien und Messzeitpunkte wie im obigen Versuchsdesign. Von den ursprünglich 60 Patientinnen gab es unter DBT 22% und unter Warteliste nur eine Studienabbrecherin. Während die Patientinnen der Warteliste keinerlei signifikante Veränderungen zeigten, ergaben sich bei sieben von neun Variablen Veränderungen in der DBT-Gruppe. Hierzu zählten Dissoziation, Depression, Ängstlichkeit, zwischenmenschliches Funktionieren, soziale Unterstützung, globale Psychopathologie und Selbstverletzungen. Beim direkten Vergleich Warteliste vs. DBT zeigten sich bei zehn der elf psychopathologischen Variablen signifikante Verbesserungen zugunsten von DBT und die Rate der Selbstverletzungen ging zurück. Nur hinsichtlich des

dissoziativen Erlebens und im Erleben von Ärger konnten keine positiven Effekte nachgewiesen werden. 42% der Patienten zeigten – gemessen an Jacobsens Kriterium - eine klinisch relevante Verbesserung hinsichtlich der globalen Psychopathologie. Die restlichen Patientinnen waren non-responder. Zur Unterscheidung von respondern und non-respondern wurde im Nachhinein explorativ versucht, diskriminierende Variablen zu finden - ohne Erfolg.

Bohus und seine Mitarbeiter vermuten, dass DBT auch bei kurzer Therapiedauer sehr effektiv sein kann, aber es fehlen Auswertungen, inwieweit die Effekte längerfristig stabil bleiben. DBT kann eventuell ineffektiv und schädlich sein, wenn die Methodik nicht angemessen implementiert wird. Trupin und Richards (2003) zeigen, dass DBT-Therapeuten bei 80 Stunden vorherigem DBT-Training erfolgreich sein können, nicht jedoch bei 16 Stunden. Hinsichtlich der internen Validität fehlt die Überprüfung der DBT-Adherence der Therapeuten und des DBT-Teams. Die Studien von Bohus zeigen zudem Grenzen in Bezug auf ihre externe Validität. Mit dem gewählten Design kann nicht bewiesen werden, dass es sich um einen für die DBT-spezifischen Effekt handelt, da der Vergleich mit einem anderen systematischen Therapieverfahren noch aussteht. Die fehlende Randomisierung bei der Stichprobenaufteilung schränkt die Gültigkeit der Studie weiter ein. Dabei handelt es sich insgesamt um eine der methodisch versiertesten Studien.

Katz, Cox, Guansekara, Miller (2004) prüften die Durchführbarkeit der DBT für suizidale Jugendliche in einer zweiwöchigen, stationären Krisenintervention. An der kanadischen Studie nahmen 62 Patienten (10 Jungen, 52 Mädchen) im Alter von vierzehn bis siebzehn Jahren teil. Je nachdem auf welcher Station ein Bett zum Aufnahmezeitpunkt frei war, wurden sie entweder nach DBT oder nach herkömmlicher, psychodynamischer Krisenintervention behandelt. Das DBT-Programm wurde nach dem stationären DBT-Programm für Erwachsene entwickelt. Es beinhaltete tägliche Fertigkeitengruppen, zweimalig pro Woche stattfindene Einzeltherapie sowie ein DBT-Mileau bestehend aus DBT-geschultem Pflegepersonal, welches den Patienten half, die neu erlernten Fertigkeiten anzuwenden. Patienten der TAU-Gruppe erhielten tägliche, psychodynamische Gruppentherapiesitzungen und psychodynamisch orientierte Einzeltherapie mindestens ein Mal pro Woche. Auf der Station arbeitete ein psychodynamisch geschultes Pflegeteam. Zusätzlich waren auf beiden Stationen Sozialpädagogen tätig, welche die Angehörigen mit einbezogen und eine kurze Krisenintervention und Psychoedukation für deren Familien anboten. Im Durchschnitt verblieben die Patienten 18 Tage auf den Stationen. Ein Vergleich bei Aufnahme und Entlassung mit individuell unterschiedlichen Messzeitpunkten ergab deutliche Effekte für Depression, Suizidalität und Hoffnungslosigkeit in beiden Gruppen, aber keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Ergebnisse der Katamnese nach einem Jahr zeigten keinen vollendeten Suizid, aber außer einer geringeren Rate erneuter Hospitalisierung und Notfallkontakte gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Insgesamt liefert die Studie erste Daten für die Durchführbarkeit der DBT-Kurzintervention in dieser Zielgruppe. Die Autoren berichten, dass inzwischen 115 Patienten das zweiwöchige Programm durchlaufen hätten und nur drei Patienten dieses abbrachen. Da es bisher keine anderen vergleichbaren Untersuchungen für stationäre Kriseninterventi-

on bei suizidalen Jugendlichen gibt, konnten die Daten nicht vergleichend ausgewertet werden. Ferner sollte neben den methodischen Einschränkungen wie geringe Stichprobengröße und fehlende Randomisierung registriert werden, dass die Probanden keine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen (da bei Jugendlichen nicht diagnostizierbar).

Auch forensische Psychiatrien gehören zu den stationären Behandlungsbedingungen, unter denen zwei Studien die Wirksamkeit der DBT überprüfen. Koerner und Linehan (2000) berichten von einer frühen Studie, welche McCann und Ball (ohne Jahresangabe, beziehbar über www.dachverband-dbt.de) zur Anwendbarkeit der DBT in forensischen Psychiatrien von November 1994 bis Juli 1996 durchführten. Die Autoren verglichen die Ergebnisse von 21 Patienten, welche 20 Monate mit DBT behandelt wurden, mit Patienten unter herkömmlichen supportiven Einzel- und Gruppentherapien sowie psychopharmakologischer Betreuung. Die Hälfte der Patienten wies neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine antisoziale Persönlichkeitsstörung auf. Viele Patienten hatten zusätzlich eine schizophrene oder bipolare affektive Erkrankung. Die DBT-Patienten wiesen zunehmend weniger maladaptive zwischenmenschliche Bewältigungsstrategien auf und ersetzten diese vermehrt durch konstruktive Coping-Strategien. In der TAU-Gruppe konnten derartige Ergebnisse nicht nachgewiesen werden. Die DBT-Patienten verringerten unter anderem ihre Depressivität, paranoides Denken und Psychotizismus sowie steigerten ihre allgemeine Funktionsfähigkeit.

Trupin, Stewart, Beach, Boesky (2002) untersuchten weibliche, jugendliche Straffällige mit einem Durchschnittsalter von 15 Lebensjahren. DBT wurden in zwei Häusern unterschiedlich implementiert; so unterschied sich das Ausmaß der Gruppentherapiestunden (80 vs. 16 Stunden). In einer quasiexperimentellen Studie wurden je 22 und 23 Patienten aus den beiden DBT-Institutionen mit Patienten aus einem Haus mit herkömmlicher Behandlung über einen Zeitraum von neun Monaten verglichen. Die Ergebnisse wurden von den Autoren als Hinweis für eine Wirksamkeit der DBT interpretiert. Allerdings wiesen die Personen in den Gruppen bereits zu Beginn der Studie gravierende Unterschiede auf, welche die Validität der Ergebnisse einschränken.

4.6 Zusammenfassung und Fazit

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie hat sich seit ihrer Entwicklung Ende der achtziger Jahre sehr schnell in Fachkreisen als das zentrale diagnosespezifische Therapieverfahren für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen etabliert. Die empirischen Belege, welche die Überlegenheit der DBT nachweisen, sind inzwischen zwar zahlreich, aber noch nicht ausreichend. So fehlen Untersuchungen an größeren Stichproben. Außerdem erfolgen nur Vergleiche mit wartenden, oftmals völlig unbehandelten oder aber lediglich im supportiven psychiatrischen Kontakt stehenden Kontrollpersonen, während die DBT eine extrem intensives, zeit- und ressourcenorientiertes Behandlungsverfahren ist. Damit ließen sich die Erfolge der DBT durch Aufmerksamkeits- und Beziehungs-, bzw. Versuchsleitereffekte erklären.

Die methodischen Schwierigkeiten der Evaluationsstudien zur DBT sind zahlreich. Häufig wird eine extrem selektierte Teilpopulation der Borderline-Patienten untersucht, oftmals werden Frauen ohne komorbide Störungen ausgewählt, obwohl die meisten Borderline-Persönlichkeitsgestörten multimorbid erkrankt sind. Daher ist eine wesentliche Frage für die zukünftige Forschung, ob die DBT eine effektive Therapie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung insgesamt ist oder ob DBT eine primäre Behandlung der Parasuizidalität darstellt. Die fehlende Evidenz für eine Verbesserung von interpersoneller Instabilität, chronischer Leere und Langeweile sowie Identitätsunsicherheit führt zur Vermutung, dass die DBT vor allem für suizidale Menschen mit massiven Störungen der Impuls-Kontrolle geeignet und weniger für Borderline-Persönlichkeitsstörungen allgemein indiziert ist (Verheul et al. 2003). Die Therapieansätze von Linehan und Fonagy (Fonagy & Bateman, 2006 a & b) haben viele Gemeinsamkeiten. Beide bieten einen intensiven, beziehungs-fokussierten Behandlungsansatz, ein hoch strukturiertes, theoretisch kohärentes Modell, einen leichten, entspannten Zugang für Therapeuten, ein multimodales Konzept mit verschiedenen Therapeuten für jede Person sowie eine regelmäßige Supervision für Therapeuten zwecks gegenseitiger Unterstützung. Möglicherweise ist das eigentliche Wirkmoment der erfolgreichen Borderline-Therapien die Fähigkeit, ein Team mit der Perspektive zu integrieren, diesen schwierigen Patienten eine erfolgreiche Behandlung anzubieten und somit Hoffnung auf Veränderung zu machen.

Blennerhassett und O'Raghallaigh (2005) kritisieren, dass die DBT meist von promovierten, ambitionierten Therapeuten mit erheblicher Supervision und Trainingsressourcen durchgeführt wurde. Inwieweit sich die Erfolge in der klinischen Versorgungspraxis wiederholen lassen, ist noch unklar. Bedenken gibt es auch, inwieweit die Erfolge der einjährigen Therapie langfristig anhalten. Die Behandlung erstreckt sich in den meisten Studien maximal auf ein Jahr, also auf den stabilisierenden Zeitraum. Forschungsergebnisse zu den Therapiestadien 2 bis 4 fehlen bislang gänzlich. Unklar ist auch, wie die individuellen Elemente der Therapie den Behandlungserfolg beeinflussen. Inwieweit kann zum Beispiel eine unspezifische Einzeltherapie kombiniert mit der Teilnahme an einer DBT-Skillsgruppe erfolgreich sein? Nach Linehan (Linehan 1996a; Koerner und Linehan, 2000) ist dieses nicht sinnvoll, wird aus pragmatischen Gründen aber oft praktiziert. Eindeutige empirische Evidenz gibt es für keine der beiden Positionen. Robins & Chapman (2004) fanden in ihrem Review-Artikel bisher keinerlei Hinweise zu Erfolgsprädiktoren oder Wirkfaktoren der DBT. Allerdings wurde anhand von kleinen Stichproben im Nachhinein nach korrelativen Zusammenhängen gesucht. Lediglich in der Untersuchung von Turner (2003) konnten erste Ergebnisse belegen, dass die dialektische Balance aus Veränderung und Akzeptanzstrategien ein wesentliches Wirkmoment der DBT im Vergleich zu ausschließlich validierenden Therapieansätzen sein könnten.

5. Krisenintervention

Zur Krisenintervention bei Borderline-Patienten gibt es einige konzeptionelle Empfehlungen und nur sehr wenige Studien. Im Folgenden werden zunächst theoretische Begriffe zum Thema Kriseninter-

vention definiert. Anschließend werden Veröffentlichungen zu Krisen und Interventionen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt sowie das DBT-orientierte Kriseninterventionsmodell der Kieler psychiatrischen Klinik ausführlich erläutert.

5.1 Krisen: Definitionen, Charakteristika, Phasen

Jeder Mensch erlebt im Verlauf seines Lebens etliche Krisensituationen, so dass Krisen per se noch keiner therapeutischen Intervention oder gar Psychotherapie bedürfen. Im Gegenteil: Krisen können auch als Chance zur Weiterentwicklung und Veränderung wahrgenommen werden. **Caplan** (1961, zitiert nach Reimer, 2000) definiert Krisen wie folgt: „Eine Krise entsteht, wenn ein Mensch sich auf dem Weg zu wichtigen Lebenszielen einem Hindernis gegenüber sieht, das er im Augenblick mit seinen üblichen Problemlösungsmethoden nicht bewältigen kann“. Reimer (2000) unterscheidet Veränderungskrisen nach bestimmten Lebensereignissen wie Heirat, Scheidung, Verrentung, Auszug aus dem Elternhaus oder Vereinsamung im Gegensatz zu traumatischen Krisen, die nach plötzlichen, einschneidenden Ereignissen in Form von Verlusten bei Todesfällen oder schweren Erkrankungen oder durch Bedrohung von Existenz, Sicherheit, sozialer Identität auftreten können. Im Rahmen der Verarbeitung von Krisen kann es zum sozialen Rückzug und zur Entstehung und Chronifizierung von psychischen Symptomen wie Depressivität, Ängsten, Suchtverhalten oder Suizidalität kommen, wenn es nicht gelingt, die anstehenden Veränderungen situationsadäquat zu bewältigen. Suizidale Krisen werden in Kap. 5.3 näher beschrieben.

Simmich, Reimer, Alberti, Bronisch, Erbe, Milch und Plaß (1999) definieren Krisen als akute Belastungsreaktionen auf kritische Lebenssituationen, welche im Rahmen bisheriger individueller Problembewältigungsstrategien nicht gelöst werden können und zu erhöhter Labilität, somatischer Reaktionsbereitschaft bis hin zu psychopathologischen Symptomen führen können. Akute Krisen sind zeitlich begrenzt auf wenige Stunden bis zu einigen Wochen und laufen in folgenden **Phasen** ab (nach Simmich et al. 1999):

1. Schockphase mit Versagen bisheriger Bewältigungsstrategien
2. Vergebliche Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen
3. Psychische Labilisierung und Symptomentstehung
4. Abklingen der Krise

Der Ausgang einer Krise ist auf zwei Arten denkbar: erstens als Lösung der Krise im Sinne einer Bewältigung und Neuorientierung und zweitens als Lösung im Sinne einer zunehmenden Symptombildung bis hin zur akuten Suizidgefahr oder längerfristigen Fehlanpassung mit Stabilisierung in persistierender Symptomatik.

5.2 Ziele und Behandlungsprinzipien der Krisenintervention

In Lebenskrisen suchen Menschen teilweise professionelle Hilfe auf. Derartige beraterische oder therapeutische Hilfestellungen für Menschen in akuten Notsituationen werden als Krisenintervention

bezeichnet, für die in der Regel bestimmte allgemeine Richtlinien gelten (z.B. Simmich et al. 1999). Nach Reimer (2000, S. 622) ist das „Ziel jeder Krisenintervention, den Betroffenen und seine Umgebung dabei zu unterstützen, seine eigenen Fähigkeiten, die Krise zu bewältigen, zu entdecken. Dies wäre im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen.“

Allgemeine **Behandlungsprinzipien** von Kriseninterventionen sind in verschiedenen Veröffentlichungen (Reimer, 2000; Simmich et al., 1999; Bergold & Schürmann, 2001) relativ übereinstimmend formuliert worden. Folgende Prinzipien nach Simmich (1999, S. 396, 397) sollten handlungsleitend sein:

- niedrighschwellige Zugangswege
- zeitlich begrenzte Behandlungsdauer (maximal sechs Stunden ambulant, wenige Wochen stationär)
- orientiert sich am Vordergrund der aktuellen Notlage mit dem Ziel schneller Symptomminde- rung (nicht an Grundkonflikten, Lebenshaltungen etc.)
- frühzeitige Einbeziehung des sozialen Umfeldes, anderer professioneller Helfer und potenziel- ler Konfliktpartner
- aktive Grundhaltung (aktive Informationen zu Krisen, Prüfung der Notwendigkeit psycho- pharmakologischer Begleitmedikation, selektive Anamnese, Fokussierung, aktive Strukturie- rung, beratende Hilfen)
- verwendet Behandlungstechniken wie Stützen, Klären, Konfrontieren, Informieren
- Keine Regression
- Ressourcenorientierung
- Vermittlung in Weiterbehandlung(en)
- Auf Therapeutenseite: rasche Verfügbarkeit, Verbleiben im Hier und Jetzt, Begrenzung der Therapieziele, aktive therapeutische Grundhaltung

Krisen sind durch einen Ressourcenverlust oder durch die Bedrohung von Ressourcen gekennzeichnet. So ist beispielsweise bei einer Trennung der Partner oder die Partnerin zugleich eine wichtige soziale Ressource gewesen. Wichtiges Merkmal von Krisenintervention ist entsprechend die Betonung der Ressourcenaktivierung. Daher muss der Aufbau eines (neuen) sozialen Netzwerkes häufig Teil der Krisenintervention sein muss. Auslösesituationen für (psychiatrische) Krisen können alle Lebens- ereignisse darstellen, welche zum Zusammenbruch der inneren und / oder äußeren Stabilisatoren füh- ren (Zimmermann, 2001). Die Beschäftigung mit den individuellen Auslösesituationen kann präventiv eingesetzt werden, um künftige Überforderungssituationen rechtzeitig zu erkennen.

5.3 Suizidale Krisen, psychiatrische Notfälle und stationäre Kri- senintervention

Die Gesamtzahl vollendeter Suizide in Deutschland lag 1994-1998 bei 12.000 pro Jahr und damit deutlich höher als die der Verkehrstoten (Mauerer & Wolfersdorf, 2000). Dabei sind Männer und älte-

re Menschen, beginnend mit dem siebzigsten Lebensjahr, erheblich häufiger betroffen. Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht für Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere für Depressive, Alkoholabhängige und Schizophrene (Mauerer & Wolfersdorf, 2000).

Die notfallpsychiatrische Suizidprävention in Form von ambulanten Gesprächen in der Notfallambulanz und als stationäre Behandlung stellt einen Spezialfall der Krisenintervention dar. Suizidales Denken und Verhalten wird heute im Sinne des medizinisch-psychosozialen Paradigmas als grundsätzlich bei allen Menschen möglich, jedoch häufig in psychosozialer Krise und bei psychischer Erkrankung beobachtbar verstanden (Wolfersdorf, 2000). Dabei handelt es sich nicht um eine freie Wahlentscheidung, sondern Suizidalität ist Ausdruck einer Einengung durch objektive und / oder subjektiv erlebte Not. Mit dieser Sichtweise werden traditionelle religiöse und andere Paradigmen abgelöst, die Suizidalität als Ausdruck von Sünde und Schuld, als Zeichen politischen Widerstandes oder als Flucht oder Feigheit vor dem Leben verstanden.

Nach dem Kontinuitätskonzept entwickelt sich die Suizidalität von Ruhewünschen über Todeswünsche zu Suizidgedanken und -ideen zur Suizidabsicht und dann zur Suizidhandlung. Impulsartig einschließende oder zwanghaft sich aufdrängende Suizidideen sowie psychotische innere Stimmen mit Aufforderung zum Suizid stellen eine besondere Gefahr dar, weil die Zeitspanne zwischen Gedanke, Entscheidung und Umsetzung der suizidalen Handlung sehr kurz sein kann. Suizidale Handlungen sind alle Versuche, sich das Leben zu nehmen, auch wenn diese abgebrochen oder durch Fremdeinfluss beendet werden. Parasuizid meint eine Subgruppe von Suizidversuchen, bei denen der Hinweis auf die eigene Hilfsbedürftigkeit das Hauptziel der Handlung darstellt (appellative Motivstruktur). Ob es sich um eine suizidale Handlung handelt, wird durch die Handelnden definiert. Entsprechend wird eine Selbstverletzung mit Todeswunsch als suizidale Handlung bezeichnet. Bronisch (2000b) gibt praktische Hinweise zur Diagnostik, Risikoeinschätzung, zu Motiven und zur Krisenintervention bei Suizidalität.

Zur Krisenintervention in Notfällen zählen nach Bronisch (2000a) diagnostische Maßnahmen wie Anamnese und Exploration zu psychiatrischen Erkrankungen und Beziehungsgestaltung ebenso wie die körperliche Untersuchung und Fremdanamnese zur Ergänzung und Überprüfung der Angaben des Patienten. Folgende **Schritte der Krisenintervention** postuliert Bronisch:

- Akzeptanz des gefährdenden oder gefährlichen Verhaltens als Notsignal
- Verstehen der Bedeutung und subjektiven Notwendigkeit dieses Notsignals
- Bearbeitung der gescheiterten Bewältigungsversuche
- Aufbau einer tragfähigen Beziehung
- Wiederherstellen der wichtigsten Beziehungen
- Gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen der aktuellen Krise und für zukünftige Krisen
- Kontaktangebote als Hilfe zur Selbsthilfe
- Einbeziehung von Angehörigen je nach individueller Situation

Zimmermann (2001) gibt einen aktuellen Überblick zu Methoden psychiatrischer Krisenintervention. „Indikationen für eine stationäre psychiatrische Krisenintervention sind häufig chronische oder akute Suizidalität, depressive Syndrome oder spezifische akute Belastungsreaktionen. Das Ziel der stationären Behandlung ist die Entlastung der Betroffenen in akuten krisenhaften Situationen, damit natürlich die Abnahme einer bestehenden Gefährdung, der Beginn oder die Fortführung einer psychotherapeutischen Behandlung und schließlich die Prävention, häufig durch die Vermittlung oder Organisation ambulanter Weiterbehandlung“ (Zimmermann, 2001, S. 26). Studien zur stationären Krisenintervention sind relativ selten. Beispielsweise veröffentlichte Bronisch (2000c) eine Studie zur stationären Krisenintervention bei Patienten ab 60. Lebensjahr, in der die Charakteristika der Patientengruppe, das Behandlungskonzept, der Behandlungserfolg anhand eines globalen Einschätzungsmaßes und Kasuistiken vorgestellt werden. Simmich, Milch, Reimer (2000) stellen die tiefenpsychologisch fundierte stationäre Krisenintervention mit verhaltenstherapeutischen Elementen anhand von 2 ½ Jahren Behandlungspraxis dar. Simmich und Reimer (1998) stellen die Literatur zum Krisenverständnis, Therapiemethoden und die seltenen Beiträge der empirischen Forschung zusammenfassend vor.

5.4 Krisen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Lebensrealität von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist aufgrund ihrer emotionalen Vulnerabilität und Instabilität erheblich durch Krisen geprägt. Linehan (1996a) beschreibt diese klinische Beobachtung als den borderline-typischen „andauernden Krisenzustand“, der sich darüber erklären lässt, dass die Betroffenen auf emotionale Reize besonders intensiv reagieren (Siehe Kap. 2.2.1, Herpertz, Gretzer, et al. 1997; Herpertz, Gretzer et al. 1998; Herpertz, 2006; Höschel & Bohus, 2005) und mit dysfunktionalen automatisierten Handlungsrouinen in Form von suizidalen, selbstverletzenden oder selbstschädigenden Verhaltensmustern reagieren, die sich wiederum durch mittelfristige negative Konsequenzen selbst verstärken (ätiologisches Modell von Herpertz, 2006).

Die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung beinhalten bereits typische Krisensymptome. So sind Suizidalität und Parasuizidalität Symptome, welche in Krisen besonders in Erscheinung treten. Dissoziative Phänomene und pseudopsychotische Erlebnisweisen sind eindeutig als vorübergehend, reversibel und stressabhängig definiert. Indirekt sind auch aggressive Impulsdurchbrüche und selbstschädigende Verhaltensweisen als teilweise, aber nicht ausschließlich krisenabhängige Phänomene konzeptionierbar.

Empirische Belege existieren für die Häufung von suizidalen und traumatischen Krisen. Die stärkere Suizidalität der Borderline-Patienten ist dabei wenig überraschend, da sie als eines der neun diagnostischen Kriterien definiert ist. Zudem sind borderlinepersönlichkeitsgestörte Menschen häufig chronisch suizidal, das heißt, es bestehen kontinuierlich Suizidideen mit und ohne parasuizidale Handlungen, welche in rezidivierende Suizidversuche münden (Wolfersdorf, 2000). Soloff, Fabio, Kelly, Malone, Mann (2005) stellten fest, dass Borderline-Patienten, welche einen Suizidversuch mit hoher Todeswahrscheinlichkeit unternehmen, im Vergleich zu Borderline-Patienten mit weniger schweren Suizid-

versuchen durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind: höheres Lebensalter, eigene Kinder, geringere Schulbildung, geringerer sozioökonomischer Status, häufiger eine akute Depression und zusätzlich eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, in der Familienanamnese eine substanzabhängige Person, häufigere und längere Hospitalisierungen in der Vorgeschichte und deutlich mehr Suizidversuche in der Vorgeschichte. Soloff, Lynch, Kelly, Malone, Mann (2000) stellten bei stationären Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider akuter Depression die höchste Anzahl und die stärkste Ernsthaftigkeit der Suizidversuche fest im Vergleich zu Depressiven und zu Borderline-Patienten ohne Depression. Hoffnungslosigkeit und aggressive Impulsdurchbrüche erhöhten unabhängig davon das Risiko suizidalen Verhaltens bei beiden Patientengruppen. Ähnliche Ergebnisse liefern Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, Mann (1997), die anhand von 215 stationären Borderline-Patienten die Frage untersuchten, inwieweit die DSM-Kriterien mit suizidalem Verhalten korrelieren. Sie stellten fest, dass Impulsivität das einzige Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, welches mit starkem suizidalem Verhalten assoziiert ist⁶. Entsprechend ist es ein wichtiges Ziel für die Patienten, in der Psychotherapie zu lernen, impulsives Handeln zu kontrollieren, um so unter anderem die Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen zu senken.

Auch eine Substanzabhängigkeit oder erheblicher Substanzmissbrauch erhöht generell das Risiko von Suizidversuchen erheblich (Erinoff, 2004). Wie die Störungen Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression und Substanzabhängigkeit zusammenhängen, ist umstritten. Eine Hypothese ist, dass Drogen die Hemmung von impulsiven Ideen reduzieren, so dass es eher zur impulsiven Umsetzung von chronischen suizidalen Gedanken in entsprechende Handlungen kommen kann. Diskutiert wird die Rolle depressiver Symptome als Folge oder Ursache von Drogengebrauch und erhöhtem suizidalem Verhalten. Ferner ist die posttraumatische Belastungsstörung als ätiologischer Faktor für Substanzabhängigkeit und erhöhtes suizidales Verhalten bei Vietnamveteranen nachgewiesen worden (Erinoff, 2004). Auch Brodsky et al. (1997) stellten in ihrer Studie eine signifikante Korrelation zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und der Anzahl der Suizidversuche fest. Soloff, Lynch, Kelly (2002) sehen im sexuellen Kindesmissbrauch einen wichtigen klinischen Risikofaktor für späteres wiederholtes suizidales Verhalten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe Kap. 2.5.2).

Borderline-Patienten sind besonders von sexuellem Missbrauch und anderen Traumata wie schwerer Vernachlässigung, Misshandlung und frühen, plötzlichen Trennungen betroffen (siehe Kap. 2.5.2, Zanarini et al., 2002). Die Invalidierungen durch das soziale Umfeld setzen sich im Erwachsenenalter oftmals fort. Die Patienten haben zum einen verinnerlicht, sich selbst, ihren Wahrnehmungen, Kognitionen und Emotionen zu misstrauen. Zum anderen gehen sie oftmals erneut invaliderende, schädigende Beziehungen im Erwachsenenalter ein (Linehan, 1996a). Im Erwachsenenalter kann es so zu erneuten Traumatisierungen kommen, so dass traumatische Krisen bei Borderline-Patienten wahrscheinlicher werden. Klare empirische Belege für eine Zunahme an Traumatisierungen im Erwachsenenalter im Vergleich zu anderen Patientengruppen gibt es nicht, aber klare Belege dafür, dass die komorbide

⁶ (natürlich abgesehen von dem Kriterium Selbstverletzung / Suizidalität selbst)

posttraumatische Belastungsstörung bei Borderline-Patienten eine sehr häufige komorbide Diagnose ist (siehe Kap. 2.4.2, Golier, Yehuda et al., 2003). Bei komorbider PTSD besteht oft zusätzlich das Problem, dass eine Reizgeneralisierung dazu führt, dass ursprünglich neutrale Situationen zunehmend Intrusionen auslösen und retraumatisierend wirken. Insgesamt kann die Aussage getroffen werden, dass suizidale und traumatische Krisen deutlich häufiger bei Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beobachten sind als bei anderen Patientengruppen.

Zur Frage, inwieweit Borderline-Patienten häufiger von Krisen durch Lebensveränderungen betroffen sind, kann theoretisch überlegt werden, dass die häufigen Beziehungsabbrüche der Borderline-Patienten sowohl mit Veränderungskrisen einhergehen, als auch eine Reduktion der sozialen Unterstützung bedeuten können. Kelly, Soloff, Lynch, Haas, Mann (2000) untersuchten die Bedeutung kürzlicher life-events und sozialer Unterstützung für Suizidversuche anhand von drei Patientengruppen: Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, mit Major Depression und mit der Kombination beider Störungen. Unabhängig von der Diagnose schildern Menschen mit kürzlichen Suizidversuchen mehr akute Lebensereignisse als Menschen ohne Suizidversuche. Borderline-Patienten unternehmen sehr viel häufiger Suizidversuche als Depressive ohne Persönlichkeitsstörung. Aktuelle Lebensereignisse sagen jedoch keine aktuellen Suizidversuche vorher. Dagegen ist die fehlende soziale Unterstützung aktuell und in der Ursprungsfamilie ein zuverlässiger Prädiktor für das Vorhandensein aktueller Suizidversuche. Die Borderline-Patienten mit beiderseits geringer sozialer Unterstützung unternahmen 16 Mal häufiger Suizidversuche als Patienten mit akuter Depression. Damit wird die protektive Wirkung von sozialer Unterstützung gegen stressinduziertes suizidales Verhalten unterstrichen.

Welches sind hoch riskante Situationen, die bei Borderline-Patienten parasuizidales Verhalten und / oder Substanzmissbrauch auslösen können? Welch und Linehan (2002) entwickelten eine Taxonomie der zentralen Auslöse-Situationen. Sie stellten fest, dass Probanden mit primär selbstverletzendem Verhalten eher interpersonelle Probleme und Konflikte als Auslöser wahrnahmen, während Borderline-Patienten mit primär selbstschädigendem Substanzkonsum eher durch Hinweisreize wie drogennahe Situationen oder Kontakt mit Drogenkonsumenten zum Rückfall neigten⁷. Auch Brown, Comtois, Linehan (2002) bestätigen, dass Suizidversuche vorrangig durch interpersonelle Konflikte motiviert waren. Sie befragten 75 chronisch suizidale Borderline-persönlichkeitsgestörte Frauen zu ihren Motiven für Suizidversuche und nicht suizidal intendierte Selbstverletzungen. Dagegen wollten die Probandinnen durch Selbstverletzungen ihren Ärger ausdrücken, sich selbst bestrafen, wieder normale Gefühle erzeugen und sich quälen. Eine Kombination aus geringer sozialer Unterstützung, geringen interpersonellen Konfliktregulationsfähigkeiten und negativ verstärkender Impulsivität und Substanzkonsum scheint also für suizidale und traumatische Krisen verantwortlich zu sein.

⁷ Allerdings haben die Ergebnisse nur eingeschränkte Gültigkeit, da die Komorbidität zwischen den Gruppen nicht bei der Versuchsplanung berücksichtigt wurde.

5.5 Krisenintervention für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Linehan (1996a) formuliert den sogenannten „andauernden Krisenzustand“ der Borderline-Patienten als ein besonderes Merkmal dieser Patientengruppe, welches professionelle Vertrauenspersonen unter erheblichen Handlungsdruck setzt und einer professionellen Haltung bedarf. Die dialektische Haltung berücksichtigt dieses Phänomen mit spezifischen Interventionsstrategien inhaltlicher und struktureller Art. So arbeiten DBT-Therapeuten mit dialektischen Handlungsstrategien bei suizidaler Kommunikation, telefonischer Bereitschaft für Krisen und kontinuierlicher Supervision. Aktuell geben Comtois und Linehan (2006) einen Überblick zu kontrollierten Studien, welche psychosoziale Interventionen bei Suizidalität und Parasuizidalität untersuchen. Sie kommen zu dem Schluss, dass stationäre kurzfristige Behandlungen insgesamt nicht effektiv und daher fragwürdig sind, weil sie sich durch die Stigmatisierung negativ auswirken und kaum empirische Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Als wirksam nachgewiesen gilt nur die Dialektisch-Behaviorale Therapie sowie kurze Interventionen nach Suizidversuchen in Form von Briefen und Telefonaten. Rietdijk, van den Bosch, Verheul, Koeter, van den Brink (2001) untersuchten, ob die Reduktion der chronischen Suizidalität bei Borderline-Patienten damit zu erklären ist, dass der kognitiv-verhaltenstherapeutische DBT-Ansatz die Gründe, zu überleben, erhöht. Die Autoren stellten jedoch fest, dass die Probanden durch die Befragung zu den Überlebensgründen massiv gestresst wurden und dass dieses Konstrukt die Reduktion suizidalen und parasuizidalen Verhaltens nicht erklärt. Stattdessen schlagen sie vor, eher nach der zunehmenden Kenntnis und Anwendung von Bewältigungsstrategien zu fragen und diese therapeutisch zu fördern sowie auf eine komorbid erschwerend wirkende depressive Persönlichkeitsstörung zu achten.

Praktische Hinweise zum Umgang mit Krisen sowie detaillierte Kriseninterventionsstrategien liefern neben Linehan (1996a), Bronisch (2000b) für den Umgang mit Suizidalität, Bohus und Unckel (2000a) für Krisenintervention bei Selbstbeschädigung, Bohus und Unckel (2000b) für den Umgang mit unkontrollierten Aggressionen und dissoziativen Erregungsphänomenen, Reddemann (2000 a, b) zur Krisenintervention bei akuter Angst und Dissoziation und Dose (2000) zur pharmakologischen Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen.

Swenson, Sanderson, Dulit, Linehan (2001) beschreiben, wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie auch ohne Implementierung eines kompletten strukturierten DBT-Angebotes (Bohus, Swenson, Sender, Kern, Berger, 1996; Bohus & Haaf, 2001) unter stationären Bedingungen angewendet werden kann. Die stationäre Behandlung kann eine begrenzte, fokussierte und starke Rolle in der Therapiebiographie der Borderline-Patienten spielen, insbesondere dann, wenn sie Teil eines längeren, integrativen Konzeptes ist. Priorität hat das Ziel, weitere Hospitalisierungen zu verhindern. Dafür postulieren die Autoren verschiedene Zielkategorien, wobei der dialektische Ansatz das übergeordnete Prinzip ist, um die Patienten, die Teammitglieder und die Behandlung von Rigidität, Polarität und Starrheit zur Flexibilität, Synthese und Veränderung zu bewegen. Die sogenannte Vorbehandlungs-Phase hat die Ziele, die Patienten zur Zustimmung zu den Therapiezielen und zur Einwilligung in den Behandlungs-

plan zu bewegen. Viele Borderline-Patienten sind unfreiwillig in der Klinik. Bevor es jedoch keine Einwilligung (commitment) gibt, sollten andere Behandlungselemente noch nicht eingeführt werden, sondern die Arbeit am Behandlungsbündnis zentral sein. Dann wird eine individuelle Zielliste erarbeitet, wobei suizidales und die akute Hospitalisierung bedingendes Verhalten die oberste Priorität hat. Eine zweite Kategorie sind Verhaltensweisen, welche die Therapiemotivation stören und die Beziehungen zu Behandlern (zer-)stören. Die dritte Kategorie beinhaltet parasuizidales Verhalten. Zu Beginn der Behandlung werden vor allem ambulant unabdingbare Fertigkeiten, insbesondere Stresstoleranzskills, erarbeitet, welche häufige erneute Hospitalisierungen reduzieren. Sehr wichtig ist es, als Gruppentherapie das Fertigkeitentraining mit Schwerpunkt Stresstoleranz zu implementieren. Das Führen von Protokollen, die Verhaltenskettenanalysen und die Nutzung des Kontingenzmanagements sind im stationären Rahmen besonders wichtig, um die Sicherheit für alle Patienten zu gewährleisten. Die Autoren problematisieren, dass durch das stationäre Setting unerwünschtes Verhalten unbeabsichtigt verstärkt wird, indem zum Beispiel zusätzliche Gespräche bei Selbstverletzungen stattfinden. Sie plädieren für wöchentliche DBT-Teamsitzungen, wobei nicht alle Teammitglieder nach DBT arbeiten müssen, um Polarisierungen und unbeabsichtigte Phänomene frühzeitig zu erkennen. Ein explizites Kriseninterventionskonzept liefern Swenson und Mitarbeiter jedoch nicht, sondern eher Leitlinien für die stationäre Therapie. Diese Lücke füllt das im Folgenden beschriebene Kieler Modell zur stationären Krisenintervention.

5.6 Das Kieler Modell zur stationären, DBT-orientierten Krisenintervention

In der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Kiel wird seit 1999 die stationäre, dreimonatige Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei gezielter, motivierter Voranmeldung von Seiten der Patienten auf einer spezialisierten offenen Station durchgeführt. Bei akuten Krisen erfolgte zunächst eine Versorgung auf anderen Stationen. In den letzten Jahren fiel auf, dass weitaus häufiger Patienten akut als geplant stationär aufgenommen wurden (Bernhardt, Friege, Gerok-Falke, Aldenhoff, 2005), wie die unten aufgeführte Statistik zeigt.

Tabelle 1: Aufnahmestatistik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Kiel

	Ungeplante Akutaufnahmen	Geplante DBT-Behandlungsaufenthalte
2001	56	25
2002	114	39

Dadurch wurde die Notwendigkeit eines spezifischen stationären Kriseninterventionskonzeptes für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich. Im Gegensatz zur bisherigen DBT-Behandlung erfolgt dabei die stationäre Aufnahme nicht geplant, sondern notfallmäßig im Rahmen einer sogenannten Krisenintervention. Bei Akutaufnahme von Borderline-PatientInnen spielen Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, vorübergehendes psychotisches Erleben und ausgeprägte disso-

ziative Zustände eine wesentliche Rolle (Bernhardt et al., 2005). Therapiemotivation und Krankheitsannahme bzw. –einsicht können im Gegensatz zur herkömmlichen stationären DBT nicht vorausgesetzt werden. Stattdessen kommt es im Rahmen von Selbst- und Fremdgefährdung zu Einweisungen von Seiten Dritter bis hin zur vorübergehenden rechtlichen Unterbringung ohne Einwilligung der Patienten. Im Folgenden werden die Entwicklung des Kriseninterventionskonzeptes, strukturelle Aspekte, die Therapieziele, Behandlungsmodule und Therapiebausteine des Konzeptes vorgestellt. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Bernhardt et al. (2005), an der sich die folgende Kurzfassung orientiert.

5.6.1 Entwicklung des Kriseninterventionskonzeptes

Das Kriseninterventionskonzept wurde vom therapeutischen Team entwickelt, deren Mitarbeiter die Dialektisch-Behaviorale Therapie bereits auf einer offenen Station mit chronisch suizidalen und selbstverletzenden Borderline-Patientinnen durchführten. Die Arbeitsgruppe hatte festgestellt, dass einige der Patientinnen im Anschluss an die DBT-Behandlung gehäuft zur stationären Krisenintervention aufgenommen wurden. Ferner gab es eine weitere Gruppe von Borderline-Patienten, die das DBT-Konzept nicht durchlaufen hatten und in akuten Krisen zur stationären Aufnahme kamen. Nachdem die Krisen-Patienten zunächst auf der offenen DBT-Station und im Hause verteilt mit wenig Effektivität und langen Hospitalisierungszeiten behandelt wurden, entwickelten nun DBT-geschulte Therapeuten auf einer geschlossenen, gemischtgeschlechtlichen Akutstation mit 12 Betten und Schwerpunkt Selbstgefährdung das DBT-orientierte Kriseninterventionskonzept, in dem das Pflegepersonal fortgebildet wurde und allmählich die verschiedenen Bausteine des Kriseninterventionskonzeptes implementiert, klinisch erprobt und modifiziert wurden. Auf der geschlossenen Station wurden nun alle akuten Patienten mit Verdacht auf oder Vorabdiagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung und Selbstgefährdung aufgenommen. Fremdgefährdende Patienten wurden auf einer anderen geschlossenen Station behandelt, um die Sicherheit der Krisen-Patienten gewährleisten zu können und retraumatisierende Situationen zu vermeiden. Langfristige Ziele des Konzeptes waren kürzere Belegungszeiten und die Senkung der Aufnahmehäufigkeit pro Borderline-PatientIn und Jahr. Nach Erprobungs- und Implementierungsphase wurde die vorliegende Studie geplant und durchgeführt, um erste Daten zur Evaluation des Konzeptes zu erhalten. Das Konzept wurde nach Abschluß der Datenerhebung kontinuierlich weiter entwickelt, so dass die folgende Darstellung den konzeptionellen Stand der Jahre 2003 und 2004 vorstellt.

5.6.2 Struktur und Inhalt

Es wird eine kurzfristige stationäre Behandlung, die nicht länger als 3 Wochen andauern sollte, angeboten. Dabei besteht ein klar strukturierter Behandlungsrahmen für Patienten und Team mit individuell angepaßten, transparenten Behandlungsrichtlinien, der sich an den Behandlungsstrategien und Therapiemodulen der stationären DBT orientiert. Die Konzentration der Borderline-PatientInnen auf einer

Station soll zur qualifizierten, störungsspezifischen Versorgung führen und damit auch Teamkonflikte reduzieren. Behandelt werden Männer und Frauen, aber keine PatientInnen mit Fremdgefährdungspotenzial.

Der Fokus der Therapie richtet sich auf die Faktoren, welche die gegenwärtige Krise bedingen oder aufrechterhalten. Zu Beginn werden aktuelle Belastungsfaktoren und äußere Lebensumstände sowie Ressourcen im Umgang mit Krisensituationen exploriert. Es sollen vor allem funktionale Fertigkeiten zur Krisenbewältigung und Reduktion dysfunktionaler, hospitalisierungsfördernder Verhaltensmuster aufgebaut werden. Dabei stehen flankierende Lebensumstände und Schwierigkeiten, welche die Krise mit bedingen, nicht im Fokus der Krisenintervention. Ferner erfolgt zu Beginn der Krisenintervention eine Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung mittels SKID-II (Wittchen, Zaudig, Fydlch, 1997) oder DIB-R (Gunderson & Zanarini, 1992) sowie der komorbiden Störungen. Frühzeitig wird über die allgemeinen und borderline-spezifischen Behandlungsrichtlinien informiert und nach Möglichkeit ein Behandlungsvertrag mit Nonsuizidvertrag unterschrieben und ein Behandlungsplan erstellt. Voraussetzung dafür ist eine hinreichende Therapiemotivation und der Wunsch nach Veränderung.

Auf einer akuten geschlossenen Station werden Borderline-Patienten gelegentlich unfreiwillig eingewiesen, weil ein erhebliches Selbstgefährdungspotenzial von anderen Personen wie Angehörigen, professionellen Bezugspersonen, Notärzten oder Polizisten wahrgenommen wird. Bei fehlender Therapiemotivation und drohender Eigengefährdung werden eventuell Fixierungsmaßnahmen und Zwangsmedikation nötig. Oberste Priorität in der Therapiezielhierarchie ist dann die Erreichung eines ausreichenden Commitments für die Therapie.

Bei allen Patienten ist die schnelle Reintegration in das gewohnte soziale Umfeld zentrales Ziel. Daher wird die Entwicklung, Verbesserung und schnelle Rückkehr in einen funktionalen ambulanten Rahmen gefördert. Bei Indikation wird versucht, die Patienten zu einer störungsspezifischen ambulanten und / oder stationären weiterführenden Therapie zu motivieren (z.B. DBT, Suchtbehandlung oder ähnliches). Ferner muss teilweise die medikamentöse Therapie optimiert werden.

5.6.3 Hierarchie der Therapieziele

In Anlehnung an die Therapieziele der stationären DBT werden folgende hierarchisch geordnete Therapieziele formuliert.

1. Abwendung einer unmittelbaren Gefahr der eigenen Person (akute Eigengefährdung) oder auch anderer Personen (akute Fremdgefährdung)
2. Therapiemotivation seitens der PatientIn erwirken
3. Reduktion der die aktuelle Krise aufrechterhaltenden dysfunktionalen Verhaltensmuster und Belastungsfaktoren, die in Form von Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten oder dissoziativen und pseudopsychotischem Erleben auftreten
4. Förderung strukturgebender und stützender Aspekte im ambulanten Rahmen

5. Reduktion von therapiegefährdendem Verhalten
6. Reduktion anderer dysfunktionaler Verhaltensmuster (fakultativ)

5.6.4 Die therapeutischen Angebote

Folgende Behandlungsmodule werden angeboten:

1. Gruppentherapien

Die Gruppentherapien stellen den Schwerpunkt der Behandlung dar. Zweimal pro Woche findet im Rahmen einer offenen Gruppe ein 45-minütiges Fertigkeitentraining statt, dessen Schwerpunkt die Entwicklung von Stresstoleranzfertigkeiten zum verbesserten Umgang mit Krisen ist. Im Rahmen einer ebenfalls zweimal pro Woche stattfindenden, offenen, 60-minütigen Psychoedukationsgruppe lernen die Patienten diagnostische Kriterien und Entstehungsbedingungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung kennen. Die Vermittlung individueller Fertigkeiten steht im Vordergrund. Die Gruppen werden jeweils von einer Psychologischen Psychotherapeutin mit DBT-Fortbildung von der offenen DBT-Station und einer Pflegekraft durchgeführt. Sie orientieren sich an dem Manual von M.Linehan (1996b). Die modifizierten Inhalte sind im Anhang aufgeführt. In Vertretungszeiten eine konstante Durchführung der Gruppen ebenso garantiert wie eine Trennung von Einzel- und Gruppentherapeutin. In einer dritten Gruppe wird eine spezifisch ausgerichtete Ergotherapiegruppe angeboten, die zweimal pro Woche für jeweils 90 Minuten stattfindet. Hier wird unter besonderer Berücksichtigung von Symptomen wie dissoziativen Zuständen und pseudopsychotischem Erleben Inhalte der 5-Sinnes- und Achtsamkeitsgruppen angeboten, die aus der stationären DBT übernommen wurden.

Im Gegensatz zur stationären DBT hat die Einzeltherapie in der Krisenintervention einen weniger zentralen Stellenwert und ist weniger beziehungsorientiert konzipiert, um der Hospitalisierungsneigung entgegenzuwirken. In der Regel findet die Einzeltherapie einmal pro Woche statt, um die Therapiemotivation zu fördern. Das Stellen der Diagnose und die Aufklärung über die Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Therapiemöglichkeiten sind wesentliche inhaltliche Bestandteile. Weitere Elemente sind das individuelle Kontingenzmanagement, der Aufbau von individuellen Fertigkeiten insbesondere im Umgang mit Krisensituationen, die Bearbeitung von Verhaltensanalysen und die medikamentöse sowie allgemein-somatische Versorgung. Ferner werden die Wochenprotokolle, Spannungskurven und Wochenpläne (siehe unten) mit den Einzeltherapeuten ebenso besprochen wie die Entlassungsvorbereitung und Bahnung ambulanter Nachsorge.

2. Bezugspflege

Jedem Patienten wird eine sogenannte Bezugspflegekraft individuell zugeordnet. Das Bezugspflegesystem hat sich bereits auf der DBT-Station im Sinne einer cotherapeutischen Funktion bewährt und fokussiert auf der Kriseninterventionsstation vorrangig auf die Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit Krisensituationen.

3. Therapiebausteine des multiprofessionellen Teams zur klaren einheitlichen Strukturierung des Krisenmanagements

- **Behandlungsvereinbarung** in Form eines schriftlich fixierten Behandlungsvertrages mit eventuellem Anti-Suizidvertrag zur Stärkung des Commitments (siehe Anhang)
- **Verhaltensanalysen** bei Auftreten von dysfunktionalen Verhaltensweisen wie Suizidalität, selbstverletzendem Verhaltensweisen und Selbstschädigungen in Form von Intoxikationen, selbstinduziertem Erbrechen und ähnlichem mit dem Ziel, die Verhaltensweisen zu verstehen und mittelfristig zu verändern
- **Wochenprotokoll** zur Verlaufsdiagnostik und Emotionsregulation (siehe Anhang)
- **Hausaufgaben** in den Einzel- und Gruppentherapien zum Erwerb von Fertigkeiten zur Stresstoleranz / Notfallkoffer
Fertigkeiten bei Suizidalität
Fertigkeiten zu Reduktion therapiegefährdender Verhaltensmuster
und sonstige Fertigkeiten
- **Wochenplan** zur Tagesstrukturierung (siehe Anhang)
- **Spannungskurve** zur Einschätzung der Anspannung, die bei maximalen Werten oft zu Selbstverletzung führt (siehe Anhang)
- strukturiertes, für alle Therapiemitglieder klares **Kontingenzmanagement** (siehe Karten in den Kurven der Patienten im Anhang)

5.6.5 Theoretische Einordnung

Das Kieler stationäre Kriseninterventionsmodell ist ein Versuch, Elemente der stationären DBT in modifizierter Form auf Patienten anzuwenden, die akut, häufig unfreiwillig, oft ohne Kenntnis ihrer Diagnose und der Therapiemöglichkeiten zur stationären Aufnahme kommen. Im Gegensatz dazu sind die DBT-Patientinnen, die nach dem Freiburger Modell (Bohus & Haaf, 2001) therapiert werden, geplant, mit Wartezeit aus dem ambulanten Rahmen, freiwillig und therapiemotiviert zur Behandlung gekommen. Die Therapiedauer wird bei der stationären Krisenintervention auf ca. drei Wochen anvisiert, während die stationäre DBT zwölf Wochen andauert. Allerdings kann die Intervention auch kürzer angelegt sein; grundsätzlich sollte die Behandlung so kurz wie möglich und so lange wie nötig sein, um die Therapieziele zu erreichen und eine weitere Hospitalisierung nachhaltig zu reduzieren. Die Therapieziele unterscheiden sich, denn bei der Krisenintervention ist eine spezifische Therapiezielhierarchie erarbeitet worden. Die Therapieangebote konzentrieren sich stärker auf die Gruppen- als auf die Einzeltherapie und sind stärker auf den Erwerb von Basisfertigkeiten ausgerichtet. Auf einer geschlossenen Station sind außerdem besondere Ausgangsregelungen, Unterbringungsverfahren, Zwangsmedikation und Fixierungen nötig, welche auf einer offenen DBT-Station nicht notwendig sind.

Unterschiede zwischen stationärer DBT und Kieler Kriseninterventionsmodell

1. Ausgangsbedingungen bei Aufnahme (akut, z.T. unfreiwillig und nicht therapiemotiviert vs. geplant, selbstbestimmt und therapiemotiviert)
2. Therapiedauer (drei Wochen vs. zwölf Wochen)
3. Fokussierte Therapieziele (Motivation, krisenbedingende Faktoren im Fokus vs. umfangreiche Therapiezielhierarchie)
4. Therapieangebote (andere Gruppenangebote, weniger Einzeltherapie)
5. Bedingungen einer geschlossenen Station (Ausgangsregelungen, Maßnahmen der Zwangsmedikation, -fixierung) vs. Bedingungen einer offenen Station (andere Ausgangsregelungen, Möglichkeit der disziplinarischen Entlassung, keine Zwangsmedikation / -fixierung)

Das Kieler Kriseninterventionsmodell berücksichtigt zum einen die Leitlinien für die stationäre Behandlung von Borderline-Patienten, die von Swenson, Sanderson, Dulit, Linehan (2001) veröffentlicht wurden (siehe Kap.5.5). Zum anderen erfüllt es die wesentlichen Merkmale stationärer Krisenintervention, die in Anlehnung an Simmich, Milch, Reimer (2000) wie folgt formuliert wurden.

1. Niedrigschwellige Zugangswege (keine Wartelisten, kein Vorgespräch)
2. Arbeit im Hier und Jetzt in der Krisensituation
3. Einbeziehung des sozialen Umfeldes
4. Behandlung im therapeutischen Team
5. Aktive Grundhaltung
6. Stützen, Klären, Konfrontieren, Informieren
7. Umgang mit Rückzugstendenzen
8. Ressourcenorientierung
9. Anbahnung der Weiterbehandlung

Inwieweit das Kriseninterventionskonzept bedarfs- und zielorientiert wirksam ist, soll in dieser Studie erstmals untersucht werden. An dieser Stelle ist einschränkend zu erwähnen, dass sich das Konzept auf selbstgefährdende Borderline-Patienten konzentriert. Männliche Borderline-Patienten, die manchmal akut intoxikiert und fremdgefährdend aufgenommen werden, kommen auf eine andere geschlossene Station. Ein spezifisches Angebot für diese Teilgruppe akut aufgenommener Borderline-Patienten wäre überlegenswert, ist jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Grundsätzlich sind Studien zur Wirksamkeit von Kurzzeitinterventionen bei Suizidalität und Krisen von Borderline- und anderen Patienten relativ selten (Katz et al., 2004; McQuillan et al. 2005).

Characteristics of suicidal BPD patients (e.g., suicide attempts, threats of suicide attempts, and anger) are among the factors reported by psychotherapists as extreme stressors. In particular, legal and ethical concerns about patient suicide make it difficult to limit hospital use by patients with BPD who are suicidal and self-injurious, contributing to "revolving door" use of involuntary inpatient facilities, which may result in inadvertent iatrogenic effects. (Koerner & Linehan, 2000, S. 152)

6. Experimenteller Teil

Zunächst werden die Fragestellungen, methodische Probleme, der Versuchsplan und die Hypothesen sowie abschließend die Operationalisierung der Variablen vorgestellt.

6.1 Ableitung der Fragestellungen

Das stationäre, DBT-orientierte Kriseninterventionsprogramm für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde theoriegeleitet entwickelt und in der Praxis auf der geschlossenen Akutstation in der Kieler Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der ZIP gGmbH klinisch erprobt. Der Entwicklungsprozess des Therapiekonzeptes, welches mit dieser Studie wissenschaftlich evaluiert wird, dauerte ca. 1 ½ Jahre. Zum Zeitpunkt der Studienplanung wurden sämtliche Patienten beiderlei Geschlechts, bei denen die Diagnose oder der Verdacht einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bestand und eine Fremdgefährdung ausgeschlossen werden konnte, auf die geschlossene Akutstation aufgenommen. Dort wurden die Patienten von einem multiprofessionellen Team, das aus ärztlichen und psychologischen Therapeuten, Pflegepersonal, sozialpädagogischem Fachpersonal, Ergo- und Physiotherapeuten bestand, behandelt. Die speziell entwickelten Gruppentherapien wurden in manualisierter Form durchgeführt (Anhang). Das einzeltherapeutische und pflegerische Vorgehen erfolgte nach den Vorgaben des von Bernhardt, Friege, Gerok-Falke und Aldenhoff (2005) entwickelten Kriseninterventionskonzeptes unter kontinuierlicher Fortbildung und Supervision. Nach der klinischen Erprobung des Konzeptes wurde im nächsten Schritt die vorliegende Studie geplant und durchgeführt, um erste empirische Daten zur Wirksamkeit der stationären Kurzzeittherapie zu erhalten. Mit diesen Daten und weiteren praktischen Erfahrungen soll das Kriseninterventionskonzept weiter entwickelt und verbessert werden. Dieses entspricht einem mehrstufigen Evaluationsprozess bei der Entwicklung neuer Therapieansätze (Strauß, 2006b).

Ziele des Kriseninterventionskonzeptes sind die Reduzierung der Hospitalisierung hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer stationärer Akutaufnahmen, die Aufklärung über die Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Diagnose, die Erhöhung der Therapiemotivation für eine diagnosespezifische ambulante oder / und stationäre Behandlung sowie die Reduktion der zur Aufnahme führenden Krisen-Symptome. Entsprechend ist die Wirksamkeit des Kriseninterventionskonzeptes dann als erfolgreich anzusehen, wenn folgende Ziele erreicht werden:

1. Die Krisensymptome, die regelhaft zur akuten Aufnahme von Borderline-Patienten führen, sollen reduziert und die akute Krise damit überwunden werden.
2. Patienten sollen eine valide, standardisierte Diagnostik erhalten und transparent über die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgeklärt werden. Mittelfristig sollen sie für eine spezifische Therapie motiviert werden.
3. Langfristig soll das Behandlungskonzept zu kürzeren Belegungszeiten führen und eine Senkung der Aufnahmefrequenz von Borderline-Patienten erreicht werden.

Neben der empirischen Evaluation der DBT-orientierten Krisenintervention fehlen gleichermaßen ausführliche Daten zur Beschreibung der auf der Akutstation behandelten Borderline-Patienten. Die vorliegende Studie soll hierzu erste Daten liefern, um eine Weiterentwicklung des Konzeptes empirisch zu unterstützen. Dabei wird die Wirksamkeit der Krisenintervention insgesamt überprüft. Inwieweit einzelne Module sinnvolle und notwendige Bestandteile des Konzeptes sind, kann mit dieser ersten Studie nicht direkt evaluiert werden, sondern sollte durch inhaltliche, konzeptionelle Überlegungen beantwortet werden.

Da eine Überlegenheit des Kriseninterventionskonzeptes im Vergleich zu herkömmlichen stationären Behandlungsmethoden überprüft werden soll, um den erheblichen personellen und inhaltlichen Aufwand dieses spezifischen Behandlungsangebotes zu rechtfertigen, muss ein Vergleich der Kieler Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der ZIP gGmbH mit einer anderen Klinik mit regionalem Versorgungsauftrag erfolgen, in der ebenfalls Borderline-Patienten akut stationär aufgenommen und psychiatrisch nach herkömmlichen Methoden versorgt werden. Hierzu wurde die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Westküstenklinikum Heide mit vergleichbar großem Einzugsgebiet gewonnen. Beide Orte befinden sich in Schleswig-Holstein. Im Westküstenklinikum Heide werden die Patienten ebenfalls verhaltenstherapeutisch orientiert in multiprofessionellen Teams behandelt. Allerdings erfolgt keine störungsspezifische Zuordnung der Patienten auf eine Borderline-Station, sondern sie werden möglichst verteilt über alle Stationen im Klinikum aufgenommen. Entsprechend gibt es keine spezifische Schulung des Personals zur Borderline-Behandlung (weitere Details siehe Kapitel 6.3.1.1). Für die Ableitung der Fragestellungen ist hierbei zu berücksichtigen, dass vorab unklar war, ob eine herkömmliche Krisenintervention ebenfalls zu Veränderungen der Krisensymptome führt, weil Krisen als vorübergehend definiert sind und in einer umgrenzten Zeitspanne abklingen müssten, oder ob die psychiatrische Akutversorgung zu unveränderten Ausprägungen führt und sich damit wie eine Wartegruppe in den bisherigen DBT-Studien verhalten wird.

Zur Evaluation der stationären DBT-orientierten Krisenintervention wurden folgende Fragestellungen formuliert:

I. Fragestellungen zur Beschreibung der Personen mit Verdacht oder Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei stationärer Akutaufnahme

- Welche Personen werden im Untersuchungszeitraum akut stationär aufgenommen (z.B. Anzahl, Dauer des Aufenthaltes, Freiwilligkeit, Geschlecht, Häufigkeit der Vorbehandlungen)?
- Welche Krisensituationen sind Auslöser für die stationäre Aufnahme?
- Welche Symptome und Komorbiditäten bestehen?
- Welche soziodemographischen Variablen liegen vor?
- Welche anamnestischen Daten zur Herkunftsfamilie, zur bisherigen professionellen und sozialen Unterstützung und zur Entwicklung der Symptomatik beschreiben die Untersuchungsgruppe?

II. Fragestellungen zur Evaluation der Wirksamkeit des stationären, DBT-orientierten Kriseninterventionskonzeptes

- Führt die DBT-orientierte Krisenintervention in der Kieler Psychiatrie zu einem verbesserten Zustand der Patienten hinsichtlich verschiedener Krisensymptome im praetest-posttest-Vergleich?
- Führt die herkömmliche psychiatrische Versorgung in der Heider Psychiatrie zu einem verbesserten Zustand der Patienten hinsichtlich verschiedener Krisensymptome im praetest-posttest-Vergleich?
- Ist die DBT-orientierte Krisenintervention in der Kieler Psychiatrie wirksamer als bisherige herkömmliche Behandlungsmethoden in der Heider Psychiatrie?
- Inwieweit sind die erzielten Behandlungsergebnisse stabil?
- Kommt es im langfristigen Verlauf bei DBT-orientierter Krisenintervention im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungsmethoden zu verbesserten Behandlungserfolgen bzgl. Frequenz und Dauer der wiederholten stationären Akutbehandlungen?

6.2 Planung der Studie

6.2.1 Methodische und ethische Probleme

Die Versuchsplanung bei der Evaluation einer stationären Krisenintervention stellt in ethischer und methodischer Hinsicht eine enorme Herausforderung dar. Überlegungen hierzu werden kurz voran gestellt, bevor die Planung der eigenen Untersuchung beschrieben wird.

Bereits Bergold und Schürmann (2001, S. 11) schreiben: „Die Probleme, die normalerweise mit Evaluation im Gesundheitswesen verbunden sind, vervielfältigen sich im Bereich von Krisenintervention.“ Leferink und Bergold (1996), die einen Krisendienst evaluierten, beschreiben, dass diese extrem kurzfristige, unsystematisch und methodisch kaum kontrollierbare Beratungssituation sehr schwer kontrolliert zu untersuchen ist, da die Wirksamkeit von vielen Zufallsfluktuationen und der Einwirkung anderer Variablen als der therapeutischen Intervention abhängig sei. Insofern verwundert es nicht, dass es nur sehr wenig Forschung zur Effizienz von Kurzzeitbehandlungen bei Borderline-Patienten gibt (McQuillan et al. 2005, S.193). Andere Autoren berichten, dass Studien zur Wirksamkeit von Kurzzeitinterventionen bei Suizidalität und Krisen auch bei anderen Patienten relativ selten sind (Katz, Cox, Gunasekara, Miller, 2004; McQuillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lissner, Ferrero, 2005).

Bei einer Krisenintervention handelt es sich um eine sehr kurz wirksame Intervention, deren Spezifität in Frage gestellt werden kann, da Krisen generell als eine vorübergehende Notfallreaktion definiert sind. Insofern ist eine Spontanremission zu erwarten, so dass eine klare, kausale Zuordnung von Symptomverbesserungen auf die „erfolgreiche“ Therapiemethode nur bedingt möglich ist. In der vorliegenden Studie wird daher auf den Vergleich mit einer Kontrollgruppe Wert gelegt, um die Validität der Ergebnisse zu erhöhen. Dabei können Patienten, die aufgrund von akuter Not und / oder akuter

Selbstgefährdung eingewiesen werden, aus ethischen Gründen keiner Kontroll- oder Wartebedingung randomisiert zugewiesen werden. Daher wurden „natürliche“ Gruppen in einem quasiexperimentellen Versuchsdesign gewählt, wodurch die Gültigkeit der Untersuchungsergebnisse eingeschränkt wird. Ferner ist bei der Evaluation von akut und oftmals suizidal aufgenommenen Patienten besonders zu berücksichtigen, dass diese im Aufnahmestatus nicht unmittelbar untersuchungsfähig und –willig sind, zumal ein Teil der Patienten unfreiwillig, manchmal sogar mit richterlichem Beschluss oder in intoxiziertem Zustand aufgenommen wird. Manchmal werden Patienten während des Aufenthaltes fixiert, um Selbst- oder Fremdgefährdung abzuwenden, so dass eine Erhebung von Daten in diesem Zustand unsinnig ist. Aus ethischen Überlegungen hatte die Stabilisierung der emotional sehr belasteten Patienten grundsätzlich Priorität vor der Vollständigkeit der Untersuchungsdaten. Inwieweit die Messungen der abhängigen Variablen unter krisenhaften Bedingungen und der emotionalen Instabilität der Patienten reliabel sind, wird im Kapitel zur Operationalisierung der abhängigen Variablen und im Kapitel zur Diskussion der Ergebnisse diskutiert. Zur Erhöhung der Reliabilität wurden verschiedene Strategien verwendet (z.B. änderungssensitive Fragebögen, Selbst- und Fremdeinschätzungen, standardisierte Diagnostik, Interraterreliabilität, überschaubare Messintervalle), wobei die Möglichkeiten der Optimierung begrenzt sind.

Weitere methodische Probleme entstehen, weil Patienten auf Akutstationen eine individuell sehr unterschiedliche Behandlungsdauer aufweisen, die von einigen Stunden über Tage bis hin zu Wochen und Monaten andauern kann. Auch die Therapieteilnahmefähigkeit ist aufgrund von erheblicher somatischer Beeinträchtigung durch Sedativa, Suizidalität, Fixierung, mangelnder Behandlungsmotivation bis hin zu schweren körperlichen Folgeerscheinungen (z.B. Schnittverletzungen, internistische Komplikationen) inter- und intraindividuell extrem variabel, so dass manche Patienten die Therapieangebote sehr kontinuierlich und andere nur sporadisch wahrnehmen. Hier sei erneut darauf verwiesen, dass das Kriseninterventionsangebot insgesamt, nicht die Wirksamkeit einzelner Module überprüft wird. Schließlich ergeben sich aus wiederholten stationären Krisenaufnahmen bis hin zu sogenannten „Dreh-türpatienten“ methodische Probleme dahingehend, inwieweit diese Patienten in die Studie eingeschlossen werden sollen. Der anschließend vorgestellte Versuchsplan berücksichtigt diese Phänomene, indem für diese erste Studie nur eine Teilgruppe der Akutpatienten eingeschlossen wird, um an diesen Personen zunächst in einem ersten Schritt die Wirksamkeit der Kurzzeittherapie zu überprüfen. Der Vorteil dieser Vorgehensweise besteht in der eindeutigeren Interpretierbarkeit der Ergebnisse. Im Kapitel 9 wird diskutiert, inwieweit sich die Ergebnisse der untersuchten Teilgruppe auf die gesamte Gruppe der akut aufgenommenen Borderline-Patienten übertragen lassen und inwieweit eine Modifikation des Kriseninterventionskonzeptes sinnvoll wäre.

Neben den ethischen und methodischen Schwierigkeiten ist die Bereitschaft eines multiprofessionellen Teams zur Evaluation der eigenen Arbeit individuell sehr unterschiedlich, da einige Mitarbeiter eher Kontrolle und Transparenz der eigenen Arbeitsergebnisse fürchten, während andere diese begrüßen, so dass es bei der Durchführung der Studie zu Problemen im organisatorischen Ablauf kommen kann.

Hier wurde auf eine ausführliche Informations- und Motivationsphase Wert gelegt, wodurch diesen Phänomenen weitgehend entgegengewirkt werden konnte, zumal die Durchführung einer Untersuchung zusätzliche zeitliche Ressourcen erfordert, welche im Klinikalltag begrenzt sind.

6.2.2 Methodisches Vorgehen und Versuchsplan

Zur Beantwortung der **1. explorativen Fragestellungsgruppe** (Beschreibung der Personen mit Verdacht oder Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei stationärer Akutaufnahme) wurden spezifische Fragebögen für Therapeuten und Patienten entwickelt (siehe Anhang), in denen die soziodemographischen und anamnestischen Daten erhoben werden.

Zur Klärung der **2. hypothesentestenden Fragestellungsgruppe** (Evaluation der Wirksamkeit des stationären, DBT-orientierten Kriseninterventionskonzeptes) wurde unter Berücksichtigung der ethischen und methodischen Phänomene eine quasiexperimentelle Felduntersuchung mit zweifaktoriellem Design und Messwiederholung gewählt. Unabhängige Variablen sind der Messwiederholungsfaktor mit insgesamt 5 Messzeitpunkten und die Untersuchungsgruppen DBT-Krisenintervention Klinik für Psychiatrie der ZIP gGmbH in Kiel und treatment-as-usual (TAU) in der Klinik für Psychiatrie am Westküstenklinikum Heide. Die folgende Tabelle zeigt den Versuchsplan aus Gründen der Übersichtlichkeit vorab; die Erläuterung der Variablen erfolgt im Text.

Tabelle 2: Versuchsplan

	T ₀ zu Beginn	T ₁ nach einer Woche	T ₂ nach zwei Wochen	T ₃ nach drei Wochen	T ₄ nach sechs Wochen
DBT Kiel					
TAU Heide					

Für die Rekrutierung der Untersuchungsgruppen (Treatmentfaktor) dienten zwei Kliniken mit psychiatrischem Versorgungsauftrag, d.h. alle Patienten in einem bestimmten definierten Gebiet müssen von diesen Kliniken im Notfall versorgt werden. In der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der ZIP gGmbH in Kiel erfolgt die DBT-orientierte Krisenintervention für Borderline-Patienten auf einer geschlossenen, diagnosespezifischen Station. In der Vergleichsgruppe der psychiatrischen Klinik in Heide werden Borderline-Patienten akut je nach Bettenkapazitäten auf alle Stationen verteilt aufgenommen und dort nach herkömmlichen Methoden behandelt. In beiden Kliniken besteht eine verhaltenstherapeutische Orientierung. Beide Kliniken sind hinsichtlich ihrer Größe relativ vergleichbar und im gleichen Bundesland angesiedelt. Im Gegensatz zur psychiatrischen Klinik in der Landeshauptstadt Kiel versorgt die psychiatrische Klinik in Heide ein ländliches Einzugsgebiet. Eine ausführliche Beschreibung der Untersuchungsgruppen erfolgt nochmals unter Kapitel 6.3.1.

Um den Erfolg der unterschiedlichen Ansätze in den beiden psychiatrischen Kliniken zu vergleichen, müssen die abhängigen Variablen wiederholt gemessen werden. Die Definition der zeitlichen Abstände der Messwiederholung bereitete insofern Schwierigkeiten, weil in Kiel eine Teilnahme an der Kurzzeitintervention aus klinischer Sicht für 3 Wochen anvisiert wurde, um die angestrebten Ziele

erreichen zu können. Dagegen wurde in Heide ohne einen zu Beginn definierten Zeitrahmen behandelt, sondern fakultativ im Therapieverlauf über den Entlassungszeitpunkt entschieden. In Kiel ist eine Verlängerung der dreiwöchigen Krisenintervention dann vorgesehen, wenn die angestrebten Ziele wie z.B. Reduzierung der akuten Suizidalität nicht ausreichend erreicht wurden. Unterschiedliche Zeitabstände bei der Messung der abhängigen Variablen wurden als methodisch zu problematisch erachtet, da dann der Treatment-Faktor unterschiedlich lang einwirkt und somit die Therapieart mit der zeitlichen Wirkung konfundiert ist⁸. Daher erfolgt die Messung der abhängigen Variablen in beiden Gruppen zu gleichen Messzeitpunkten: zu Beginn der Behandlung, in einigen Fällen wöchentlich, bei allen Variablen jedoch abschließend nach 3 Wochen, also zum Zeitpunkt des regulären Endes der DBT-orientierten Kurzzeitbehandlung. Die Messung einiger Variablen in wöchentlichen Abständen hatte explorativen Charakter, während die Hypothesen für einen Behandlungserfolg nach drei Wochen formuliert wurden. Für die wöchentliche Messung wurden potenziell stark schwankende Variablen ausgewählt, wie zum Beispiel dissoziative Zustände, um Artefakte prüfen zu können. Nach weiteren 3 Wochen wurde eine erste katamnestiche Untersuchung per Einbestellung oder alternativ postalischer Befragung geplant. Eine weitere Katamnese in Form einer Belegungsstatistik wurde ebenfalls erstellt, um die Frequenz und Dauer wiederholter stationärer Akutbehandlungen in Kiel zu überprüfen, da es das Ziel ist, zu einer Reduktion der Aufnahmedauer und -häufigkeit zu gelangen. Von einer personenbezogenen langfristigen Katamnese wurde aufgrund personeller Ressourcen und methodischer Probleme abgesehen. Aufgrund der hohen Frequentierung der Akutstation und teilweise geringem verbindlichem Beziehungsaufbau wäre eine Katamnese mit vermutlich relativ hohen Ausfallquoten verbunden, so dass die Ergebnisse kaum interpretierbar wären.

Als Studienabbrecher wurden Personen definiert, welche die Klinik vor Ablauf von drei Wochen verlassen. Ausgeschlossen wurden auch Patienten, bei denen eine Anfangsmessung nicht innerhalb der ersten 48 Stunden erfolgen konnte (z.B. Intoxikation), sowie Personen, welche die Teilnahme an der Untersuchung verweigerten. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden ausführlich in Kapitel 6.3.4.1 vorgestellt. Anhand verschiedener Fragebögen, die von den Patienten und den Therapeuten ausgefüllt wurden, wurden etliche soziodemographische Merkmale der Studienabbrecher erfasst. Als konfundierende Störvariable für den Therapieerfolg wird die Psychotherapiemotivation erfaßt. Da die Erhöhung der Therapiemotivation erklärtes Ziel der DBT-orientierten Krisenintervention ist, hätte diese Variable auch als abhängige Variable einbezogen werden können.

Als Indikatoren für den Behandlungserfolg werden folgende abhängige Variablen untersucht, weil sie Symptome repräsentieren, die bei Krisen von Borderline-Patienten verstärkt auftreten sollten:

- Borderlinetypische Verhaltens- und Erlebensweisen
- Stressabhängige dissoziative Zustände

⁸ Beispielsweise wurde in der Untersuchung von Katz, Cox, Guansekara und Miller (2004) ein derartiger, problematischer Versuchsplan gewählt, wo zum Aufnahmezeitpunkt und zur individuell unterschiedlichen stationären Entlassung Daten erhoben wurden.

- Stressabhängige pseudopsychotische Zustände
- Situativ bedingte Angst
- Depressivität
- Ausmaß psychopathologischer Belastung
- Globales allgemeines Funktionsniveau
- Suizidalität und Parasuizidalität

Warum wurden diese abhängigen Variablen ausgewählt? Die Variablen repräsentieren einerseits typische Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung, andererseits ist deren Ausprägung in Krisenzuständen besonders stark zu beobachten. Klar und offensichtlich ist dieses bei dissoziativen und pseudopsychotischen Zuständen, die bereits als stress- und damit krisenabhängig fluktuierend definiert sind. So ist gerade das durch Stress ausgelöste, aber vollständig reversible Auftreten von psychotischen Erlebnisinhalten ein wichtiges Kriterium zur Unterscheidung zwischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und der Borderline-Persönlichkeitsstörung, wobei nur in seltenen Fällen Doppeldiagnosen auftreten. Aber auch Selbstverletzungen und Suizidalität sind in Krisen stärker ausgeprägt und zudem häufiger Aufnahmegrund für akute, stationäre Behandlungen. Die abhängige Variable Depressivität wurde ausgewählt, weil diese stark mit der Suizidalität korreliert. Depressivität geht oft mit Resignation, Sinnlosigkeits- und Hilflosigkeitserleben einher, so dass die Vermittlung von konkreten Fertigkeiten zu konstruktiven Effekten führen sollte. Das intensive Erleben von Angst ist ebenfalls ein dauerhaftes Merkmal von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diagnostisch zeigt sich dieses in der Vermeidung des Alleinseins und den Bemühungen, jegliches Verlassenwerden zu vermeiden. Zu unterscheiden ist daher das chronische Angsterleben der Patienten als „trait“ im Gegensatz zur akuten Angst als „state“, wenn sie von wichtigen Bezugspersonen verlassen werden. Die Hypothese in dieser Untersuchung ist, dass Borderline-Patienten durch Trennungen häufig zur stationären Krisenaufnahme kommen, so dass eine verstärkte situative Angst messbar sein sollte. Diese sollte durch die Kurzzeittherapie und deren Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit dem Alleinsein bzw. durch Vermittlung eines verbesserten sozialen Netzes reduziert werden. Insgesamt sollte das Ausmaß der psychopathologischen Belastung und die Funktionsfähigkeit durch eine stationäre Krisenintervention positiv beeinflusst werden.

Schließlich wurden längerfristige Effekte überprüft durch eine personenbezogene Katamnese nach weiteren drei Wochen in beiden Kliniken und durch eine statistische Auswertung zu Frequenz und Dauer stationärer Akutbehandlungen in der Klinik in Kiel, da es erklärte Therapieziel der DBT-orientierten Krisenintervention ist, die Patienten für eine stabile, diagnosespezifische Psychotherapie zu motivieren und die Hospitalisierung zu verringern.

6.2.3 Umgang mit konfundierenden Variablen

Wichtig ist die möglichst hohe Eindeutigkeit der Ergebnisse bei geringer Überlagerung durch andere Effekte als die Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsmethoden. Da bei einer Therapieevaluati-

on diese Störvariablen nur bedingt kontrolliert werden können, werden diese in der vorliegenden Studie mit erhoben, nach Möglichkeit konstant gehalten und abschließend reflektiert. Denkbare Störvariablen sind Alter, Geschlecht und Schwere der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Krankheitseinsicht, Therapiemotivation zu Beginn der Intervention, medikamentöse Behandlung, kognitive Fertigkeiten, Chronifizierung der Störung, Täterkontakt, soziale Unterstützung, berufliches, prämorbid funktionelles Niveau und Verfügbarkeit von Ressourcen. Sinnvoll wäre ein „Matching“ (Bortz & Döring, 2005), d. h. eine paarweise Zuordnung der Versuchspersonen in den beiden Stichproben nach relevanten Störvariablen sowie eine abschließende Regressionsanalyse. Dieses Vorgehen ist allerdings nur bei ausreichend großer Stichprobengröße praktikabel. Im Detail wurden für diese erste Studie mit kleinerer Stichprobe folgende überlagernde Effekte angenommen und entsprechende Maßnahmen getroffen. Denkbar wäre, dass die Patienten je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich gut von dem Angebot profitieren können, zumal Befunde vorliegen, wonach die emotionale Instabilität mit dem Alter nachlässt (Zanarini, Frankenburg, Hennen und Silk, 2006). Generell ist die Dialektische Behaviorale Verhaltenstherapie an weiblichen Patientinnen entwickelt und evaluiert worden, so dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Ergebnisse haben kann. Alter und Geschlecht wurden erhoben und sollten in beiden Stichproben gleich verteilt sein.

Die Schwere und Chronifizierung der Borderlinestörung hat mit Sicherheit einen Einfluss auf die Wirksamkeit des Therapieangebotes. Hierzu gibt es zum einen die Hypothese, dass schwer suizidale und selbstverletzende Patienten besonders von der DBT profitieren, da diese Verhaltensmuster im Fokus der Therapie stehen. Einerseits sollten ähnlich schwer erkrankte Patienten, gemessen an den Kriterien im SKID-II, der BSL-Gesamtwerte und anhand des Ausmaßes der Parasuizidalität, in beiden Stichproben untersucht werden. Andererseits ist denkbar, dass schwer erkrankte Patienten besonders schwer zur Therapie zu motivieren sind und eine resignative Haltung einnehmen. Um hier eine Vergleichbarkeit der Therapiegruppen zu überprüfen, wurde die Freiwilligkeit der Behandlung erfasst, indem die Häufigkeit richterlicher Beschlüsse und der Fixierungsmassnahmen mit erhoben wurde. Ferner wurde die Therapiemotivation als mögliche konfundierende Variable überprüft.

Es ist anzunehmen, dass Patienten mit geringen kognitiven Fertigkeiten nicht ausreichend von der Therapie profitieren können, sondern dass für diese Personengruppe ein vereinfachtes Vorgehen gewählt werden müsste. Daher wurden Patienten mit weit unterdurchschnittlichen Intelligenzquotienten von der Studie ausgeschlossen. Die medikamentöse Behandlung könnte ebenfalls einen konfundierenden Effekt haben. Sie wurde während der dreiwöchigen Intervention konstant gehalten. Bei Umstellung der Medikation während der drei Wochen wurden Probanden aus der Studie ausgeschlossen. Vermutlich haben die soziale Unterstützung, ein hoher prämorbid beruflicher Status und die Verfügbarkeit von Ressourcen bei gleichzeitiger Krankheitseinsicht und –akzeptanz einen positiven Einfluss auf die abhängigen Variablen. Dagegen ist davon auszugehen, dass anhaltender Täterkontakt einen destruktiven Einfluss hat. Durch Befragung von Patienten und Therapeuten wird versucht, diese Faktoren zu erheben und auszuwerten. Schließlich wurde die Untersuchung von anderen Personen als den

behandelnden Therapeuten durchgeführt, um den Hawthorne-Effekt zu verhindern. DBT-Vorerfahrungen sollten ebenfalls die Wirksamkeit der Interventionen beeinflussen, daher wurden Personen mit erheblicher Vorerfahrung aus der Untersuchung ausgeschlossen. In den Therapeutenfragebögen wurde außerdem erfasst, welche Angebote der Interventionen die Patienten tatsächlich wahrgenommen haben, um die interne Validität der Studie zu gewährleisten.

6.2.4 Inhaltliche und statistische Hypothesen

Im Folgenden werden drei verschiedene Gruppen von Hypothesen zu den erwarteten Ergebnissen formuliert.

A. Hypothesen zur Wirksamkeit der Kieler DBT-orientierten Krisenintervention

Zunächst wird die Frage der Wirksamkeit des Kieler, DBT-orientierten Kriseninterventionskonzeptes durch Prä-Posttest-Vergleiche beantwortet. Die **inhaltlichen Hypothesen** für die abhängigen Variablen borderlinetypische Verhaltens- und Erlebensweisen, stressabhängige dissoziative Zustände, stressabhängige pseudopsychotische Zustände, situativ bedingte Angst, Depressivität, Psychopathologische Befindlichkeit, Ausmaß psychopathologischer Belastung, globales allgemeines Funktionsniveau, Suizidalität und Parasuizidalität lauten:

H₀: Die DBT-orientierte Krisenintervention führt nach einer Behandlungszeit von drei Wochen zu keiner signifikanten Verringerung des Ausprägungsgrades der abhängigen Variablen.

H₁: Die DBT-orientierte Krisenintervention führt in einer Behandlungszeit von drei Wochen zu einer signifikanten Verringerung des Ausprägungsgrades der abhängigen Variablen.

Die entsprechenden **statistischen Hypothesen** (Kennwerte siehe Tabelle 2) für die abhängigen Variablen lauten jeweils:

$$H_0: \mu_{11} = \mu_{12}$$

$$H_1: \mu_{11} < \mu_{12}$$

Zur Auswertung wird pro abhängige Variable ein Vergleich der Mittelwerte für abhängige Stichproben oder ein Kontrast gerechnet. Das Signifikanzniveau für den einseitigen Test wird auf 5% festgelegt. Die Auswahl des statistischen Tests richtet sich nach Stichprobengröße und Prüfung der Voraussetzungen auf Normalverteiltetheit und Varianzhomogenität. Der Problematik des multiplen Testens wird mittels Bonferoni-Korrektur begegnet, sollte die H₁ bei einzelnen Variablen bestätigt werden.

B. Hypothesen zur Wirksamkeit der herkömmlichen Krisenintervention in Heide

Ausgehend von der Annahme, dass auch eine unspezifische Krisenintervention wirksam ist, werden die gleichen inhaltlichen Hypothesen für die abhängigen Variablen borderlinetypische Verhaltens- und Erlebensweisen, stressabhängige dissoziative Zustände, stressabhängige pseudopsychotische Zustände, situativ bedingte Angst, Depressivität, Psychopathologische Befindlichkeit, Ausmaß psychopathologischer Belastung, Globales allgemeines Funktionsniveau, Suizidalität und Parasuizidalität in der Kontrollbedingung gewählt. Sie lauten:

H₀: Die herkömmliche Krisenintervention in Heide führt nach einer Behandlungszeit von drei Wochen zu keiner signifikanten Verringerung des Ausprägungsgrades der abhängigen Variablen (s.o.).

H₁: Die herkömmliche Krisenintervention in Heide führt in einer Behandlungszeit von drei Wochen zu einer signifikanten Verringerung des Ausprägungsgrades der abhängigen Variablen.

Die entsprechenden **statistischen Hypothesen** (siehe Tabelle2) für die abhängigen Variablen lauten jeweils:

$$H_0: \mu_{21} = \mu_{22}$$

$$H_1: \mu_{21} < \mu_{22}$$

Zur Auswertung wird erneut pro abhängige Variable ein Vergleich der Mittelwerte für abhängige Stichproben oder ein Kontrast gerechnet. Das Signifikanzniveau für den einseitigen Test wird auf 5% festgelegt. Die Auswahl des statistischen Tests richtet sich nach Stichprobengröße und Prüfung der Voraussetzungen auf Normalverteiltheit und Varianzhomogenität. Der Problematik des multiplen Testens wird mittels Bonferoni-Korrektur begegnet, sollte die H₁ bei einzelnen Variablen bestätigt werden.

Tabelle 3: Veranschaulichung der statistischen Beziehungen im Versuchsplan

	T0 Behandlungsbeginn	T3 nach 3-wöchiger Therapie
DBT in Kiel	μ_{11}	μ_{12}
TAU in Heide	μ_{21}	μ_{22}

C. Hypothesen zur Überlegenheit der DBT-orientierten Krisenintervention

Die bessere Wirksamkeit der DBT-orientierten Krisenintervention kann sich bereits im Rahmen der ersten beiden Hypothesentestungen zeigen, falls hier bereits ausgeprägtere Signifikanzen in der DBT-Gruppe im Vergleich zur TAU-Gruppe nachgewiesen werden. Die inhaltlichen Hypothesen lauten dann einfach:

H₀: In beiden Gruppen zeigen sich ähnlich ausgeprägte Effekte auf die abhängigen Variablen.

H₁: In der DBT-Gruppe in Kiel sind häufigere, signifikante Effekte auf die abhängigen Variablen auf im Vergleich zur TAU-Gruppe in Heide festzustellen.

Sollten in beiden Gruppen ähnliche signifikante Effekte beobachtbar sein, dann könnten die Differenzwerte von Anfangs- und Endmessung bestimmt werden, da hierdurch apriori bestehende Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen neutralisiert werden. Die Differenzwerte können dann mittels Mittelwertvergleich bei unabhängigen Stichproben auf Signifikanz geprüft werden.

Die inhaltlichen Hypothesen lauten:

H₀: Die Differenzwerte der Anfangs- und Endmessungen der abhängigen Variablen unterscheiden sich nicht in den beiden Therapiegruppen.

H₁: Die Differenzwerte der Anfangs- und Endmessungen der abhängigen Variablen sind in der Kieler DBT-Gruppe signifikant stärker als in der Heider TAU-Gruppe.

Die statistischen Hypothesen lauten dann:

$$H_0: \mu_{11} - \mu_{12} = \mu_{21} - \mu_{22}$$

$$H_1: \mu_{11} - \mu_{12} > \mu_{21} - \mu_{22}$$

D. Hypothesen zur Stabilität der Ergebnisse und der langfristigen Effekte

Zur Katamnese nach 6 Wochen wird überprüft, inwieweit die erreichten Werte auf den abhängigen in den jeweiligen Untersuchungsgruppen stabil bleiben. Zur Fragestellung der langfristigen Reduktion der Hospitalisierung in Kiel nach Einführung des spezifischen Kriseninterventionskonzeptes wird anhand der Aufnahmezeitpunkt überprüft, ob die Häufigkeit und Dauer stationärer Akutaufnahmen insgesamt und pro Person im Langzeitverlauf wie erwünscht sinkt.

6.3 Operationalisierung der Variablen

Es werden nun die Messinstrumente zur Operationalisierung der unabhängigen, der abhängigen und der beeinflussenden Variablen sowie zur Generierung der Stichprobe vorgestellt. Abschließend folgt ein tabellarischer Überblick über sämtliche Variablen, Messinstrumente und Messzeitpunkte.

6.3.1 Die unabhängigen Variablen

6.3.1.1 Die Untersuchungsgruppen

In dieser Studie wird die Behandlung von akut psychiatrisch, stationär aufgenommenen Patienten mit Verdacht oder bereits gestellter Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung in zwei verschiedenen psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern in Schleswig-Holstein verglichen.

Die erste Behandlungsform ist die DBT-orientierte stationäre Krisenintervention (Bernhardt et al., 2005), welche in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Integrative Psychiatrie in Kiel auf der geschlossenen Akutstation durchgeführt wurde. Zum Zeitpunkt der Studie hatte die Station eine Kapazität von 10 bis 13 Betten und wurde von einem multiprofessionellen Team betreut, bestehend aus einer Oberärztin, Assistenzärztin, fakultativ Diplom-Psychologin zur Durchführung der Einzel- und Gruppentherapien, Pflegepersonal, Ergotherapeutin, Diplom-Sozialpädagogin und Physiotherapeut. Borderline-Erkrankte, die sich für eine 3-monatige stationäre DBT nach dem Modell von Bohus et al. (1996; 2001) interessieren, wurden geplant nach Vorgespräch und mehrmonatiger Wartezeit auf eine andere psychotherapeutische Station aufgenommen. Das Konzept der Kieler Klinik wurde bereits ausführlich dargestellt. Die Inhalte der Gruppentherapien werden im Anhang dargestellt und orientieren sich an dem Manual von M.M. Linehan (1995b).

Die zweite Behandlungsform war die herkömmliche, stationäre Krisenintervention, wie sie in der Klinik für Psychiatrie in Heide durchgeführt wurde. Dort wurden die akut stationär behandelten Borderline-Patienten auf alle Stationen des Hauses je nach Aufnahmekapazitäten verteilt aufgenommen und behandelt. Die jeweiligen Mitarbeiter arbeiteten ebenfalls verhaltenstherapeutisch orientiert und teilweise mit DBT-Elementen in der Einzeltherapie. Beide Kliniken hatten für ihr jeweiliges Einzugsge-

biet einen Versorgungsauftrag, konnten also keine Auswahl bei Notfallpatienten treffen. In beiden Kliniken galt die Personalverordnung für Psychiatrische Krankenhäuser, wonach der Personalbedarf kalkuliert wurde. Allerdings war in der Klinik in Kiel etwas mehr Pflegepersonal eingesetzt, da für geschlossene Stationen ein anderer Pflegebedarfsschlüssel zugrunde gelegt wird als für offen geführte Stationen. Die folgende tabellarische Übersicht stellt Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Kliniken gegenüber.

Tabelle 4: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der DBT-Krisenintervention in Kiel vs. TAU in Heide

DBT-Krisenintervention in der Psychiatrie Kiel	Herkömmliche Behandlung in der Psychiatrie Heide
Akutaufnahme auf einer störungsspezifischen Station	Akutaufnahmen verteilt auf alle Stationen im Haus
Keine fremdgefährdeten Mitpatienten	Unterbringung auch mit fremdgefährdeten Mitpatienten
DBT-geschulte Therapeuten	Verhaltenstherapeutisch orientierte Therapeuten z.T. mit DBT-Elementen
Bezugspflegesystem	keine Bezugspflege
DBT-Fortbildungen und Supervision fürs Team	verhaltenstherapeutisch orientiertes Team
Einzel- und Gruppentherapien	Einzeltherapien
Psychopharmakotherapie fakultativ	Psychopharmakotherapie fakultativ
Landeshauptstadt (ca. 110 Betten)	Ländliches Einzugsgebiet Westküstenklinikum (ca. 100 Betten)

6.3.1.2 Der Messwiederholungsfaktor

Die zweite unabhängige Variable war der Zeitfaktor, der aus den jeweiligen Messzeitpunkten besteht, zu denen die abhängigen Variablen erhoben wurden. Dieser Zeitfaktor war je nach abhängiger Variable drei- bis fünffach gestuft. Alle Variablen wurden zu Beginn der stationären Aufnahme innerhalb der ersten ein bis zwei Tage (je nach Belastbarkeit der Patienten), nach dreiwöchiger Behandlung und in einer Katamnese sechs Wochen nach Aufnahme erhoben. Zusätzlich wurden einige abhängigen Variablen wöchentlich erhoben, um Verlaufsschwankungen zu ermitteln und festzustellen, ob ein Behandlungserfolg kontinuierlich oder stark schwankend messbar ist. Dabei wurde entschieden, nicht die gesamte Testbatterie wöchentlich zu erheben, um die geringe Belastbarkeit der akut kranken Patienten zu berücksichtigen und deren Motivation zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen. Alle Messinstrumente wurden zur Beurteilung kurzer Zeiträume (z.B. der Zeitraum von einer Woche seit der letzten Datenerhebung) umformuliert eingesetzt.

6.3.2 Die abhängigen und konfundierenden Variablen

Bei der Auswahl der Messinstrumente wurde darauf geachtet, Instrumente zu verwenden, welche schnell und leicht zu bearbeiten sind und sensitiv auf Veränderungen im Therapieprozess reagieren. Gleichzeitig sollten die Instrumente etabliert und in der klinischen Forschung bewährt sein.

6.3.2.1 Borderlinetypische Verhaltens- und Erlebensweisen

Borderline-typische Verhaltens- und Erlebnissen wurden durch die Borderline-Symptom-Liste (BSL) von Bohus, Limberger, Sender, Gratwohl & Stieglitz (2001) erfasst, zumal dieses Messinstrument sensitiv für Veränderungsmessungen im Therapieverlauf ist. Damit kann auch eingeschätzt werden, welchen Schwere- und Ausprägungsgrad die hier untersuchte Stichprobe der Borderline-Patienten aufweist, zumal die Symptomatik ausgesprochen heterogen ist. Bei der BSL handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung spezifischer, borderlinetypischer Beschwerden, die gezielt die DSM-IV-Kriterien, die Kriterien des Diagnostischen Interviews für Borderline-Störungen (DIB-R, Gunderson, Zanarini, 1992), Expertenmeinungen und Patientenaussagen aufgreifen. 95 Items aus sieben Subskalen werden von den Probanden auf einer fünf-stufigen Rating-Skala eingeschätzt (0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Die sieben Unterskalen benennen mit 83 Items die subjektive Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung (dissoziative Phänomene), Affektregulation, Autoaggressivität, Dysthymie, soziale Isolation, Intrusionen / Ekel, Pseudohalluzinationen sowie Feindseligkeit / Fremdaggressivität. Die Werte von weiteren 12 Aussagen gemeinsam mit den Untertest werden zu einem Gesamtwert summiert, der die Schwere der Beeinträchtigung angibt. Die Durchführungsdauer liegt bei ca. 15 Minuten. Die Itemtrennschärfe der sieben Skalen liegt zwischen .39 und .76, die innere Konsistenz bei .8 und .94. Bohus und Mitarbeiter schätzen die Güte der psychometrischen Kennwerte als gut bis sehr gut ein. Erste Validitätsüberprüfungen hätten günstige Resultate ergeben. Die Entwicklung der BSL wurde jedoch ausschließlich anhand von betroffenen Frauen vorgenommen, so dass die Normierung sich auf die weibliche Population beziehen dürfte. Altersgruppen fehlen bislang noch. 2007 erschien eine internationale Publikation mit neueren Angaben (Bohus, Limberger, Frank, Chapman, Kühler, Stieglitz, 2007), wonach die Reliabilität und Validität günstig beurteilt wird. Ferner wird bestätigt, dass nach drei Monaten Dialektisch-Behavioraler Therapie auf fünf Unterskalen und dem Gesamtwert signifikante positive Veränderungen messbar werden.

6.3.2.2 Stressabhängige dissoziative Zustände

Zur Messung dissoziativer Zustände wurde der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) von Freyberger, Spitzer und Stieglitz (1999) in der deutschen Adaption der Dissociative Experience Scale von Berstein-Carlson und Putnam aus dem Jahr 1988 eingesetzt. Dabei handelt es sich um ein Screeninginstrument zur Erfassung verschiedener dissoziativer Phänomene wie Depersonalisation, Derealisation, Absorption und Amnesie, welche in vier Subskalen erfasst werden. Insgesamt werden diese Unterskalen mit 44 Aussagen erfasst, welche auf einer Prozentskala von den Probanden als mehr oder weniger zutreffend eingeschätzt werden. Neben den vier Testwerten zu den Unterskalen liefert der Fragebogen einen Gesamtwert zur Ausprägung dissoziativer Phänomene. Das Verfahren wird in der Forschung und im klinischen Alltag vielfältig eingesetzt, zumal es sich zur Diagnostik und Verlaufsmessung eignet, für Patienten gut tolerierbar und zeitsparend einzusetzen ist. Die sprachliche Einfachheit erlaubt den Einsatz des Selbstbeurteilungsinstrumentes auch bei Menschen mit einem IQ

im unterdurchschnittlichen Bereich. Die interne Konsistenz des Gesamttests liegt bei .93 (Cronbach`s α), für die Subskalen zwischen .77 und .81. Die Retestreliabilität liegt nach zwei Wochen für den Gesamttestwert bei .82, nur in der Subskala Amnesie ist die Stabilität mit .58 als grenzwertig anzusehen. Die Ergebnisse zur Änderungssensitivität durch Vergleich der Werte von psychiatrischen Patienten bei Aufnahme und Entlassung zeigen, dass es sich um ein durch therapeutische Intervention veränderbares Merkmal handelt, dessen Verlauf durch den FDS ermittelt werden kann (Freyberger et al., 1999, S. 41). Die Validitätsuntersuchungen ergaben, dass zwischen FDS und anderen psychopathologischen Testergebnissen mäßige Korrelationen bestehen, so dass sehr unterschiedliche Aspekte psychischer Beeinträchtigung erfasst werden. Gruppenvergleiche mit anderen psychiatrischen und gesunden Personengruppen belegen die Validität des Konstruktes Dissoziation.

6.3.2.3 Stressabhängige pseudopsychotische Zustände

Zur Erfassung der pseudopsychotischen Zustände wurde eine Subskala der Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R), vollständig überarbeitet und neu normiert von Franke (1995), verwendet. Dieses bewährte Verfahren misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage. Damit können variable Befindlichkeiten im Therapieverlauf gemessen werden. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items: der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Zur Operationalisierung der pseudopsychotischen Zustände wird die Subskala Psychotizismus ausgewertet. In der 2. aktualisierten Auflage liegen repräsentative Normen und zahlreiche Untersuchungen zu den Gütekriterien vor. Die internen Konsistenzen (Cronbach`s α) der einzelnen Skalen liegen in der repräsentativen Eichstichprobe (N=2141) zwischen .75 und .97, in einer klinischen Stichprobe von stationären Therapieklienten (N=5057) zwischen .74 und .97. Die Reliabilität war in der Normstichprobe befriedigend, in der klinischen Stichprobe gut bis sehr gut. Die Retest-Reliabilität lag nach einer Woche zwischen .69 und .92. Zahlreiche Auswertungen bescheinigen eine gute Validität des SCL-90-R, der sie ihren vielfältigen Einsatz in Forschung und klinischer Praxis verdankt.

6.3.2.4 Situativ bedingte Angst

Zur Messung der abhängigen Variable zustandsabhängige Angst wurde das State-Trait-Angst-Inventar (STAI) von Laux, Glanzmann, Schaffner und Spielberger (1981) eingesetzt. Hierbei handelt es sich um ein in den USA erfolgreich in Forschung und klinischer Praxis eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument, welches auf der Annahme beruht, dass sich zwischen Angst als Eigenschaft und Angst als situativem, vorübergehendem, emotionalem Zustand unterscheiden lässt. Die State-Angst variiert er-

heblich je nach Zeitpunkt und Situation der Messung. Für die hier vorliegende Datenerhebung wurde der Fragebogen zur situativen Angst mit 20 Items verwendet, welche auf einer vierstufigen Ratingskala (überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich, sehr) beantwortet werden. Das Ausfüllen der Items dauert 3 bis 6 Minuten und ergibt einen Summenwert zwischen 20 und 80 für den T-, Stanine- und Prozentrangwerte für unterschiedliche Population je nach Alter und Geschlecht vorliegen. Die interne Konsistenz liegt mit einem Wert von $\alpha = .90$ sehr hoch, während die Retestreliabilitäten erwartungsgemäß in einem geringeren Bereich zwischen .22 und .53. liegen, da die Angst ja situativ variiert.

6.3.2.5 Depressivität

Die Depressivität der Patienten wurde mit dem Becks-Depressions-Inventar (BDI) erhoben. Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik, welches in der deutschen Fassung (Beck, 1994) eingesetzt wurde. Bei dem BDI handelt es sich um ein seit 30 Jahren national und international weit verbreitetes erfolgreich eingesetztes Messinstrument, welches zur Diagnostik und als Verlaufsmessung bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 80 Jahren eingesetzt wird. Die Bearbeitungszeit liegt bei 10-15 Minuten; das Instrument wird von verschiedenen Personengruppen gut akzeptiert. Der BDI enthält 21 Gruppen von Aussagen, welche alphabetisch von A bis U geordnet sind. In jeder der 21 Gruppen werden durch jeweils 4 Aussagen typische depressive Symptome erfasst (z.B. traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Entschlussunfähigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust), welche in einfachen Sätzen formuliert wurden und eine zunehmende Beeinträchtigung von 0= nicht vorhanden, über 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung, bis 3 = starke Ausprägung beschrieben. Probanden sollen jeweils ankreuzen, welche Aussage ihr Befinden in der letzten Woche am besten beschreibt. Die Auswertung erfolgt standardisiert und ergibt sogenannte BDI-Summenwerte, die zwischen 0 und 63 Punkten schwanken können. Werte unter 11 Punkten gelten als unauffällig, Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung von depressiven Symptomen hin. Als klinisch relevant gilt ein Punktwert von 18 und mehr. Die Aussagekraft des BDI bleibt von Lebensalter, Geschlecht und diagnostischer Eingruppierung der Patienten weitgehend unberührt. Die interne Konsistenz liegt in Abhängigkeit von der Stichprobe zwischen $r = .73$ und $r = .95$ (Cronbach's α). Die Stabilität der Symptomatik liegt über einer Woche bei $r = .75$ und über 2 Wochen bei $r = .68$. Die Validität wird als gut beurteilt, so liegen die Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsskalen bei depressiver Symptomatik zwischen .71 und .89 (Spearman-Brown-Koeffizient) und zwischen BDI und Fremdbeurteilungsskalen zwischen .34 und .61.

6.3.2.6 Das Ausmaß psychopathologischer Belastung

Um neben den theoretisch abgeleiteten Variablen weitere körperliche und psychische Symptome zu erheben, welche zeitlich variabel die subjektive Befindlichkeit erfassen und zugleich ein gut validiertes Messinstrument darstellen, wurde die SCL-90-R als gesamte Testbatterie erhoben. Die SCL-90-R

wurde bereits unter Kapitel 6.3.2.3 ausführlich beschrieben. Das Ausmaß psychopathologischer Belastung wird im SCL-90-R durch drei globale Kennwerte angegeben: Der GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung der PSDI (Positive Symptom Distress Index) die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Dabei kann der GSI als bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung gelten, denn er setzt die Intensität in Bezug zu allen 90 Items. Der PST ist ein einfaches Maß für die Belastung, ohne das Ausmaß zu berücksichtigen. Der PSDI ist ein reines Intensitätsmaß (zitiert nach Franke, 1995, S.19). Zur Hypothesenprüfung wird daher der GSI-Wert ausgewählt.

Ferner wurde im Fragebogen der Therapeuten eine Einschätzung des Globalen Allgemeinen Funktionsniveaus (GAF) zu Beginn und am Ende der Behandlung erhoben (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976). Dabei handelt es sich um ein sehr grobes Fremdbeurteilungsinstrument, wie es ohnehin in den meisten Kliniken zur Basisdokumentation eingesetzt wird. Dabei wird auf einer Skala in Zehnerschritten von 0 bis 100 eingeschätzt, wie funktionsfähig ein Patient aus Sicht der Beurteiler ist. Die Skala definiert dabei die einzelnen Schritte ausführlich. So ist der Wert 1-10 als „ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen“ definiert. Zusätzlich wird beschrieben, dass „z.B. eine wiederholte Gewaltanwendung oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht“ bestehen muss, um diesen Wert anzukreuzen.

6.3.2.7 Suizidalität und selbstverletzende Verhaltensmuster

Zur Messung der Suizidalität und Parasuizidalität wurde der Lifetime Parasuicide Count (LPC) in einer deutschsprachigen Fassung durchgeführt, der von Linehan und Comtois (1994) entwickelt wurde. Das halbstandardisierte Interview ermittelt die Häufigkeit von selbstverletzenden Verhaltensmustern und / oder Suizidversuchen in den letzten 2 Jahren bzw. für die Zeit seit dem zuletzt durchgeführten Interview. Interviewer und Proband gehen gemeinsam eine Liste von zwölf selbstverletzenden Verhaltensweisen durch und ermitteln die Häufigkeiten insgesamt für die letzten zwei Jahre und nochmals separat in den letzten vier Monaten. Weiterhin wird erfragt, inwieweit eine suizidale oder ambivalente suizidale Absicht vorlag und welche medizinische Behandlung erfolgt ist. Die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung wurde in den Studien von Linehan und Mitarbeitenden als Hinweis für die besondere Schwere der Selbstverletzungen ausgewertet. Ferner wird erfragt, wie viele Suizidversuche vorliegen. Die Liste der Verhaltensweisen umfasst absichtliches Schneiden, eine absichtliche Einnahme einer zu hohen Dosis an Drogen oder Tabletten, absichtliche Verbrennungen, Versuche sich zu strangulieren oder sich zu erhängen, Hinabstürzen mit Verletzungsabsicht, auf sich selbst schießen, absichtliches Schlucken von giftigen und ätzenden Mitteln, Versuche, sich zu ersticken, sich zu ertränken, sich absichtlich zu stechen, sich absichtlich den Kopf zu stoßen und sonstige Selbstverletzungsmethoden.

Zur Messung der beiden Variablen Suizidalität und Parasuizidalität wird die Häufigkeit der Handlungen abhängig davon ausgewertet, welche Intention vorlag. Bei suizidaler oder ambivalenter Haltung wird das Verhalten als Suizidalität gewertet, bei Handlungen ohne suizidale Absicht wird das Verhalten als Selbstverletzung gemessen. Die Durchführung des LPC dauert ca. 20 Minuten. Er wurde für den Zweck der Untersuchung geringfügig modifiziert, da er im Verlauf wöchentlich eingesetzt wurde und sich auf diesen Zeitraum beziehen sollte. In der Arbeit von Göring (2006) wurden zusätzlich die Wochenprotokolle der Patienten in Kiel ausgewertet, in denen der Drang zur Suizidalität auf einer Skala von 1 bis 10 täglich eingeschätzt wird. Ferner wurden Fixierungen, Entweichungen und rechtliche Unterbringungen in Kiel erhoben, da diese Phänomene als Ausdruck eventuell sich zuspitzender suizidaler Krisen verstanden wurden. Grundsätzlich besteht jedoch in dieser Untersuchung die Schwierigkeit, dass die DBT-orientierte Krisenintervention auf einer geschlossenen Station durchgeführt wurde, auf der starke Kontrolle und Maßnahmen getroffen wurden, um diese Phänomene zum Schutz der Patienten zu verhindern, während in Heide auf offenen Stationen behandelt wurde. Daher ist ein Vergleich der Werte wenig aussagekräftig.

6.3.2.8 Eigene Fragebögen für Therapeuten und für Patienten

In beiden Kliniken wurden die Therapeuten mittels selbst entwickelter Fragebögen zu verschiedenen Aspekten zu Beginn und nach drei Wochen Behandlung befragt (Anhang). Um den zeitlichen Aufwand für die Behandler möglichst gering zu halten, wurden einfache Fragen zu den Aspekten der therapeutischen Ziele und Zielerreichung und anderen explorativen Themen (z.B. Krisenauslöser, soziodemographische Variablen) gestellt. Da für die Studie keine zusätzlichen personellen und finanziellen Mittel zur Verfügung standen, wurde aus Gründen der Praktikabilität auf den Einsatz von standardisierten Fremdbeurteilungsinstrumenten verzichtet, was inhaltlich sinnvoll gewesen wäre. Ferner wurden Patienten ebenfalls zu einzelnen Beurteilungsaspekten zu Beginn und nach 3 Wochen befragt. Auch diese Fragebögen befinden sich im Anhang.

6.3.2.9 Psychotherapiemotivation

Zur Messung der Therapiemotivation als konfundierende Variable wird der Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP) von Schneider, Basler und Beisenherz (1989) eingesetzt. Die Autoren gehen davon aus, dass sich die Psychotherapiemotivation über den Prozess des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung konstituiert. Krankheitserleben wird über den Leidensdruck und den Krankheitsgewinn operationalisiert, die als primär affektive Komponenten der Motivation angenommen werden. Die Krankheitsverarbeitung wird über die Laienätiologie, die psychotherapeutischen Vorerfahrungen und die Behandlungserwartungen operationalisiert, welche als primär kognitive Komponenten der Motivation aufgefasst werden. Die verschiedenen Ebenen der Therapiemotivation werden im FMP über vier Unterskalen mit insgesamt 47 Items gemessen: Krankheitserleben (Leidensdruck und Krankheitsgewinn) mit 11 Items, Laienätiologie mit 8 Items, allgemeine Behandlungser-

wartungen und –einstellungen mit 8 Items und Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen mit 20 Items. Die Antworten erfolgen auf einer fünfstufigen Ratingskala von 1 = stimmt uneingeschränkt, 2 = stimmt eingeschränkt, 3 = unentschieden, 4 = stimmt eher nicht bis 5 = stimmt überhaupt nicht. Die Testdurchführung dauert ca. 20 – 30 Minuten. Die Auswertung erfolgt standardisiert mit Auswertungsschablonen, so dass sich Punktwerte für die Subskalen und ein Gesamtscore ergibt. Für Männer und Frauen liegen getrennte T-Werte, Prozentrangwerte und Stanine-Werte vor. Die Reliabilität lag für die Gesamtskala bei 0,911 (Cronbachs α), für die einzelnen Subskalen zwischen 0,706 und ,860. Die Retest-Reliabilität beträgt zwischen .81 und .96 je nach Unter- und Gesamtskala. Auf der Grundlage einer Validitätsstudie, bei der als Außenkriterium ein Expertenrating gewählt wurde, hat sich die Kriteriumsvalidität als befriedigend herausgestellt (Validitätskoeffizient für die Gesamtskala $r = .569$, für die Subskalen von .371 bis .488). Die Konstruktvalidität mittels faktoren- und clusteranalytischen Berechnungen erbrachte ebenfalls zufriedenstellende Ergebnisse.

6.3.4 Die Stichprobe

Im Folgenden werden zuerst die Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe sowie anschließend die eingesetzten Messinstrumente zur Operationalisierung der Kriterien vorgestellt.

6.3.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur **Stichprobe** gehören alle notfallmäßig aufgenommenen PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung beiderlei Geschlechts, die mindestens eine Woche stationär an Behandlungen teilnehmen, nach DSM-IV (Sass, 1996) mittels SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, Zaudig, 1997) diagnostiziert werden und nach dem SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz, Wittchen, 1997) mindestens fünf Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen. Ausgeschlossen werden Personen mit geistiger Retardierung, operationalisiert als IQ geringer als 70, da ein weit unterdurchschnittlicher Intelligenzquotient eine Gruppenteilnahme erheblich erschwert. Patienten mit der komorbiden Diagnose einer Schizophrenie, bipolaren Störung, dissoziativen Identitätsstörung oder akuter Alkohol- und Drogenabhängigkeit werden ebenfalls ausgeschlossen, da diese Patienten bei stationärer Aufnahme primär andere Therapieschwerpunkte, wie beispielsweise eine antipsychotische Medikation, andere Gruppentherapien oder eine Entzugsbehandlung benötigen. Es werden nur Patienten in die Studie eingeschlossen, die ihre schriftliche Einwilligung zu den Studienbedingungen abgeben und die innerhalb der ersten zwei Tage nach Aufnahme untersuchungsfähig sind. Ausgeschlossen werden außerdem Patienten mit sehr kurzer Verweildauer von weniger als sieben Tagen sowie sogenannte „Drehtürpatienten“, welche bereits auf der Kieler Kriseninterventionsstation mehr als dreimal und davon mindestens einmal mehr als sieben Tage behandelt wurden, weil bei ihnen eher eine verteilte Lernerfahrung als eine einmalige Behandlungseinwirkung vorliegt. Das Kriterium von sieben Tagen wurde gewählt, da Patienten mit häufigen Kurzaufhalten bisher keine vertiefte DBT-Erfahrung aufweisen können und in die Studie eingeschlossen werden sollten. Bei erheblichen Änderungen der

Medikation sollte ebenfalls ein Ausschluss der Patienten aus der Studie erfolgen, da die Wirkung des Kriseninterventionskonzeptes dann erheblich von der veränderten psychopharmakologischen Therapie überlagert wird. Das Behandlungsteam hielt die Medikation über die drei Wochen möglichst konstant. Patienten, welche die Station auf ärztlichen Rat nach weniger als drei Wochen verlassen können, werden aus der Studie ausgeschlossen. Durch schriftliche Befragung der Therapeutinnen und Auswertung der Daten der elektronischen Krankenakte wird versucht herauszufinden, welche Faktoren mit der frühen Entlassung einhergehen. Weitere Studienabbrecher sind Personen, die gegen ärztlichen Rat die Station verlassen oder die Teilnahme verweigern. Diese werden ebenfalls registriert und hinsichtlich der erhobenen Variablen analysiert. Abschließend werden die Ein- und Ausschlusskriterien kurz zusammengefasst:

Einschlusskriterien

- Mindestens fünf Kriterien einer BPS (SKID-II)
- Therapieaufenthalt von drei Wochen, mindestens eine Woche Therapieteilnahme
- ab 18. Lebensjahr
- Männer und Frauen
- keine Drehtürpatienten, keine erhebliche DBT-Vorerfahrung
- konstante medikamentöse Behandlung in den drei Wochen
- schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme (inklusive Einwilligung zur Videodokumentation der Interviews)

Ausschlusskriterien

- Schizophrenie (SKD-I)
- Bipolare Störung (SKID-I)
- Akute Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (SKID-I)
- Dissoziative Identitätsstörung (Klinisches Urteil)
- Geistige Retardierung (IQ < 70)
- Selbstverletzungen ausschließlich unter Alkohol- und Drogeneinfluss (LPC)
- Drehtürpatienten: mehrere Akutaufenthalte mit mindestens einmalig siebentägiger Behandlung
- erhebliche Vorerfahrung in DBT
- Unfähigkeit, Zustimmung zu geben
- Allgemeinzustand, der die Teilnahme an der Studie als unverhältnismäßige Belastung erscheinen lässt

6.3.4.2 Diagnostik der klinisch relevanten Störungen

Sämtliche Personen, die im Erhebungszeitraum akut stationär aufgenommen wurden und bei denen eine Vorabdiagnose oder der Verdacht auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung bestand, wurden zunächst einer ausführlichen klinischen Diagnostik unterzogen, welche per Videoaufzeichnung doku-

mentiert wurde. Zur Diagnostik wurden die beiden separat durchführbaren, halbstandardisierten strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKID) durchgeführt. Mit dem SKID-I (deutsche Fassung Wittchen et al., 1997) werden die psychischen Störungen der Achse I diagnostiziert, mit dem SKID-II (deutsche Fassung Fydrich, Renneberg, Schmitz, Wittchen, 1997) werden die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen der Achse II ermittelt.

Das **SKID-I** (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, Zaudig, 1997) liegt in zwei Varianten für Forscher und Kliniker vor. In der hier genutzten Forscherversion, werden sämtliche psychische Störungen, deren Subtypen, Schweregrad und Verlauf erfasst. In der vorliegenden Studie wurde das SKID-I gekürzt, da sich in den Probeläufen zeigte, dass die ausführliche Diagnostik zu belastend für die Probanden war und weil die Differentialdiagnostik bezüglich der definierten Ausschlusskriterien eine Kürzung zuließ. So wurden Subtypen, Schweregrad und Verlauf mit Ausnahme der affektiven Störungen (zur Erfassung einer bipolaren Erkrankung) nicht ermittelt, zumal in der Studie die akute Symptomatik von Bedeutung ist. Die Durchführungsdauer liegt bei stationären psychiatrischen Patienten bei ca. 100 Minuten. Zu Beginn entsteht durch einen Explorationsleitfaden einen Überblick über die derzeitigen und früheren Hauptproblembereiche der Probanden, welcher durch weitere Screening-Fragen vertieft wird. Durch klare Entscheidungskriterien ermöglicht das SKID-I eine relativ zeitsparende, praktikable, valide und reliable Diagnosestellung nach DSM-IV, welche durch viele Studien als befriedigend eingeschätzt wurde.

Das **SKID-II** (Fydrich et al., 1997) dient der Differentialdiagnostik der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Mit Hilfe eines Selbstbeurteilungs-Screening-Fragebogens, in dem Aussagen mit ja oder nein beantwortet werden, erfolgt eine kriteriumsgebundene Selektion derjenigen Persönlichkeitsstörungstypen, zu denen dann ein semistrukturiertes Interview mit den Patienten durchgeführt wird. In diesem Interview werden die Patienten zu Beispielen befragt, welche sie mit den bejahten Aussagen verbinden, und es folgt eine klinische Beurteilung, inwieweit die Beispiele für ein Vorliegen der entsprechenden Persönlichkeitsstörung sprechen. Damit ist das Ergebnis besonders im SKID-II von der klinischen Erfahrung des Interviewers abhängig. Für beide Interviews sind Schulungen und Übungen mit Patienten notwendig, welche in der vorliegenden Studie durch Einzelschulungen und videodokumentierte Probeinterviews an realen Patienten geübt und supervidiert wurden.

6.4 Überblick zu Variablen, Messinstrumenten und Messzeitpunkten

Im Folgenden wird ein abschließender, tabellarischer Überblick gegeben zu den Variablen, ihren Messinstrumenten und den Messzeitpunkten, zu denen sie jeweils eingesetzt wurden.

Tabelle 5: Überblick zu Variablen, geplanten Messinstrumenten und Messzeitpunkten

Variable	Messinstrumente	Messzeitpunkte				
		Aufnahme	1 Woche	2 Wochen	3 Wochen	6 Wochen
Borderlinetypisches Erleben und Verhalten	BSL	X			X	X
Dissoziation	FDS	X	X	X	X	X
Psychotizismus	Psychotizismus-Skala SCL90-R	X	X	X	X	X
Angst	STAI (State-Skala)	X	X	X	X	X
Depressivität	BDI	X			X	X
Psychische Symptomlage	SCL90-R	X	X	X	X	X
Globales Funktionsniveau	GAF	X			X	
Psychotherapiemotivation	FMP	X			X	X
Suizidalität	Gedanken (1-10) ⁹	X	X	X	X	X
	Drang (1-10)	X	X	X	X	X
	Fixierungen				X	
	Entweichungen				X	
	LPC	X			X	X
	Fragebogen für TherapeutenInnen	X			X	
Selbstverletzendes Verhalten	LPC	X			X	X
	Fixierungen				X	X
	Fragebogen für TherapeutenInnen	X			X	X
Diagnostik Komorbidität	SKID-I	X				
Diagnostik BPS	SKID-II	X				
Diagnostik komorbide Persönlichkeitsstörungen	SKID-II	X				
Geistige Retardierung	Aktenlage, Testung im Zweifelsfall	X				
Medikamente	Fragebogen für Therapeuten, Kurvendokumentation	X			X	
Soziale + professionelle ambulante Unterstützung	Fragebogen für Patienten	X			X	X
Hospitalisierung	Fragebogen Therapeuten	X			X	
	Fragebogen Patienten	X			X	X
Soziodemographische Basisdaten	Fragebogen für Therapeuten Elektronische Krankenakte	X			X	

⁹ Suizidale Gedanken und Drang wurden nur in Kiel erhoben und in der Arbeit von Göring (2006) ausgewertet.

7. Durchführung der Untersuchung

Zunächst wird der Ablauf der Studie vorgestellt, anschließend werden Abweichungen vom Untersuchungsplan sowie die statistische Auswertung geschildert.

7.1 Der Ablauf der Untersuchung

Die Untersuchung wurde zuerst in Kiel vom 13.07.2004 bis 14.02.2005 zuzüglich weiterer 6 Wochen bis zum Abschluss der Testungen durchgeführt. Die Daten in Heide wurden vom 07.11.2005 bis zum 30.10.2006 zuzüglich 6 Wochen Testdurchführung erhoben. In Kiel war eine dreimonatige Vorbereitungsphase notwendig, in der das Team der Kriseninterventionsstation in Form von mehreren Teamgesprächen informiert und für die Mitarbeit motiviert wurde. Ferner wurden die Untersucherinnen, zwei Psychologie-Studentinnen, für die klinische Diagnostik und Datenerhebung geschult. Sie führten Probeerhebungen und Interviews durch, wonach die Diagnostik per Videodokumentation supervidiert und der Datenerhebungsablauf optimiert wurde. Im Verlauf der Probephase wurde die Diagnostik vereinfacht, um die Patienten weniger stark zu belasten (z.B. SKID I in reduzierter Form). Ferner wurde das therapeutische Team in die Konzeption der Untersuchung einbezogen. Die verwendeten Fragebögen wurden vorab mit den Beteiligten bezüglich ihrer Praktikabilität und Vollständigkeit reflektiert. Schließlich wurde in der Vorbereitungsphase versucht, die organisatorischen Abläufe der Datenerhebung zu antizipieren und zu vereinfachen. Schwierigkeiten bereitete das große Pflorgeteam im Dreischichtsystem mit den entsprechenden Phänomenen des Informationsverlustes. In der gesamten Klinik wurden die Notaufnahmeärzte informiert und motiviert, auf Borderline-Patienten zu achten und entsprechend der organisatorischen Ablaufregeln auf die entsprechenden Stationen aufzunehmen. Diese gängige Praxis wurde nochmals vor Beginn der Studie für alle aktualisiert, weil durch die personelle Fluktuation in einem Ausbildungsklinikum Informationsmängel zu beobachten waren. In Heide übernahm die dortige Psychologin C. Freytag, welche die Studie koordinierte, die entsprechenden Schritte (z.B. Information der Kollegen, Klärung der Abläufe, Schulung einer zweiten Mitarbeiterin zur Durchführung der Befragungen).

Die Datenerhebung begann mit dem Notfallgespräch beim Aufnahmearzt oder –psychologen. Dieser entschied, ob auf Grund der geschilderten Probleme eine stationäre Akutaufnahme indiziert war und stellte die Diagnose oder die Verdachtsdiagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei fehlender Fremdgefährdung wurden die Borderline-Patienten auf die Kriseninterventionsstation aufgenommen. Dort gab es im Untersuchungszeitraum die Vereinbarung, dass – je nach Zustand der Patienten und nach Absprache mit der zuständigen Therapeutin / Bezugspflegekraft – die Untersucherinnen telefonisch verständigt wurden. Bei dieser Kontaktaufnahme wurde ein realistischer Termin für eine erste persönliche Kontaktaufnahme zwischen Proband und Untersucherin vereinbart. Dieser Termin fand statt, sofern es zwischenzeitlich keine Komplikationen (z.B. Fixierung, Sedierung durch Medikamente) gegeben hatte. Zunächst erfolgte die Diagnostik mittels der Borderline-Sektion des SKID-II, da dieses Vorgehen in der Akutsituation als am wenigsten belastend gewählt wurde. So konnte zu-

nächst standardisiert geklärt werden, ob eine Borderline-Störung vorliegt. Die Diagnose wurde dem Behandlungsteam zurückgemeldet und vorangestellt, da diese unabhängig von der Studienteilnahme für die therapeutischen Interventionen relevant ist. Dann wurde die Probandin über die Studie informiert (schriftliche Standardisierung im Anhang), und es wurde um die Einwilligung in schriftlicher Form gebeten. Bei Einwilligung in eine Teilnahme wurden die schriftlichen Fragebögen vorgegeben in der Reihenfolge: FMP, FDS, STAI, BDI, SCL-90-R und BSL. Diese Erhebung dauerte ca. 1 ½ Stunden. Pausen waren möglich. Bei einem zweiten Termin nach 1 bis 2 Tagen wurde das LPC-Interview durchgeführt und der Fragebogen für Patienten zu Beginn ausgegeben.

Die zuständige Einzeltherapeutin erhielt nun den Fragebogen für Therapeuten (im Anhang) und die Rückmeldung über die erste Diagnostik. Auf der Krankenakte erfolgte ein Vermerk über die Studienteilnahme. Dem Pflegepersonal wurden Dokumentationsbögen zu Fixierungen, Selbstverletzungen und Besonderheiten wie Entweichungen (im Anhang) übermittelt. Es erfolgte die Codierung und Zuordnung der Studienunterlagen zum Patienten. Zusätzlich wurde von den Therapeutinnen eine Dokumentation aller aufgenommenen Borderline-Patienten im Erhebungszeitraum ausgefüllt (im Anhang); die Daten wurden in Kiel durch Gegenkontrolle der elektronischen Krankenakte überprüft und notfalls ergänzt, was in Heide nicht möglich war, da dort keine entsprechende elektronische Archivierung existiert.

Im Abstand von sieben Tagen wurden die Fragebögen FDS, STAI, SCL-90R in dieser Reihenfolge zum zweiten und dritten Messzeitpunkt vorgelegt. SKID-I und SKID-II wurden zur Differentialdiagnostik unabhängig von der Messung der abhängigen Variablen in den ersten 14 Tagen durchgeführt, da aus den Probedurchgängen klar geworden war, dass eine Aufteilung der Diagnostik in zwei Termine sinnvoll ist. Außerdem sollten wegen der Belastung der Patienten in der akuten Aufnahmesituation möglichst wenige Testungen durchgeführt werden. Es bot sich daher an, die ausführliche Diagnostik auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Zur Kontrolle der Diagnostik wurden die Interviews auf Video aufgenommen. Fünf Interviews sollen zwecks Überprüfung der Interraterreliabilität von ausgewählten, klinisch erfahrenen Kollegen stichprobenhaft überprüft werden. Außerdem wurde die Diagnostik der Untersucherinnen durch die klinische Einschätzung des Behandlungsteams und die Aktenlage validiert.

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme wurden während der Untersuchung laufend durch Befragung der Therapeuten, welche vorab über die Kriterien informiert waren, und anhand der Aktenlage überprüft. Wenige Tage vor Ablauf der dreiwöchigen Interventionsphase wurden die Fragebögen für Patienten zum Ende der Behandlung (siehe Anhang) verteilt und der LPC erneut durchgeführt. Nach drei Wochen wurden die Fragebögen FMP, FDS, STAI, BDI, SCL-90-R und BSL wie zu Beginn ausgefüllt, der Patientenfragebogen eingesammelt und das Prozedere für die Katamnese vereinbart. Von den Therapeuten wurden die entsprechenden Fragebögen eingesammelt, in Kiel wurden die Wochenprotokolle und Dokumentationsbögen aus der Krankenakte sowie die Medikation kopiert. Im Therapeutenfragebogen zum Ende (im Anhang) dokumentierten die Therapeuten weitere

Aspekte. Nach sechs Wochen wurde ein erneuter Kontakt zu den Patienten hergestellt und die Fragebögen FMP, FDS, STAI, BDI, SCL-90-R und BSL sowie ein Fragebogen für Patienten nach sechs Wochen (Anhang) vorgelegt und das LPC durchgeführt.

7.2 Abweichungen vom Untersuchungsplan

Es kam zu verschiedenen Änderungen bei der tatsächlichen Durchführung der Studie. Geplant war aufgrund der Aufnahmestatistik und der Angaben des therapeutischen Teams die Erhebung in einem Zeitraum von einem dreiviertel Jahr in Kiel durchzuführen. Aus methodischen Überlegungen wurde eine Mindestgruppengröße von 18 bis 20 Personen mit verwertbaren Daten angestrebt, um entsprechende Varianzanalysen sowie t-Tests als Kontraste berechnen zu können. Tatsächlich wurden in dem dreiviertel Jahr nur 13 Probanden eingeschlossen, also deutlich weniger als ursprünglich geplant. Leider konnte die Datenerhebungsphase in Kiel aus personellen Gründen nicht verlängert werden, so dass stattdessen nonparametrische Verfahren zur statistischen Auswertung eingesetzt wurden. Zeitgleich zur Kieler DBT-Gruppe sollte in einer anderen Klinik die Kontrollgruppe untersucht werden. Dieses Vorhaben konnte kurzfristig von den Kollegen nicht umgesetzt werden, so dass erst 1 ½ Jahre nach Abschluss der Erhebung in Kiel eine Vergleichsgruppe in der Klinik in Heide untersucht wurde. Die Rekrutierung einer Vergleichsgruppe war insgesamt ausgesprochen schwierig. Daher wurden die Ergebnisse der DBT-Gruppe in Kiel zunächst von Göring (2006) in einer Diplomarbeit ausgewertet. Der Vergleich der Daten mit einer Kontrollgruppe erfolgt erstmals in der vorliegenden Arbeit, wobei die Ergebnisse der kleinen Stichproben dennoch relativ gut interpretierbar sind, da hohe Anforderungen an die Studienteilnahme zur Kontrolle von konfundierenden Faktoren gestellt wurden.

Bei der Durchführung in Kiel stellten wir fest, dass die Ressourcen der Teammitglieder extrem begrenzt waren. Dieses schlug sich darin nieder, dass die Mitglieder des Pflorgeteams entgegen der Absprachen keinerlei Dokumentationsbögen ausfüllten (z.B. zu Fixierungen, Entweichungen, Selbstverletzungen). Die zeitnahe Benachrichtigung der Interviewerinnen bei Aufnahme neuer Patienten war ebenfalls relativ problematisch. Insgesamt kam es zu erheblichen organisatorischen und kommunikativen Problemen zwischen Pflorgeteam und Untersucherinnen, da die zahlreichen Kollegen in einem Dreischichtsystem mit starker Arbeitsauslastung tätig sind. Die Dokumentation der stationären Aufnahmen aller Borderline-Patienten durch Dienst habende Therapeuten war ebenfalls lückenhaft. In Kiel konnten die Daten jedoch durch die elektronische Krankenakte und andere schriftliche Dokumentationssysteme (z.B. Kardex, Teamkalender, rechtlich erforderliche Dokumentationsbögen zur Fixierung) komplettiert werden. In Heide war dieses nicht möglich, entsprechend sind fehlende soziodemographische Daten dort häufiger und die Aufnahmestatistik weniger reliabel. Wochenprotokolle wurden nur von 46% (N=6) Patienten in Kiel geführt und eingesammelt; diese waren bei der Hälfte der Patienten unvollständig, so dass Angaben zur Suizidalität und Parasuizidalität entgegen der ursprünglichen Planung nicht damit ausgewertet werden konnten. In Heide wurde der LPC als Interview zur Suizidalität und Parasuizidalität zwar durchgeführt, aber es wurden nur die Methoden der Selbst-

verletzungen dokumentiert und entgegen der Interviewanleitung nicht nach deren Häufigkeit gefragt. Daher kann diesbezüglich kein Gruppenvergleich erfolgen. Ansonsten sind die Daten der abhängigen Variablen jedoch weitgehend vollständig in den ersten drei Behandlungswochen erfasst worden. In der drei Wochen später erfolgten Katamnese fehlt in Kiel nur eine Versuchsperson; in Heide jedoch zehn der Probanden. Die SKID-Interviews sind vollständig bei allen durchgeführt worden. Fragebögen der Patienten liegen ebenfalls vollständig vor, während die Fragebögen der Therapeuten bis auf zwei fehlende Bögen aus Heide vorliegen, wobei hier häufiger Angaben zu einzelnen Fragen fehlen als bei allen anderen Fragebögen, die von Patienten ausgefüllt wurden. So wurde der Globale Allgemeine Funktionswert aufgrund der häufig fehlenden Angaben nicht wie ursprünglich vorgesehen als abhängige Variable hypothesenprüfend ausgewertet, sondern lediglich deskriptiv dargestellt.

7.3 Statistische Auswertung

Die Daten zu den ersten, explorativen Fragestellungen wurden mittels Häufigkeitsangaben ausgewertet; bei deutlichen Unterschieden zwischen den beiden Therapiegruppen Kiel und Heide wurde zur statistischen Absicherung je nach Skalen- und Datenqualität mit Qui-Quadrat-Tests, t-Tests und Wilcoxon-Test statistisch auf Signifikanz geprüft, ob die Unterschiede statistisch bedeutsam sind. Da keine gerichteten Hypothesen vorlagen, wurden die Mittelwertsunterschiede mit zweiseitigen Signifikanztests geprüft. Die Daten zu den zweiten, hypothesentestenden Fragestellungen wurden aufgrund der geringen Stichprobengröße anhand von nonparametrischen Verfahren mit gerichteten, einseitigen Signifikanztests ausgewertet. T-Tests verlangen die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (Normalverteiltheit, Varianzhomogenität) und führen nur bei sehr starken Effekten zu signifikanten Ergebnissen. Besser geeignet ist daher der hier zumeist verwendete Wilcoxon-Test für kleine Stichprobenumfänge, der gegen Verletzungen von Verteilungsvoraussetzungen robust ist und natürlich ebenfalls nur zu einem statistisch signifikanten Ergebnis kommt, wenn ein großer Effekt vorliegt, der klinisch bedeutsam ist (Bortz & Lienert, 2003, S. 52). Eine varianzanalytische Auswertung mit gezielten Einzelvergleichen oder Kontrasten konnte mit der vorliegenden Stichprobengröße nicht berechnet werden und wäre in einer späteren Untersuchung sinnvoll. Bei Beantwortung der Fragestellungen wird die Problematik des multiplen Testens diskutiert und die Bonferroni-Korrektur berücksichtigt.

Ferner wurden die Anfangsmessungen der Variablen zwischen den Studienteilnehmern und den Daten der frühzeitig entlassenen Studienabbrecher verglichen, um systematische Unterschiede explorativ zu überprüfen. Je nach Normalverteiltheit und Varianzhomogenität wurden die Mittelwerte mit den entsprechenden Verfahren überprüft, wobei zweiseitige ungerichtete Signifikanztests berechnet wurden. Die Ergebnisse der Katamnese nach sechs Wochen werden deskriptiv dargestellt sowie deren Stabilität mittels Korrelationskoeffizienten eingeschätzt. In späteren Studien sollte die Stichprobengröße so gewählt werden, dass Regressionsanalysen Auskunft über mögliche moderierende Variablen geben können.

8. Ergebnisse

Zuerst werden die Ergebnisse zu den deskriptiven Fragestellungen vorgestellt, danach folgen die Ergebnisse zu den hypothesentestenden Fragestellungen. Abschließend werden weitere explorative Auswertungen beschrieben, welche sich während Studiendurchführung ergaben.

8.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Die Gesamtstichprobe umfasst zunächst alle stationär aufgenommenen Personen mit Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kap. 8.1.1) und anschließend diejenigen Patienten, bei denen sich dann tatsächlich die Diagnose bestätigen ließ (Kap. 8.1.2). Die Stichprobe mit klarer BPS-Diagnose wird ausführlicher dargestellt, da diese für die vorliegende Studie als Grundgesamtheit anzusehen ist, aus der dann die Studienteilnehmer rekrutiert und hypothesentestende Auswertungen vorgenommen wurden (Kap. 8.1.3).

8.1.1 Akut stationär aufgenommene Personen mit Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Patienten wurden in Kiel 7 Monate rekrutiert, während in Heide etwa 12 Monate Daten erhoben wurden. In diesen Zeiträumen wurden insgesamt 232 stationäre Aufnahmen von Personen mit Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung durchgeführt. Davon kamen 106 Aufnahmen (45,7%) aus der Klinik in Kiel, 126 Aufnahmen (54,3%) aus der Klinik in Heide. Eine personenbezogene Betrachtungsweise ergibt, dass insgesamt 141 Personen im Untersuchungszeitraum mit Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung akut stationär aufgenommen wurden, bei weiteren 91 der stationären Aufnahmen handelt es sich um eine erneute Aufnahme im Untersuchungszeitraum bereits registrierter Personen. Durchschnittlich wurden in Kiel 15,1 Aufnahmen pro Monat mit Verdacht auf Borderline-Störung durchgeführt, in Heide waren es 10,5 pro Monat.

In Kiel wurden insgesamt 63 Personen, davon 47 Frauen und 16 Männer, erstmalig im Untersuchungszeitraum aufgenommen. Die restlichen 43 waren stationäre Wiederaufnahmen. In Heide wurden 78 Personen, davon 48 Frauen, 15 Männer sowie 15 ohne Geschlechtsangaben, erstmalig im Untersuchungszeitraum stationär behandelt. Bei den restlichen 48 Aufnahmen in Heide handelt es sich um Wiederaufnahmen. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Geschlechterverteilung an den verschiedenen Studienorten ($\chi^2 = 0,043$, $df=1$, $p=0,836$) und keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Häufigkeit der Wiederaufnahmen an den Untersuchungsstellen ($\chi^2=0,147$, $df=1$, $p=0,702$). Aber insgesamt waren Frauen mit 67,4% (N=95) deutlich häufiger als Männer mit 22,0% (N=31) vertreten. Bei 10,6% (N=15) der Patienten fehlen Geschlechtsangaben. Das Alter variierte von 18 bis 56 Lebensjahren bei 17 fehlenden Angaben. Im Durchschnitt waren die Patienten 29,7 Jahre alt (S=8,48). Die Mittelwerte in Kiel (M=29,1, S=7,7) und Heide (M=32,2, S=10,6) sind bei leicht linksschiefer Verteilung relativ ähnlich, ein t-Test für unabhängige Stichproben ergab unterschiedliche Varianzen

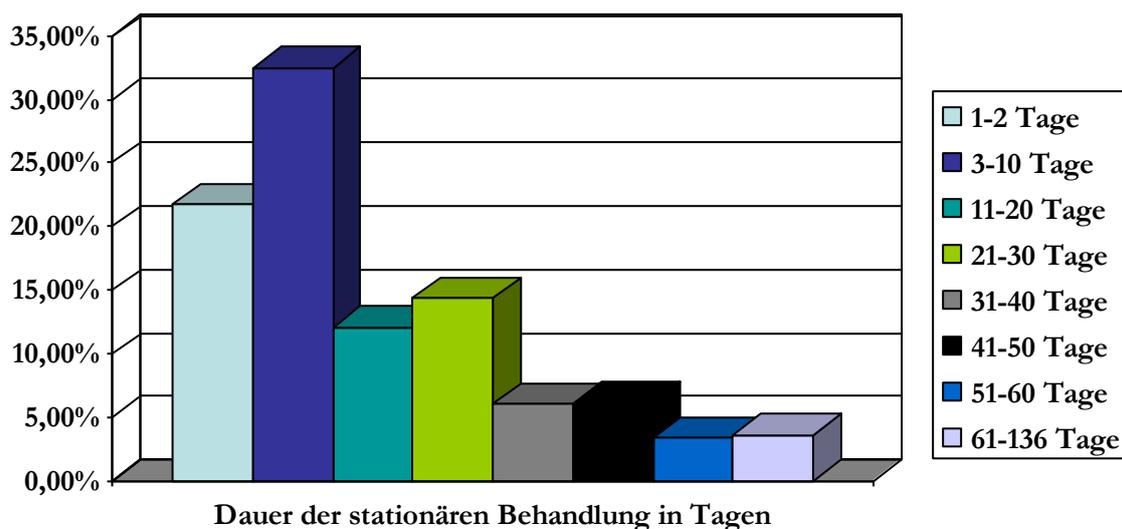
(Levene-Test, $F=6,026$, $p=0,016$) und gleiche Mittelwerte ($t=-1,838$, $df=109,5$, $p=0,069$). Tendenziell sind die Patienten der Stichprobe in Kiel etwas jünger als in Heide.

In der Gesamtstichprobe sind 58 Personen (41,1%) enthalten, bei denen sich die Verdachtsdiagnose nicht bestätigen ließ. Gründe für diese relativ hohe Anzahl sind zunächst darin zu sehen, dass die Aufnahmeärzte in beiden Kliniken explizit angehalten wurden, möglichst großzügig die Verdachtsdiagnose zu stellen, damit möglichst viele Patienten mit Borderlinestörung entdeckt werden. Ferner gab es Personen, bei denen der Verdacht nicht überprüft werden konnte, da Notfallpatienten manchmal nur wenige Stunden, z.B. über Nacht, stationär bleiben und sich kurz danach entlassen lassen. Auch diese nicht überprüften Patienten zählen zu den nicht bestätigten Verdachtsdiagnosen.

8.1.2 Personen mit eindeutiger Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung

83 Personen erhielten die klare Diagnose emotionale-instabile Persönlichkeitsstörung. Insgesamt kam es in dieser Stichprobe zu 111 stationären Akutaufnahmen; bei drei Viertel (74,8%, $N=83$) handelte es sich um einmalige Aufnahmen im Erhebungszeitraum, bei 25,2% ($N=28$) um Wiederaufnahmen im Untersuchungszeitraum. 49 der Aufnahmen (44,1%) fanden in Kiel statt, 62 (55,9%) in Heide. Bei 74,8% ($N=83$) der stationären Aufnahmen liegen Daten über die Dauer der stationären Behandlungen vor: 21,7% bleiben ein bis zwei Tage, 32,5% drei bis zehn Tage, 12,1% verweilen 11-20 Tage auf den Stationen, 14,4% bleiben 21-30 Tage, 6% 31-40 Tage, 6,1% 41-50 Tage, 3,4% bleiben 51-60 Tage und drei weitere Personen haben Langzeitaufenthalte von 71, 98 und 136 Tagen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Ergebnisse.

Abbildung 2: Dauer der stationären Behandlungen bei akut stationären Patienten mit eindeutiger Borderline-Persönlichkeitsstörung



Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Altersverteilung lag zwischen 18 und 56 Lebensjahren (eine fehlenden Angabe), der Mittelwert lag bei 30,9 Lebensjahren ($s=9,2$, Median=30). Die Mittelwerte der Altersverteilung unterschieden

sich nicht an den beiden Untersuchungsorten ($t=-1,192$, $df=65,76$, $p=0,238$) bei ungleichen Varianzen (Levene-Test auf Varianzhomogenität, $F=8,100$, $p=0,006^*$). Die Geschlechterverteilung ergab erwartungsgemäß deutlich mehr weibliche Borderline-Patienten mit 74,8% ($N=38$) im Gegensatz zu männlichen Akutpatienten mit 25,2% ($N=28$). Dieses Ergebnis zeigte sich an beiden Kliniken gleichermaßen ($\chi^2=0,004$, $df=1$, $p=0,951$) und entspricht etwa den bisherigen Prävalenzdaten (Höschel & Bohus, 2005), welche den Anteil der Frauen auf ca. 70% schätzen.

Hospitalisierung: Stationäre Voraufenthalte in Kliniken

Die folgende Tabelle zeigt das Ausmaß der stationären Vorbehandlungen in den jeweiligen Untersuchungskliniken vor Studienbeginn. Es wird deutlich, dass in beiden Kliniken etwas weniger als ein Drittel der Patienten erstmals behandelt wurden. Alle anderen Patienten hatten bereits Voraufenthalte. Auffällig ist der stärkere prozentuale Anteil an Personen mit mehr als elf Behandlungen in Heide.

Tabelle 6: Stationäre Vorbehandlung in den Untersuchungskliniken Kiel und Heide

Anzahl stationärer Behandlungen Kiel oder Heide	Patienten in Kiel (N=49)	Patienten in Heide (N=65)
0	N=16 (32,7%)	N=20 (30,7%)
1	N=9 (18,4%)	N=5 (7,7%)
2	N=4 (8,2%)	N=3 (4,6%)
3	N=2 (4,1%)	N=4 (6,2%)
4	N=5 (10,2%)	N=5 (7,7%)
5	N=2 (4,1%)	N=3 (4,6%)
6-10	N=3 (6,1%)	N=5 (7,7%)
11-20	N=3 (6,1%)	N=6 (9,2%)
Mehr als 20		N=5 (7,7%)
Unbekannt	N=5 (10,2%)	N=9 (13,8%)

12 Patienten, die das erste Mal in Kiel oder Heide stationär behandelt wurden, gaben bis zu vier Voraufenthalte in anderen psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken an, so dass lediglich 24 Patienten (19,92%) das erste Mal überhaupt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik waren. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Angaben von Höschel und Bohus (2005), wonach Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer hochfrequenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesuche neigen.

8.2 Die Untersuchungsgruppe: Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und mindestens 3-wöchiger Behandlung

8.2.1 Gründe für den Ausschluss aus der Studie

In die Studie konnten letztlich nur 28 Teilnehmer von 83 Borderline-Patienten, d.h. ein Anteil von 33,7%, eingeschlossen werden, da nur bei diesen Personen eine eindeutige Diagnose und vollständige Messungen der abhängigen Variablen innerhalb der ersten drei Wochen stationärer Behandlung vorla-

gen und keine Ausschlusskriterien aus der Stichprobe gegen eine Teilnahme sprachen. Von diesen 28 Personen mussten weitere 2 Personen aus der Klinik in Heide aufgrund mangelnder Datenqualität ausgeschlossen werden, so dass in jeder Gruppe die Ergebnisse von 13 Patienten ausgewertet werden konnten, welche in Kapitel 8.2 dargestellt werden.

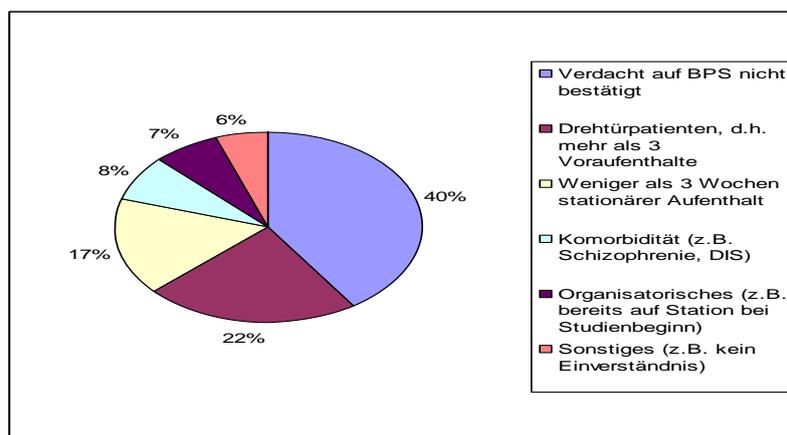
Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Gründe für den Ausschluss aus der Studie. Die meisten Personen (N=58) wurden aufgrund einer durch SKID-II nicht validierbaren Verdachtsdiagnose aus der Notfallaufnahme ausgeschlossen. Ein weiterer Hauptgrund waren mehr als drei Voraufenthalte in der Studienklinik (N=32), d.h. diese Patienten wurden als sogenannte „Drehtürpatienten“ von der Studie a priori ausgenommen. Weiter war ein wichtiger Ausschlussgrund, dass es etliche Patienten gibt, welche weniger als drei Wochen in der stationären Behandlung bleiben (N=24). Die Daten dieser Untersuchungsgruppe werden in Kapitel 8.6 ausgewertet und mit den Werten der Teilnehmer verglichen. Hier ist eine wichtige Frage für die Diskussion der Ergebnisse, mit welchen Konzepten diesen beiden Personengruppen therapeutische Unterstützung angeboten werden kann. Schließlich gab es elf Patienten die aufgrund der Komorbidität nicht eingeschlossen werden konnten. Die restlichen Patienten verteilen sich auf sonstige Gründe.

Tabelle 7: Ursachen für den Studienausschluss

Ursachen für den Ausschluss aus der Studie	Prozentualer Anteil	Anzahl
BPS-Verdacht bei Notfallaufnahme nicht bestätigt	40,6%	58
Drehtürpatienten (mehr als 3 Voraufenthalte)	22,4%	32
Entlassung vor Ablauf von 3 Wochen	16,8%	24
Ausschluss aufgrund der Komorbidität	7,7%	11
Wiederaufnahme während der Studie	2,8%	4
Diagnose stand während der Untersuchung in Frage	2,1%	3
Befand sich bei Beginn der Studie schon zu lange auf Station	2,1%	3
War nicht einverstanden	2,1%	3
Fehlende Angaben	2,1%	3
Teilnehmer mit zu geringer Datenqualität	1,4%	2

Die folgende graphische Darstellung stellt die Studienausschlussgründe nochmals etwas vereinfacht und anschaulich dar, wobei die nicht bestätigten Verdachtsdiagnose-Patienten mit aufgeführt werden.

Abbildung 3: Ursachen für den Ausschluss von Patienten aus der Studie



8.2.2 Soziodemographische Variablen

Die Untersuchungsgruppe besteht aus 26 Personen, welche auf die beiden Behandlungsgruppen DBT in Kiel und TAU in Heide gleichmäßig verteilt sind. Zwischen den Gruppen bestanden keine Altersunterschiede (Mann-Whitney-U-Test=74,0, $p=0,590$); im Durchschnitt waren die Kieler Probanden 28,6 Jahre ($s=7,4$) alt, die Patienten in Heide 32,9 ($s=12,5$). In Kiel nahmen 8 Frauen und 5 Männer teil, in Heide waren es 9 Frauen und 4 Männer. Die Stichprobe enthielt mit 65,4% mehr Frauen als Männer wie bereits in der Gesamtstichprobe und keine Unterschiede der Geschlechterverteilung in den Kliniken. Hinsichtlich des Familienstandes ergaben sich deutliche Unterschiede: die Patienten in Kiel waren fast alle ledig (12 von 13), während in Heide 5 Patienten verheiratet und 2 geschieden waren. Dagegen unterscheiden sich die Gruppen nicht hinsichtlich des Vorhandenseins eigener Kinder: in Kiel hatten 4 Patienten eigene Kinder, in Heide waren es 5 Personen. Alle untersuchten Personen waren deutscher Nationalität.

Es waren keine Unterschiede im Bildungsniveau feststellbar: Hochschulabschluss hatten in Kiel 5, in Heide 6 Personen, Realschulabschluss in beiden Gruppen je 2 Menschen, Fachabitur und Abitur in Kiel 6, in Heide 2. In Heide blieb der Schulabschluss bei 2 Personen unbekannt. Der höchste erreichte Ausbildungsstand lag nur bei 2 Personen bei einem abgeschlossenen Studium, 2 waren noch im Studium. Abgebrochene Ausbildungen lagen bei 3 Personen vor, 2 weitere sind noch in der Ausbildung. Insgesamt 12 Personen haben ihre Lehre abgeschlossen und immerhin 4 Patienten haben keinerlei Ausbildungsberuf absolviert. Klare Gruppenunterschiede zwischen Kiel und Heide lassen sich nicht feststellen. Allerdings fällt auf, dass nur 14 der Patienten über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Ähnlich verhält es sich mit dem Umfang der derzeitigen Berufstätigkeit: nur 5 Personen sind vollzeit berufstätig, 2 sind bereits vor Aufnahme krank geschrieben. Alle anderen Personen sind in der Ausbildung ($N=4$), erwerbsunfähig ($N=1$), arbeitslos ($N=8$) oder geringfügig beschäftigt ($N=2$). Der derzeitige sozioökonomische Status ist also relativ niedrig unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit. Die Wohnsituation besteht bei 75,0% ($N=18$) der Patienten im Leben in eigener Wohnung, 16,7% ($N=4$) leben bei den Eltern, 4,2% ($N=1$) in einer betreuten WG, 4,2% ($N=1$) gaben sonstiges an. Die meisten Patienten mit 62,5% ($N=15$) leben allein, 4,2% ($N=1$) in einer Wohngemeinschaft, 16,7% ($N=4$) mit Partner/-in, 16,7% ($N=4$) mit den Eltern.

8.2.3 Ausprägung der Borderline-Symptomatik und kormorbider Diagnosen

Die Diagnostik wurde mittels SKID-I und SKID-II im klinischen Interview von speziell geschulten Interviewerinnen gestellt, welche nicht mit den behandelnden Therapeuten identisch waren. Die Interviews wurden per Video dokumentiert, um anschließend die Interraterreliabilität für die Borderline-Diagnostik feststellen zu können. Die Ausprägung der Borderlinestörung ist nur bei etwa einem Fünf-

tel der Patienten (19,2%) stark mit acht und neun zutreffenden Kriterien, bei den meisten Patienten liegt sie im mittleren Bereich (61,6% mit sechs und sieben Kriterien) während ein weiteres Fünftel eine gering ausgeprägte emotionale Instabilität aufweist (19,2% mit einem Kriterium). Eine mittlere Ausprägung findet sich auch im BSL-Gesamtwert mit einem Prozentrang zu Therapiebeginn von 42,6% in Kiel und 44,9% in Heide. Bis zu fünf komorbide Persönlichkeitsstörungen wurden bei 65% der Patienten festgestellt. Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse des SKID-II detailliert. Unterschiede zwischen den Personengruppen an den beiden Studienorten lagen nicht vor.

Tabelle 8: Anzahl der Borderline-Kriterien nach SKID-II

5 Kriterien	6 Kriterien	7 Kriterien	8 Kriterien	9 Kriterien
19,2% (N=5)	23,1% (N=6)	38,5% (N=10)	7,7% (N=2)	11,5% (N=3)

Tabelle 9. Komorbide Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II

Keine	1 weitere PS	2 weitere PS	3 weitere PS	4 weitere PS	5 weitere PS
34,6% (N=9)	34,6% (N=9)	0	15,4% (N=4)	11,5% (N=3)	3,8% (N=1)

Die Auswertung des SKID-I ergab bei allen Probanden zusätzliche Störungen auf der Achse I. Am häufigsten waren akute affektive Störungen: 80,8% (N=21) leiden unter einer akuten Depression. Substanzen spielen bei 53,8% (N=14) in Form von Missbrauchsverhalten und bei 38,5% (N=10) in Form einer Substanzabhängigkeit eine Rolle. 34,6% (N=9) leiden unter einer akuten Angststörung. Essstörungen geben 23,1% (N=6) in der Vorgeschichte an. 19,2% (N=5) leiden unter einer akuten Essstörung (meist Bulimie oder Fressanfälle). Sonstige komorbide Störungen werden bei 15,4% (N=4) akut und bei 19,2% (N=5) der Personen anamnestisch angegeben. Alle Angaben stimmen in etwa den Ergebnissen zur Komorbidität bei emotionaler Instabilität überein. Deutliche Abweichungen ergeben sich lediglich bei der posttraumatischen Belastungsstörung, deren Vorkommen unterschätzt wird.

Zwecks Überprüfung der Interraterreliabilität der videodokumentierten SKID-Interviews wurde die Borderline-Sektion des SKID-II bei fünf Versuchsteilnehmern von einer unabhängigen approbierten Diplom-Psychologin eingeschätzt. Es bestand eine prozentuale Übereinstimmung von 80%, die deutlich über der zufallsbedingt zu erwarteten Übereinstimmung von 50% liegt. Damit ist die Interraterreliabilität als gut einzuschätzen.

8.2.4 Die Befragung der Therapeuten zur Aufnahmesituation, Krisenauslösern, ambulanten Hilfen und Therapiezielen

Die Therapeuten wurden zu Beginn und nach 3 Wochen Intervention zu verschiedenen Aspekten befragt. Es liegen für 24 Patienten therapeutische Angaben zu beiden Messzeitpunkten vor, deren Ergebnisse deskriptiv vorgestellt werden.

Die Aufnahmesituation

Die Art der Aufnahme erfolgt bei 33,3% (N=8) der Patienten allein und selbständig, 12,5% (N=3) erscheinen in Begleitung durch Angehörige / Bekannte, 37,5% (N=9) per ärztlicher Einweisung, 12,5% (N=3) in Begleitung durch Betreuer und 4,2% (N=1) kommen als Verlegung aus einer anderen Klinik. Bei der Art der ärztlichen Einweisung handelt es sich bei 29,2% (N=7) um einen Nervenarzt / Psychiater, 29,2% (N=7) durch anderen Arzt und 41,7% (N=10) erscheinen ohne ärztliche Einweisung. Die Aufnahme erfolgt bei mehr als der Hälfte der Patienten in Zusammenhang mit professionellen Bezugspersonen, was erneut auf die starke Hilfesuche und die Schwere der von Dritten wahrgenommenen Krisensymptomatik hinweist. Entsprechend ist die Suizidalität bei Aufnahme hoch: 20,8% (N=5) kommen mit Zustand nach Suizidversuch, 20,8% (N=5) werden als suizidal eingeschätzt, bei 25,0% (N=6) besteht eine fragliche Suizidalität. Nur 30,8% (N=8) der Patienten werden als nicht suizidal wahrgenommen. Der Rechtsstatus bei Aufnahme ist dennoch mit 95,8% (N=23) freiwillig, nur eine Person wurde per PsychKG aufgenommen. In der Gesamtstichprobe sind Aufnahmen per PsychKG deutlich häufiger: In Kiel wurden 18 Personen im Untersuchungszeitraum mit rechtllichem Beschluss untergebracht, in Heide 9 Personen.

Den Therapeuten wurde zu Beginn die Frage der Indikation einer stationären Akutaufnahme aus ihrer Sicht gestellt. Mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen sahen sie akute Selbstgefährdung durch Suizidalität / Suizidversuch (N=11), hochfrequentes selbstverletzendes Verhalten (N=10), hochfrequente psychotische Zustände / flash backs (N=3), akute Fremdgefährdung (N=1) und sonstiges (N=12) als Aufnahmegründe. Unter sonstiges wurden vorrangig akute Alkoholintoxikationen sowie Angstzustände, Dissoziationen, Depression, Reizbarkeit und extreme Wutausbrüche genannt.

Krisenauslöser aus Sicht der Therapeuten

Die Therapeuten der Borderline-Patienten sahen mit 83,3% (N=20) zwischenmenschliche Probleme im sozialen Umfeld als wichtigsten Auslöser für Krisen und den stationären Aufenthalt. Bei 33,3% (N=8) der Patienten nahmen sie Gewalterlebnisse als Auslöser war, bei weiteren 33,3% (N=8) Verlust- und Trennungserlebnisse und bei 29,2% (N=7) äußere Belastungsfaktoren. Bei dieser Frage kam es zu Mehrfachnennungen. Wenn zwischenmenschliche Probleme als Auslöser vorlagen, dann bestanden diese vorrangig in Konflikten mit den Eltern (N=10), gefolgt von Konflikten in der Partnerschaft (N=8), im sozialen Umfeld (N=6), am Arbeitsplatz (N=5), in Freundschaften (N=4), mit den eigenen Kindern (N=3.) Wenn Trennung / Verlust als Krisenauslöser angegeben wurden, handelte es sich vorrangig um Trennung vom Partner / -in (N=7). Trennungen wurden auch von Eltern (N=2), Verwandten (N=2), Freunden (N=1) und ambulanten Psychotherapeuten (N=1) als Krisenauslöser benannt. Bei den äußeren Belastungsfaktoren handelte es sich um Überforderung am Arbeitsplatz (N=4), (drohende) Arbeitslosigkeit (N=4), (drohende) Obdachlosigkeit (N=1), finanzielle Schwierigkeiten (N=3), Sorgerechtsprobleme (N=1) und sonstiges (N=4).

Existenz von professionellen ambulanten Hilfen bei Behandlungsbeginn aus Sicht der Therapeuten

Bei 29,2% (N=7) der Patienten waren zu Beginn keine ambulanten Hilfen vorhanden, 37,5% (N=9) hatten eine ambulante Psychotherapie, 33,3% (N=8) eine nervenärztliche Betreuung, 8,3% (N=2) eine rechtliche Betreuung, 8,3% (N=2) Kontakt zu einer Beratungsstelle, 4,2% (N=1) Kontakt zu Selbsthilfegruppen und 4,2% (N=1) gab sonstiges an. Die Prozentwerte beziehen sich auf den Anteil an Personen (N=24), da Mehrfachnennungen vorliegen.

Therapieziele aus Sicht der Therapeuten

Als Therapieziele (Mehrfachnennungen) wurden in folgender Reihenfolge benannt: Reduktion selbstverletzenden Verhaltens (N=16, 66,7% der Fälle), Reduktion der Depressivität (N=16, 66,7% der Fälle), Sonstiges (N=14, 58,3%), Aufbau von Psychotherapiemotivation (N=13, 54,2%), Reduktion der Suizidalität (N=12, 50%), Reduktion des Angstniveaus (N=11, 45,8%), Reduktion dissoziativer Zustände (N=9, 37,5%), Reduktion von psychotischen Zuständen (N=1, 4,2%). Unter Sonstiges wurden als Therapieziele vorrangig die Reduktion des Substanzkonsums (N=8) genannt. Beschrieben wurde auch als Ziel eine Wahrnehmung und Reduktion von Anspannungszuständen, Verbesserung der Bedürfniswahrnehmung und Reduktion von Impulsivität.

8.2.5 Ergebnisse der Patientenbefragung

Die Anfangsbefragung liegt für die 26 Studienteilnehmer und die 14 Dropouts vor. Diese Patienten werden gemeinsam ausgewertet. Die Endbefragung liegt für die 26 Studienteilnehmer vor.

Die Befragung zu Beginn der Therapie ergab, dass 67,6% über ambulante Psychotherapieerfahrung verfügen und sich 29,7% derzeit in ambulanter Therapie befinden. Schwierigkeiten in der Therapie sind bei ca. der Hälfte der Patienten akut vorhanden: oftmals wegen urlaubsbedingter Abwesenheit der Therapeutin, wegen Terminversäumnissen von Seiten der Patienten und aufgrund eines akuten Therapieabbruchs. Nachdem verschiedene Fragen zur Erfahrungen, Frequentierung und subjektiven Bewertungen mit ambulanten Therapien, Beratungsstellen, Wohngruppen und Kliniken ausgewertet wurden, ließen sich weder Unterschiede zwischen den Erhebungsorten noch zwischen dropouts und Studienteilnehmern feststellen.

Erfahrungen mit Familie, Freunden und Bekannten

In Anlehnung an Gerdes, Weidemann, Jäckel (2000) wurden einige wenige Fragen zum sozialen Umfeld und zur Zufriedenheitseinschätzung gestellt, deren Ergebnisse hier kurz referiert werden. Auf die Frage, wie oft Patienten in ihrer Partnerschaft in den vergangenen Wochen, einen Abend gemütlich zusammen gesessen und sich unterhalten haben, antworteten 45% der in Partnerschaft lebenden Personen (N=27) mit „nie“ und weitere 15% mit „manchmal“. Zusammen herzlich über etwas gelacht, hatten 50% „nie“, weitere 12,5% „manchmal“. Sich miteinander sehr nah und vertraut gefühlt, haben 45% „nie“ und 15% „manchmal“. 45% fühlen sich in ihrer Partnerschaft „nie“ verstanden, weitere 10% manchmal. Die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung ist also von sehr vielen Borderline-Patienten zum Aufnahmezeitpunkt als gering eingeschätzt worden. Die allgemeinen Einschätzungen zum sozialen Umfeld (N=37) fallen ähnlich aus: Der Aussage „mir fehlen Menschen, die mich wirk-

lich verstehen“, stimmten insgesamt 57,5% zu (10 stimmt völlig, 13 stimmt eher). Die Aussage, „ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein“, stimmten 52,5% zu (6 stimmt völlig, 15 stimmt eher). 52,5% gaben an, dass sie häufig die Gesellschaft anderer Menschen vermissen. Wenig Gemeinsamkeiten und Verständnis fanden 22,5%. Bei alltäglichen Problemen hatten 65% immer jemanden zum Austausch. 75% gaben an, Menschen zu haben, an die sie sich wenden können und auf die Verlass ist. Für Notfälle kannten 10% keine Person im sozialen Umfeld, 12,5% nur eine Person, 37,5% immerhin 2 bis 3 Personen und 32,5% mehr als 3 Menschen.

Die aktuelle Befindlichkeit wurde über Rating-Skalen (1 bis 7) zur Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen eingeschätzt. Die folgende Tabelle zeigt, dass die Patienten insgesamt relativ unzufrieden sind, insbesondere mit ihrer Arbeitssituation, der finanziellen Lage, ihrer Gesundheit. Diese Einschätzung verändert sich nicht nach drei Wochen Kurzzeitintervention und verdeutlicht die bereits bekannte Tatsache, dass Borderline-Patienten bei stationärer Aufnahme und / oder Therapiebeginn insgesamt über eine geringe Lebensqualität (Linehan et al., 1999a) und über eher wenig konstruktive soziale Unterstützungsmöglichkeiten verfügen.

Tabelle 10: Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen zu Therapiebeginn (Einschätzungen der Patienten auf Rating-Skalen von 1 bis 7)

Bereich	M	MD	S	N
Arbeitssituation	2,8	2	2,0	34
Wohnsituation	4,2	5	2,1	37
Finanzen	2,8	2	1,9	37
Freizeit	3,6	4	1,4	37
Gesundheit	3	2	1,9	37
Familie	4	4	1,9	37
Soziales Umfeld	2,7	3	1,3	37
Insgesamt	3	3	1,7	37

8.3 Ergebnisse der Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe fiel mit 26 Personen im Gegensatz zur vorherigen Stichprobengrößenkalkulation relativ klein aus. Da eine Verlängerung des Erhebungszeitraumes aufgrund von personellen Ressourcen nicht möglich war, wurde die Datenauswertung den Gegebenheiten angepasst. Zunächst wurde in beiden Gruppen überprüft, ob die Behandlung die Ausprägung der abhängigen Variablen signifikant reduziert (Wilcoxon-Test mit einseitiger Signifikanzprüfung, Hypothesenprüfung A und B, Kapitel 6.2.4). Hier ergaben sich bereits deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen Kiel und Heide, so dass weitere Hypothesenprüfungen unterbleiben konnten (Hypothesen C zu Differenzwerten, Kapitel 6.2.4).

8.3.1 Borderlinetypische Verhaltens- und Erlebnisweisen

Die Borderline-Symptom-Liste umfasst auf sieben Unterskalen borderline-typische Merkmale und bietet einen Gesamtwert, durch den die Schwere der Borderline-Störung eingeschätzt werden kann.

Zugleich soll die BSL eine sensitive Therapieerfolgsmessung für Veränderungen im Therapieverlauf ermöglichen (Bohus et al., 2007). Die Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle vorgestellt. Dabei werden die Mittelwerte, Prozentränge und Standardabweichungen pro Behandlungsgruppe angegeben. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde der Wilcoxon-Test für die beiden Untersuchungsgruppen berechnet, so dass in der Tabelle 11 die jeweiligen Z-Werte und die Signifikanzniveaus für eine einseitige Hypothesentestung angegeben werden.

Zunächst zeigen die Prozentränge der Testergebnisse, dass alle Mittelwerte im mittleren Bereich liegen. Dieses ist ein Hinweis darauf, dass die untersuchte Stichprobe in beiden Kliniken eine durchschnittlich schwere Ausprägung der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweist. Die Ergebnisse der Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Werte bei Therapiebeginn und nach drei Wochen zeigen, dass die Patienten in der DBT-Gruppe in Kiel nach drei Wochen Behandlung einen signifikant geringeren BSL-Gesamtwert aufweisen, während in der herkömmlichen Behandlung in der Klinik Heide der BSL-Gesamtwert konstant bleibt. In der Tabelle werden deskriptiv auch die Werte der Untertests zur besseren Veranschaulichung mit Wilcoxon-Testergebnissen ausgewiesen. Dadurch wird sichtbar, dass in Kiel viele Untertestwerte reduziert sind, während in Heide lediglich der Untertest Dysphorie eine Verringerung aufweist.

Zur graphischen Veranschaulichung der Effekte zeigt die folgende Abbildung die Entwicklung des Gesamtwertes der BSL im Therapieverlauf.

Abbildung 4: BSL-Gesamtwert im Verlauf der Therapie

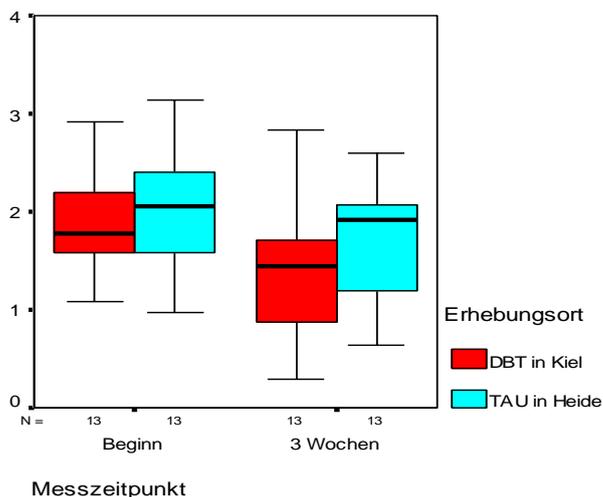


Tabelle 11: Ergebnisse der Borderline-Symptom-Liste (BSL) im Verlauf der Behandlung

Treatment	BSL-Test	t ₀ Beginn	t ₃ Wochen	Z	Asymptotische Signifikanz (einseitig)
DBT Kiel	Selbstwahrnehmung	M= 1,52 PR=47,38 S=6,22	M=1,11 PR=32,85 S=0,78	-1,956	0,025*
TAU Heide	Selbstwahrnehmung	M=1,38 PR=41,77 S=0,90	M=1,41 PR=42,62 S=1,05	-0,175	0,4305
DBT Kiel	Affektregulation	M=2,30 PR=49,23 S=0,66	M=1,68 PR=32,00 S=0,66	-3,180	0,0005**
TAU Heide	Affektregulation	M=2,33 PR=51,15 S=0,87	M=2,11 PR=42,54 S=0,80	-0,804	0,2105
DBT Kiel	Autoaggression	M=1,78 PR=40,31 S=1,09	M=1,18 PR=26,23 S=0,98	-1,887	0,0295*
TAU Heide	Autoaggression	M=1,91 PR=43,15 S=1,06	M=1,94 PR=44,77 S=1,22	-0,140	0,4445
DBT Kiel	Dysphorie	M=3,23 PR=52,23 S=0,55	M=2,92 PR=39,23 S=0,74	-1,575	0,0545*
TAU Heide	Dysphorie	M=6,3 PR=65,92 S=10,13	M=3,21 PR=49,15 S=0,46	-2,280	0,0115**
DBT Kiel	Soziale Isolation	M=1,53 PR=44,54 S=0,92	M=1,16 PR=34,46 S=0,67	-1,223	0,1105
TAU Heide	Soziale Isolation	M=1,69 PR=51 S=0,93	M=1,38 PR=40,31 S=0,94	-0,904	0,1735
DBT Kiel	Intrusion	M=1,09 PR=54,08 S=0,49	M=0,57 PR=26,69 S=0,60	-2,272	0,0115**
TAU Heide	Intrusion	M=0,83 PR=39,31 S=0,59	M=1,06 PR=47,92 S=0,79	0,941	0,1735
DBT Kiel	Feindseligkeit	M=1,61 PR=49,62 S=0,93	M=1,46 PR=45,85 S=0,94	-0,909	0,1815
TAU Heide	Feindseligkeit	M=1,78 PR=52,85 S=1,10	M=1,58 PR=48,38 S=0,90	-0,245	0,4035
DBT Kiel	Gesamtfaktor BSL	M=1,87 PR=42,62 S=0,55	M=1,41 PR=27,46 S=0,68	-1,852	0,032*
TAU Heide	Gesamtfaktor BSL	M=1,95 PR=44,92 S=0,68	M=1,81 PR=40,92 S=0,82	-0,210	0,4215

8.3.2 Stressabhängige dissoziative Zustände

Borderline-Patienten weisen häufig als stressabhängiges Symptom eine Neigung zu dissoziativen Zuständen auf. Hierzu wurde der FDS durchgeführt.

Abbildung 5: Dissoziative Zustände (FDS) im Verlauf der Behandlung

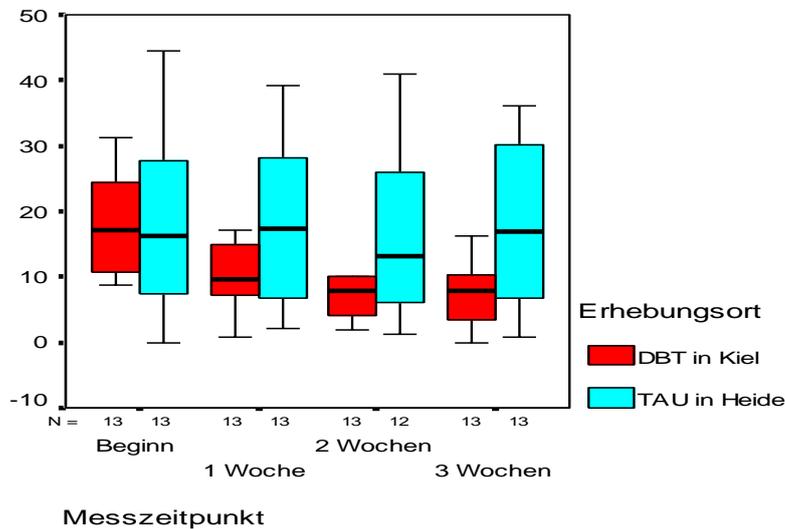


Tabelle 12: Dissoziative Zustände (FDS-Gesamtscore) im Verlauf der Behandlung

Treatment	t ₀ Beginn	t ₁ 1 Woche	t ₂ 2 Wochen	t ₃ 3 Wochen	t ₀ vs. t ₄
DBT Kiel	M=17,26 S=7,68	M=12,38 S=9,52	M=10,42 S=9,46	M=9,1077 S=8,35	Z=-2,830 p=0,0025**
TAU Heide	M=17,40 S=12,76	M=17,78 S=11,79	M=16,31 S=13,20	M=17,45 S=12,76	Z=-0,175 p=0,4305

Tabelle und Abbildung zeigen, dass die Mittelwerte der FDS-Gesamtskala in beiden Gruppen zu Beginn vergleichbar ausgeprägt sind. Bereits nach einer Woche sinkt die Ausprägung der dissoziativen Zustände deutlich in der DBT-Gruppe, jedoch nicht in der TAU-Gruppe. Diese Entwicklung ist nach 2 Wochen noch stärker zu beobachten. Beim vierten Messzeitpunkt nach 3 Wochen stationärer Intervention ist der Mittelwert in der DBT-Gruppe im Vergleich zur Messung zum Beginn hochsignifikant gesunken ($Z=-2,830$, $p=0,0025^{**}$), während in der TAU-Gruppe keine Reduktion der dissoziativen Zustände erreicht wird ($Z=-0,175$, $p=0,4305$). Dabei wird die Reduktion in der Kieler Gruppe bereits nach der ersten Therapiewoche signifikant ($Z=-1,992$, $p=0,023^*$) und nach zwei Wochen hochsignifikant ($Z=-2,970$, $p=0,0015^{**}$). Eine deskriptive, differenzierte Auswertung der vier Unterskalen der FDS ergab, dass die Werte nach drei Wochen in allen Unterskalen Amnesie ($Z=-2,524$, $p=0,006^{**}$), Absorption ($Z=-2,832$, $p=0,0025^{**}$), Depersonalisation / Derealisation ($Z=-1,691$, $p=0,0455^*$) und Konversion ($Z=-2,66$, $p=0,004^{**}$) in der DBT-Gruppe in drei Untertests hoch signifikant und in einem signifikant reduziert werden. Dagegen zeigt in der Heider Gruppe keiner der Untertests eine signifikante Verringerung (Amnesie: $Z=-0,594$, $p=0,2765$; Absorption: $Z=-0,934$, $p=0,175$; Depersonalisation: $Z=-1,016$, $p=0,155$; Konversion: $Z=-0,432$, $p=0,333$).

8.3.3 Stressabhängige pseudopsychotische Zustände

Als weiteres stressabhängiges Symptom von Borderline-Patienten werden pseudopsychotische Zustände definiert. Hierzu wurde der Untertest der SCL-90-R Psychotizismus ausgewertet.

Abbildung 6: Psychotizismus-Werte (Unterskala der SCL-90-R) im Verlauf der Behandlung

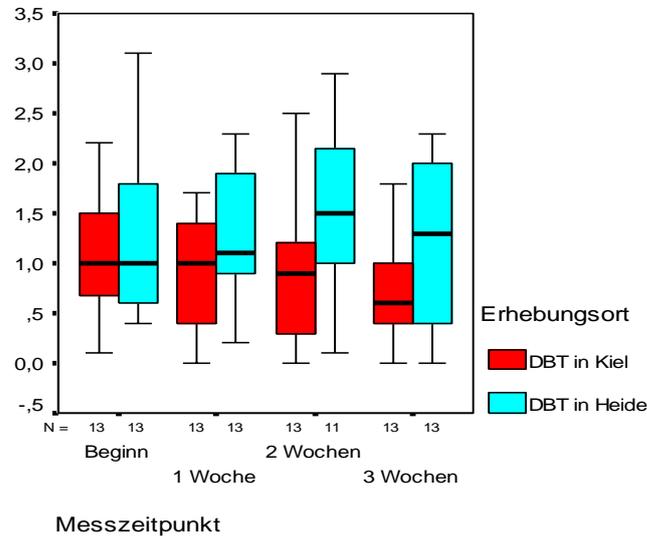


Tabelle 13: Psychotizismus (SCL-90-R) im Verlauf der Behandlung

Treatment	t ₀ Beginn	t ₁ 1 Woche	t ₂ 2 Wochen	t ₄ 3 Wochen	t ₀ vs. t ₄
DBT Kiel	M=1,07 S=0,62	M=0,86 S=0,57	M=0,92 S=0,71	M=0,73 S=0,49	Z=-2,134 p=0,0165*
TAU Heide	M=1,28 S=0,83	M=1,31 S=0,69	M=1,57 S=0,88	M=1,22 S=0,87	Z=-0,432 p=0,333

Nach drei Wochen ist der Psychotizismuswert in der Kieler DBT-Gruppe signifikant reduziert ($Z=-2,134$, $p=0,0165^*$). In der TAU-Gruppe in Heide zeigt sich keine signifikante Reduktion nach drei Wochen ($Z=-0,432$, $p=0,333$).

8.3.4 Situativ bedingte Angst

Zur Überprüfung der Wirksamkeit auf die situativ bedingte Ängstlichkeit wurde der STAI-S eingesetzt. Der Vergleich in der DBT-Gruppe der STAI-Werte zu Beginn der Behandlung und nach drei Wochen zeigt weder in Kiel ($Z=-0,865$, $p=0,1935$) noch in Heide ($Z=-0,223$, $p=0,412$) eine signifikante Reduktion. Allerdings zeigt die Betrachtung der wöchentlichen Messwerte, dass in der DBT Gruppe in Kiel nach einer und noch deutlicher nach 2 Wochen eine Angstreduktion eintritt, welche den Hypothesen entspricht und signifikant wird ($Z=-1,784$, $p=0,037^*$). Der erneute Anstieg der Angst nach drei Wochen könnte durch die bevorstehende Entlassung erklärt werden. Im Gegensatz dazu bleibt das Angstniveau in der Kontrollgruppe relativ konstant und steigt nach zwei Wochen sogar auf den höchsten Wert insgesamt ($Z=-0,222$, $p=0,412$).

Abbildung 7: Situativ bedingte Angst (STAI-S) im Verlauf der Behandlung

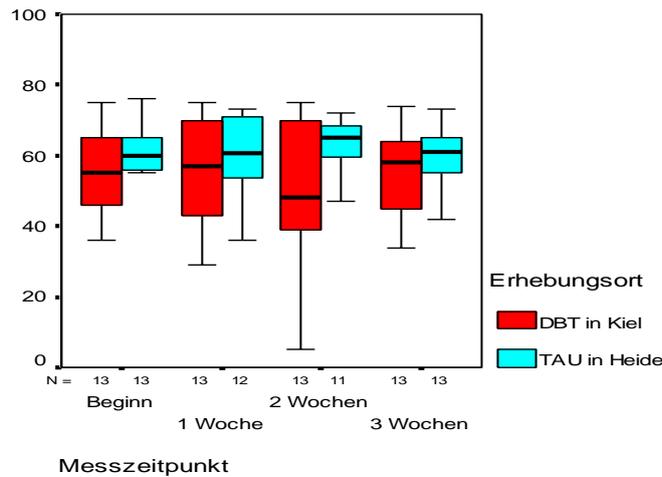


Tabelle 14: Angst (STAI-S) im Verlauf der Behandlung

Treatment	t ₀ Beginn	t ₁ 1 Woche	t ₂ 2 Wochen	t ₃ 3 Wochen	t ₀ vs. t ₄
DBT Kiel	M=56,62 S=12,312	M=54,92 S=15,88	M=50,15 S=20,54	M=54,46 S=13,91	Z=-0,865 p=0,1935
TAU Heide	M=60,92 S=8,558	M=60,33 S=10,73	M=63,00 S=7,69	M=60,62 S=8,81	Z=-0,223 p=0,412

8.3.5 Depressivität

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen auf die Depressivität lassen sich die Ergebnisse des BDI und der Untertest Depressivität des SCL-90-R auswerten. Die Depressionsmittelwerte des BDI liegen in beiden Gruppen im deutlich klinisch relevanten Bereich. Es ist zu beobachten, dass der BDI-Wert nach drei Wochen in Kiel um 5 und in Heide um 1,4 Punkte im Durchschnitt gesunken ist. Statistisch signifikant wird diese Reduktion in der Kieler DBT-Gruppe ($Z=-1,961$, $p=0,025^*$), nicht jedoch noch in der herkömmlichen Therapie in Heide ($Z=-0,491$, $p=0,312$).

Abbildung 8: Depressivität (BDI) im Verlauf der Behandlung

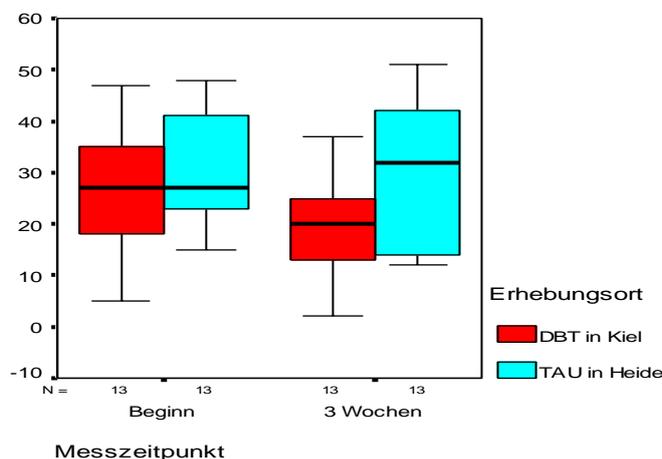


Tabelle 15: Depressivität (BDI) im Verlauf der Behandlung

Treatment	t ₀ Beginn	t ₄ 3 Wochen	t ₀ vs. t ₄
DBT Kiel	M=26,92 S=12,770	M=21,77 S=13,79	Z=-1,961 p=0,025*
TAU Heide	M=31,00 S=10,724	M=29,62 S=14,36	Z=-0,491 p=0,312

8.3.5 Deskriptive Darstellung der verbleibenden Unterskalen des SCL-90-R

Die deskriptive Auswertung der verbleibenden Unterskalen des SCL-90-R zeigt erneut eine Überlegenheit der Kieler DBT-Gruppe im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung in Heide. Zur besseren Veranschaulichung werden die Werte des Wilcoxon-Tests ausgewiesen, obwohl sie nicht hypothesenprüfend eingesetzt wurden (Problematik des multiplen Testens). In Kiel sind die Werte der Untertests Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität / Feindseligkeit, Ängstlichkeit und Depressivität deutlich reduziert. In Heide ist lediglich der Untertestwert Depressivität verringert.

Tabelle 16: Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität / Feindseligkeit, Somatisierung im SCL-90-R

Treatment	Unterskala	t ₀ Beginn	t ₁ 1 Woche	t ₂ 2 Wochen	t ₄ 3 Wochen	t ₀ vs. t ₄
DBT Kiel	Zwanghaftigkeit	M=1,72 S=0,63	M=1,43 S=0,83	M=1,45 S=0,86	M=1,41 S=0,79	Z=-1,790 p=0,0365*
TAU Heide		M=1,78 S=0,73	M=1,8 S=0,61	M=1,86 S=0,80	M=1,76 S=0,90	Z=-0,89 p=0,4645
DBT Kiel	Unsicherheit	M=1,71 S=0,65	M=1,48 S=1,03	M=1,44 S=0,89	M=1,24 S=0,84	Z=-2,344 p=0,0095**
TAU Heide		M=2,03 S=0,97	M=1,92 S=0,96	M=1,94 S=0,97	M=1,91 S=1,03	Z=-0,432 p=0,333
DBT Kiel	Aggressivität	M=1,55 S=0,76	M=1,20 S=0,97	M=1,28 S=0,95	M=1,09 S=0,82	Z=-1,787 p=0,037*
TAU Heide		M=1,70 S=0,97	M=1,86 S=0,88	M=1,76 S=0,93	M=1,67 S=0,91	Z=0,000 p=0,5
DBT Kiel	Somatisierung	M=1,12 S=0,79	M=1,0 S=0,79	M=0,85 S=0,71	M=0,97 S=0,75	Z=-1,123 p=0,131
TAU Heide		M=1,28 S=0,90	M=1,19 S=0,82	M=1,36 S=1,02	M=1,24 S=0,88	Z=-0,079 p=0,4685
DBT Kiel	Paranoides Denken	M=1,42 S=0,755	M=1,0631 S=0,85	M=1,26 S=0,89	M=1,077 S=0,71	Z=-1,572 p=0,058
TAU Heide		M=1,44 S=0,95	M=1,58 S=1,01	M=1,73 S=0,998	M=1,45 S=1,06	Z=-0,551 P=0,2905
DBT Kiel	Ängstlichkeit	M=1,55 S=0,76	M=1,59 S=0,84	M=1,47 S=0,91	M=1,47 S=0,95	Z=-2,170 p=0,015*
TAU Heide		M=1,70 S=0,973	M=1,84 S=0,77	M=1,91 S=0,80	M=1,62 S=0,87	Z=-1,573 p=0,058
DBT Kiel	Phobische Angst	M=1,09 S=0,86	M=0,87 S=0,95	M=1,01 S=1,00	M=0,87 S=0,77	Z=-0,952 p=0,1705
TAU Heide		M=1,13 S=1,00	M=1,23 S=1,04	M=1,48 S=1,17	M=1,22 S=1,10	Z=-0,358 p=0,3605
DBT Kiel	Depressivität	M=1,86 S=0,66	M=1,72 S=0,90	M=1,67 S=1,08	M=1,52 S=0,88	Z=-1,883 p=0,030*
TAU Heide		M=2,32 S=0,75	M=2,25 S=0,61	M=2,04 S=0,83	M=2,005 S=0,86	Z=-1,961 p=0,025*

8.3.6 Psychopathologische Belastung: Gesamtwerte des SCL-90-R

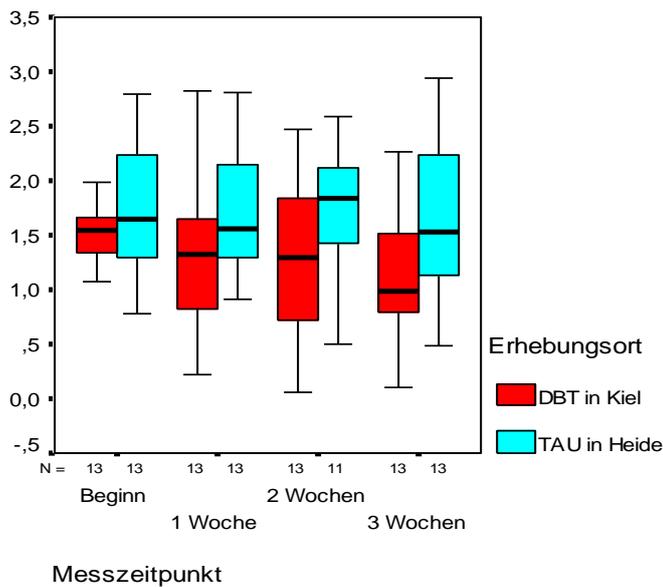
Beim SCL-90-R lassen sich drei zusammenfassende Testwerte bilden: der Global severity index (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) die Intensität der Antworten und der Positive Symptom Total (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt unabhängig von der Intensität (siehe Franke, 1995, S.19). Dabei kann der GSI als „bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung gelten“ (Franke, ebd.). Er wird daher zur Hypothesenprüfung eingesetzt, während die Signifikanztests der anderen Werte lediglich deskriptiv die Unterschiede besser veranschaulichen sollen und daher in der Tabelle mit dargestellt werden. In der DBT-Gruppe in Kiel wird der GSI hoch signifikant ($Z=-2,727$, $p=0,0115^{**}$), der PSDI hoch signifikant ($Z=-2,726$, $p=0,003^{**}$) und der Gesamtwert signifikant reduziert ($Z=-1,728$, $p=0,042^*$). Im Gegensatz dazu zeigt sich in der TAU-Gruppe in Heide keine signifikante Reduktion des GSI ($Z=-0,769$, $p=0,221$), des PSDI ($Z=-1,153$, $p=0,1245$) und des Gesamtwertes ($Z=-0,550$, $p=0,2915$).

Tabelle 17: Die drei Gesamtwerte des SCL-90-R Global Severity Index, Positive Symptom Distress Index, Positive Symptom Total

Treatment	Skala	t ₀ Beginn	t ₁ 1 Woche	t ₂ 2 Wochen	t ₃ 3 Wochen	t ₀ vs. t ₄
DBT Kiel	Global Severity Index	M=1,54 S=0,51	M=1,32 S=0,69	M=1,29 S=0,73	M=1,19 S=0,63	Z=-2,272 p=0,0115**
TAU Heide		M=1,62 S=0,77	M=1,71 S=0,63	M=1,79 S=0,76	M=1,62 S=0,77	Z=-0,769 p=0,221
DBT Kiel	Positive Symptom-Distress Index	M=2,26 S=0,36	M=1,93 S=0,61	M=2,01 S=0,54	M=1,86 S=0,42	Z=-2,726 p=0,003**
TAU Heide		M=2,27 S=0,55	M=2,39 S=0,54	M=2,39 S=0,50	M=2,27 S=0,55	Z=-1,153 p=0,1245
DBT Kiel	Positive Symptom Total	M=61,08 S=15,41	M=57,38 S=17,80	M=54,31 S=21,35	M=54,54 S=19,69	Z=-1,728 p=0,042*
TAU Heide		M=61,23 S=18,60	M=63,62 S=13,89	M=65,09 S=17,97	M=61,23 S=18,60	Z=-0,550 p=0,2915

Zur graphischen Veranschaulichung werden die Ergebnisse des Global Severity Index der SCL-90-R in der folgenden Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Global Severity Index der SCL-90-R im Verlauf der Behandlung



8.3.7 Suizidalität und Parasuizidalität

Das Interview LPC zur Suizidalität und Selbstverletzungen wurde in Kiel vollständig, in Heide dagegen nur unvollständig durchgeführt. In Heide fehlen die Daten bei zwei Patienten völlig, bei den anderen wurden nur die Methoden der Selbstverletzungen erhoben, während die Angaben zur Häufigkeit der selbstverletzenden Handlungen fehlen. Im Folgenden werden die vorhandenen Daten ausgewertet. Zur Autoaggression liegen außerdem der Untertest des BSL sowie die Fremdeinschätzung der Therapeutinnen vor, welche abschließend herangezogen werden. Zur Suizidalität liegen die Fremdeinschätzungen der Therapeuten vor.

95,8% (N=23) der interviewten Patientinnen geben an, dass sie sich mindestens einmal selbst verletzt haben. Das Alter der Erstmanifestation variiert von 6. bis 44. Lebensjahr, wobei 55% der Patienten sich vor dem 18. Lebensjahr erstmals selbst verletzten, 95% (N=19) vor dem 31. Lebensjahr und nur eine Person erstmals im 44. Lebensjahr. Suizidversuche haben 66,7% (N=16) der befragten Personen bereits mindestens einmalig durchgeführt. Das Alter beim ersten Suizidversuch variiert vom 12. bis 47. Lebensjahr. 7 Patienten unternahmen vor dem 18. Lebensjahr ihren ersten Suizidversuch. 48,8% unternahmen mehrere Suizidversuche. Gruppenunterschiede hinsichtlich der Selbstverletzungen liegen nicht vor, da sich fast alle Patienten mindestens einmalig selbst verletzt haben. Dagegen haben 84,6% der Patienten in Kiel (N=11) bereits einen Suizidversuch hinter sich, während nur 45,5% der Patienten in Heide (N=5) bereits einen Suizidversuch durchführten. Dieser Gruppenunterschied ist signifikant ($\chi^2=4,112$, $df=1$, $p=0,043^*$).

Die meisten Personen fügen sich Selbstverletzungen durch Schneiden zu. Weitere Methoden sind die absichtliche Einnahme einer Überdosis Drogen, das absichtliche Stoßen des Kopfes gegen Gegenstände, absichtliches Verbrennen und Stechen sowie schließlich selten Stürze aus großen Höhen. Andere sonstige Selbstverletzungsmethoden sind ebenfalls sehr häufig vertreten. Hierzu zählen zumeist

Faust gegen die Wand schlagen, schmerzhaftes Zerkratzen der Fingernägel, der Haut, sich selbst schlagen oder beißen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zur Häufigkeitsverteilung der Selbstverletzungsmethoden.

Tabelle 18: Häufigkeitsangaben zur Methode der Selbstverletzungen

Selbstverletzungs-Methode (Mehrfachnennungen)	Anzahl	% der Antworten	% der Personen (N=23)
sich absichtlich schneiden	17	22,7	73,9
mit Absicht eine zu hohe Dosis an Drogen einnehmen	13	17,3	56,5
sich absichtlich Verbrennungen zufügen	9	12,0	39,1
hinabstürzen mit der Absicht, sich zu verletzen	1	1,3	4,3
sich absichtlich stechen	7	9,3	30,4
absichtlich den Kopf stoßen	11	14,7	47,8
Sonstiges	17	22,7	73,9
Gesamt	75	100,0	326,1

Eine Auswertung der Häufigkeiten der Selbstverletzungen kann nur in der Kieler Gruppe erfolgen. Diesbezüglich wurde das Interview LPC zu Beginn und nach drei Wochen durchgeführt, in dem die Probanden rückblickend zu ihrem selbstverletzenden Verhalten in den vier Wochen vor Therapiebeginn und in den drei Wochen der Therapie befragt wurden. Bei der Ergebnisbewertung ist zu berücksichtigen, dass die Schätzwerte der Probanden keine exakten Werte darstellen, sondern mit zunehmender Höhe ungenauer werden.

Tabelle 19: Selbstverletzungen in suizidaler Absicht in der DBT-Gruppe (N=13)

Häufigkeit	4 Wo vorher	3 Wo vorher	2 Wo vorher	1 Wo vorher	1. Wo DBT	2. Wo DBT	3. Wo DBT
0	13	13	12	10	13	12	13
1-10			1	3		1	

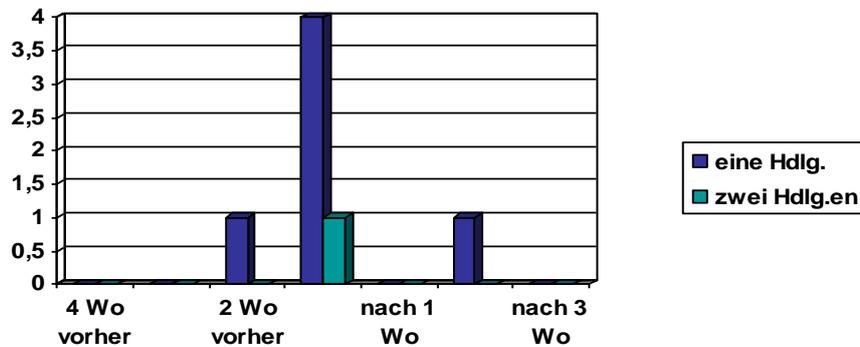
Tabelle 20: Selbstverletzungen in ambivalenter Absicht in der DBT-Gruppe (N=13)

Häufigkeit	4 Wo vorher	3 Wo vorher	2 Wo vorher	1 Wo vorher	1. Wo DBT	2. Wo DBT	3. Wo DBT
0		13	13	11	13	13	13
1-10				2			

Die Tabellen und die Abbildung zeigen, dass Selbstverletzungen mit eindeutiger und mit ambivalenter suizidaler Absicht eine Woche vor stationärer Aufnahme bei 5 Personen vorlagen, eine weitere Person verletzte sich in suizidaler Absicht bereits 2 Wochen vor dem Klinikaufenthalt. Im Verlauf der stationären Therapie, die auf einer geschlossenen Station stattfindet, kam eine suizidale Handlung nur einmalig vor. Insgesamt sinkt die Anzahl suizidaler Selbstverletzungen in den drei Wochen der DBT-Behandlung in Kiel, aber diese Ergebnisse sind durch den geschlossenen Rahmen erklärbar (z.B. Taschenkontrolle). Die Angaben aus der elektronischen Krankenakte bestätigen diesen Eindruck; so kam es in Kiel zu keinen Entweichungen der Studienteilnehmer, Fixierungen waren nur einmalig nötig,

Suizidversuche kamen in der Kieler Studienteilnahmegruppe nicht vor, fremdaggressive Handlungen und eine vorübergehende rechtliche Unterbringung per PsychKG war einmalig nötig.

Abbildung 10: Selbstverletzungen in suizidaler und in ambivalenter Absicht in Kiel (DBT)



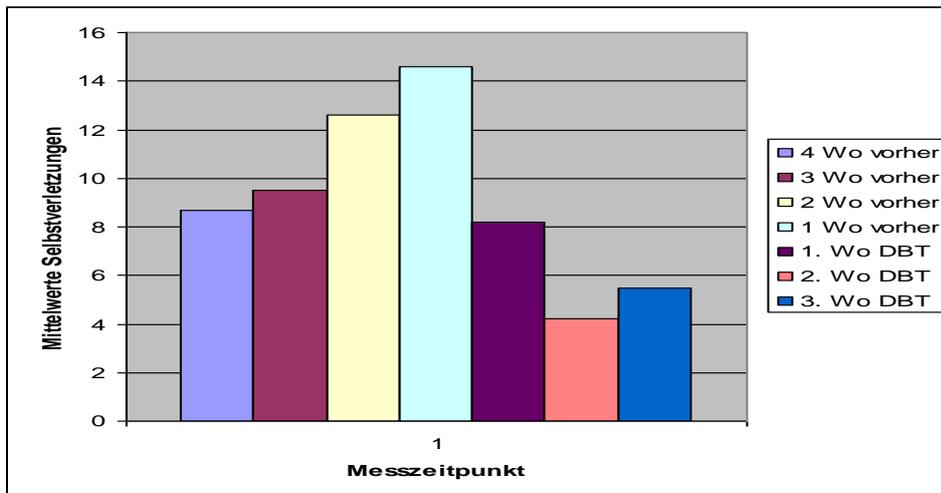
Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass Selbstverletzungen in nicht-suizidaler Absicht wesentlich häufiger sind als suizidale Handlungen. Beobachtbar ist eine Abnahme der Selbstverletzungen während der stationären Krisenintervention in Kiel. Indirekte Hinweise im Gruppenvergleich lieferte bereits die Unterskala Autoaggression im BSL, welche in Kiel eine signifikante Reduktion ergab, während die Werte in der Gruppe in Heide konstant blieben (Kapitel 8.3.1). Die Einschätzungen der behandelnden Therapeuten zu Beginn und nach drei Wochen Behandlung bestätigen die Ergebnisse.

Tabelle 21: Selbstverletzungen in nicht-suizidaler Absicht in Kiel (DBT, N=13)

Häufigkeit	4 Wo vorher	3 Wo vorher	2 Wo vorher	1 Wo vorher	1. Wo DBT	2. Wo DBT	3. Wo DBT
0	6	6	8	3	7	8	6
1-10	5	5	2	7	4	3	4
11-20				1			3
21-30	1	1	1			2	
31-40					1		
41-50							
51-60			1		1		
61-70	1	1					
71-80			1	1			
Mehr als 80				1			
Mittelwert	8,7	9,5	12,6	14,6	8,2	4,2	5,5
Standardabweichung	19,9	19,9	24,0	28,9	17,4	6,8	10,9

Die folgende Abbildung 11 veranschaulicht die Reduktion der Selbstverletzungen anhand der Mittelwerte, wobei eine starke Streuung und Schätzwerte der Probanden vorliegen.

Abbildung 11: Mittelwerte der Selbstverletzungen in nicht-suizidaler Absicht im Verlauf (DBT Kiel)



8.3.8 Fremdeinschätzungen durch die behandelnden Therapeuten

Mittels zweier Fragebögen wurden zu Beginn und nach drei Wochen Angaben der Therapeuten zu den Patienten erhoben. In Kiel liegen beide Fragebögen bei 11 von 13 Patienten, in Heide für alle Patienten zu beiden Zeitpunkten vor. Im Folgenden werden einzelne Aspekte zum Therapieerfolg ausgewertet.

8.3.8.1 Globales Allgemeines Funktionsniveau (GAF)

Die Therapeuten sollten zu Beginn und nach drei Wochen das Globale Allgemeine Funktionsniveau der Patienten einschätzen, zumal es sich hierbei in Kiel um eine häufig verwendete Einschätzung handelt. Leider liegen in Kiel nur zu acht, in Heide nur bei sechs Patienten Beurteilungen zu beiden Messzeitpunkten vor. Die Therapeuten scheuten sich offenbar, diesbezüglich eine Einschätzung zu treffen. Aufgrund der geringen Stichprobe werden die Mittelwerte und Standardabweichungen in der folgenden Tabelle lediglich deskriptiv angegeben. Erneut ist in Kiel ein besseres Funktionsniveau nach drei Wochen beobachtbar, während in Heide eher ein gleich bleibendes Funktionsniveau eingeschätzt wird.

Tabelle 22: GAF-Werte im Verlauf der Therapie

Treatment	zu Beginn	nach 3 Wochen
DBT Kiel (N=8)	M=3,75 S=1,6	M=5,4 S=0,9
TAU Heide (N=6)	M=4,5 S=2,5	M=5 S=2,3

8.3.8.2 Veränderungen aus Sicht der Therapeuten

Die Psychotherapeuten sahen verschiedene Veränderungen ihrer Patienten, welche deskriptiv in der folgenden Tabelle dargestellt werden. Neben den per Fragebogen vorgegebenen Kategorien sahen die Therapeuten steigende sportliche Aktivitäten, Alkoholabstinenz, bessere Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung in der Partnerschaft statt impulsiver Trennung, besserer Umgang mit Grenzen und Leistungsorientierung als wichtige Veränderungen an.

Tabelle 23: Veränderungen aus Sicht der Therapeuten

Veränderung	Kiel (N=11)	Heide (N=13)	Gesamt
Reduktion der Suizidalität	7	4	11
Reduktion von selbstverletzendem Verhalten	6	7	13
Reduktion von dissoziativen Zuständen	4	2	6
Reduktion von psychotischen Zuständen			
Reduktion der Depressivität	6	5	11
Reduktion des Angstniveaus	4	3	7
Aufbau einer Psychotherapiemotivation	6	6	12
Einsicht in Krisenauslöser	6	4	10
Sonstiges	3	2	5

Neben diesen Aspekten verbesserte sich graduell die professionelle Unterstützung im Verlauf der drei Wochen, wobei zumeist professionelle Hilfen vorhanden sind.

Tabelle 24: Ambulante Hilfen zu Beginn und nach drei Wochen

Ambulante Hilfen	zu Beginn	nach 3 Wochen
Psychotherapie	N=9	N=11
Nervenarzt/-in	N=8	N=10
Rechtliche Betreuung	N=2	N=2
Voll-/teilstationäre Wohnbetreuung	N=1	N=1
Beratungsstelle / Treffpunkt	N=2	N=2
Selbsthilfegruppe	N=1	N=4
Sonstiges	N=1	N=2
Keine Angaben	N=9	N=8

8.4 Zusammenfassung: Überprüfung der Hypothesen unter Berücksichtigung der Problematik des multiplen Testens

Es wurden drei Hypothesen zur Wirksamkeit der DBT-orientierten Krisenintervention, zur Wirksamkeit der herkömmlichen Behandlung und zum Vergleich beider Therapieformen formuliert, welche zusammenfassend beantwortet werden sollen.

1. Wirksamkeit der DBT-orientierten Krisenintervention

Die H_1 wird angenommen und die H_0 verworfen: Die DBT-orientierte Krisenintervention führt in einer Behandlungszeit von drei Wochen zu einer signifikanten Verringerung des Ausprägungsgrades bei fünf der sechs abhängigen Variablen. Dazu wurde die Veränderung vom Behandlungsbeginn (t_0) bis nach drei Wochen (t_3) mittels Wilcoxon-Tests einseitigem Signifikanztest überprüft. Veränderungen

wurden gefunden beim BSL-Gesamtwert mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,032^*$, beim FDS-Gesamtwert mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,0025^{**}$, beim BDI-Gesamtwert mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,025^*$, beim SCL-90-R-Gesamtwert GSI mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,0115^{**}$ und beim Psychotizismus-Wert der SCL-90-R mit $\alpha=0,0165^*$. Lediglich der STAI-Gesamtwert veränderte sich nicht signifikant ($\alpha=0,01935$).

Multiples Testen von abhängigen Variablen, welche den Behandlungserfolg als operationale Indikatoren messen sollen, führt jedoch zur Erhöhung der α -Fehlerwahrscheinlichkeit, das heißt, je häufiger ein Vergleich statistisch mit verschiedenen Variablen getestet wird, desto höher ist das nominelle α -Fehler-Niveau (Bortz, 2005, S. 129f.). „Die Überprüfung der Nullhypothese über multiple Signifikanztests hat also eine größere Chance (Teststärke), die H_0 zu verwerfen als ein einzelner Signifikanztest.“ (Bortz, ebd.). Eine Möglichkeit mit dieser Problematik des multiplen Testens umzugehen, besteht in der sogenannten Bonferoni-Korrektur. Demnach wird das Signifikanzniveau des multiplen Testpaket aus m Einzeltests korrigiert nach $\alpha' = \alpha/m$. Mindestens ein Einzeltest muss auf dem α' -Niveau signifikant werden, um die H_0 verwerfen zu können. In unserem Fall ergibt die Berechnung $\alpha' = 0,05/6 = 0,00833$. Da der FDS-Gesamtwert mit $\alpha=0,0025$ signifikant wird, kann die H_1 auch nach der konservativ ausfallenden Bonferoni-Korrektur beibehalten werden.

2. Wirksamkeit der herkömmlichen Behandlung

Die H_0 wird beibehalten: die herkömmliche Krisenintervention in Heide führt nach einer Behandlungszeit von drei Wochen zu keiner signifikanten Verringerung des Ausprägungsgrades der abhängigen Variablen BSL-Gesamtwert, FDS-Gesamtwert, BDI-Gesamtwert, STAI-Gesamtwert, SCL-90-R-Gesamtwert (GSI) und Psychotizismus-Wert. Die Einzelvergleiche wurden mittels Wilcoxon-Tests einseitig gerichtet mit einem Signifikanzniveau von 0,05% durchgeführt.

Eine Wirksamkeit der Behandlung auf die Suizidalität und Parasuizidalität konnte nicht mittels LPC-Interview nachgewiesen werden, da diese Befragung in der Vergleichsklinik Heide nicht vollständig ausgeführt wurde. Die Therapeuten schätzen die Suizidalität und Selbstverletzung bei Entlassung als reduziert ein. Leider ist diese Ein-Item-Rating-Frage aus methodischen Gründen nicht sehr aussagekräftig, aber ein Hinweis darauf, dass in beiden Studienorten auf die Suizidalität und Selbstverletzungen positiv Einfluss genommen wird.

3. Vergleich der Therapieansätze DBT-orientierte Krisenintervention vs. herkömmliche Behandlung

Die H_1 wird mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% als bestätigt angesehen: In der DBT-Gruppe in Kiel sind häufigere, signifikante Effekte auf die abhängigen Variablen (BSL-Gesamtwert, FDS-Gesamtwert, BDI-Gesamtwert, SCL-90-R-Gesamtwert und Psychotizismus-Wert der SCL-90-R) im Vergleich zur TAU-Gruppe in Heide festzustellen. Die H_0 , dass in beiden Gruppen ähnlich ausgeprägte Effekte auf die abhängigen Variablen zu beobachten sind, wird zurückgewiesen. Die Gruppe Treatment-as-usual verhält sich ähnlich wie in den bisherigen Evaluationsstudien zur ambulanten und sta-

tionären DBT wie eine Art Wartegruppe in Bezug auf die abhängigen Variablen, welche den Behandlungserfolg operationalisieren sollen. Eine Wirksamkeit der herkömmlichen Behandlung auf die Absprachefähigkeit der chronisch suizidalen und parasuizidalen Borderline-Patienten ist in beiden Gruppen zu vermuten, in der Kieler DBT-Gruppe konnte sie mittels LPC-Interview nachgewiesen werden.

8.5 Kontrollierte Variablen: Psychotherapiemotivation, Psychopharmaka

Der Einfluss von **Psychopharmaka** kann die Wirkung der Therapiebedingungen überlagern. Daher war es wichtig, die Psychopharmakotherapie in Kiel konstant zu halten, während die Patienten in Heide nach herkömmlichen Methoden psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt wurden. 9 Patienten (5 aus Kiel, 4 aus Heide) erhielten Psychopharmaka. Dabei handelte es sich um Neuroleptika (N=3), Antidepressiva (N=6), Benzodiazepine (N=1), Sonstiges (N=3) wie z.B. Polamidon, Carbamazepin, Paroxetin. Es bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen Kiel und Heide, da in beiden Gruppen vergleichbar viele Patienten Medikamente erhielten. Die Einnahme der anfangs angeordneten Medikation wurde tatsächlich konstant gehalten. Ausnahmen wurden nur bei 2 Patienten hinsichtlich der Bedarfsmedikation nötig (Wegen Unverträglichkeit Truxal statt Atosil, angeordneter Bedarf nicht benötigt). In Kiel wurde eine Patientin, bei der die Diagnose der Schizophrenie aufgrund akuter psychoseähnlicher Zustände diskutiert wurde, aus der Untersuchung ausgeschlossen, da eine zusätzliche Einnahme von Neuroleptika nötig wurde.

Die **Psychotherapiemotivation** wurde mit dem FMP erfasst. In beiden Gruppen zeigen sich keine signifikanten Veränderungen nach drei Wochen stationärer Therapie. Nur in der DBT-Gruppe steigen die Werte im Untertest Behandlungserwartungen signifikant an. Die Psychotherapiemotivation war als Kovariate miterhoben worden, da vermutet wird, dass sie den Therapieerfolg moderiert. Sie wird daher im Vergleich Studienteilnehmer und Studienabbrecher ausgewertet (siehe Kapitel 8.6).

Tabelle 25: Psychotherapiemotivation (FMP)

Treatment	FMP-Skala	zu Beginn	nach 3 Wochen	p (einseitige Signifikanz)
DBT Kiel	Krankheitserleben	36,38	36,15	n.s.
	Laienätiologie	30,85	31,46	n.s.
	Behandlungserwartungen	31,23	33,77	0,036
	Psychotherapiemotivation	78,15	78,92	n.s.
	Gesamtscore	176,62	180,31	n.s.
TAU Heide	Krankheitserleben	37,67	38,58	n.s.
	Laienätiologie	31,08	31,25	n.s.
	Behandlungserwartungen	31,5	32,33	n.s.
	Psychotherapiemotivation	72,67	74,42	n.s.
	Gesamtscore	172,92	176,58	n.s.

8.6 Stabilität der Ergebnisse in der Katamnese

Sechs Wochen nach Beginn der Behandlung wurde eine erneute Datenerhebung an 15 Probanden durchgeführt. In Kiel fanden sich 13 Personen zu einer Nachbefragung bereit, während es in Heide nur zwei Personen waren. Es soll gruppenübergreifend ausgewertet werden, inwieweit die Ergebnisse nach weiteren drei Wochen stabil bestehen bleiben. Daher wurde die Stärke des monotonen Zusammenhangs zwischen den Messungen nach drei und sechs Wochen durch die Bestimmung der Korrelationskoeffizienten nach Spearman (r_s , Spearman's rho) überprüft.

In der Ergebnistabelle werden zunächst Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Testwerte ausgewiesen, da es sich um eine Teilstichprobe mit 15 Personen handelt. Die Korrelationskoeffizienten zeigen mittlere Zusammenhänge zwischen den Messungen nach drei und sechs Wochen für die Gesamtwerte der Tests FDS und BSL. Starke Zusammenhänge bestehen für die Messungen des STAI-S, den BDI und die Gesamtwerte der SCL-90-R. Die H_1 Hypothese, dass ein monotoner Zusammenhang zwischen den Rangplätzen der Messungen nach drei und nach sechs Wochen besteht, wird hochsignifikant für alle Testwerte auf dem 1% Niveau bestätigt. Ein Gruppenvergleich zwischen Kiel und Heide kann hier nicht durchgeführt werden, da nur zwei der dreizehn Heider Patienten zu einer Katamnese bereit waren. Dieses Phänomen könnte auf eine geringere Bindung der Patienten an die Therapieeinrichtung hinweisen. Einflussfaktoren auf die Stabilität der Ergebnisse können aufgrund der fehlenden Daten aus Heide und der dadurch kleineren Gruppe nicht ausgewertet werden.

Tabelle 26: Kennwerte und Korrelationskoeffizienten zwischen den Messungen nach drei und sechs Wochen (N=15)

Test	Nach 3 Wochen	Nach 6 Wochen	Spearman's rho	p (einseitige Signifikanz)
FDS	M=12,32 S=2,98	M=11,45 S=2,48	0,619	0,007**
STAI-S	M=55,6 S=3,55	M=55,47 S=3,51	0,862	0,000**
BDI	M=23 S=3,4	M=21,8 S=2,57	0,717	0,001**
SCL-90-R PSD	M=1,98 S=0,13	M=2,02 S=0,16	0,754	0,001**
SCL-90R GSI	M=1,35 S=0,19	M=1,43 S=0,19	0,721	0,001**
SCL-90-R Total	M=57,73 S=5,2	M=59,53 S=4,19	0,721	0,000**
BSL Gesamt	M=1,5 S=0,17	M=1,65 S=0,16	0,578	0,012**

8.7 Vergleich der früh entlassenen Patienten („Dropouts“) mit den „Studienteilnehmern“

In Kiel wurden bei elf Personen und in Heide bei drei Teilnehmern vollständige Anfangsmessung bei Entlassung vor Ablauf der drei Wochen erhoben, so dass diese Patienten von der Evaluation ausgeschlossen werden mussten. Hinsichtlich dieser Dropouts wurde folgende Fragestellung ausgewertet: Inwieweit gibt es systematische Unterschiede hinsichtlich der sozioökonomischen Variablen, der Psychotherapiemotivation und den Anfangstestwerten der abhängigen Variablen zwischen den dropouts und Studienteilnehmern? Da zu dieser Fragestellung keine Hypothesen vorliegen, werden zweiseitige Signifikanztests durchgeführt. Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse für die Anfangsmessungen der abhängigen Variablen und der Psychotherapiemotivation. Bei Vorliegen der Normalverteilung (Shapiro-Wilk-Test wg. $N < 50$ nach Bortz & Lienert, 2002) in beiden Patientengruppen wurden t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt, bei Nicht-Normalverteilung wurde ein nonparametrisches Verfahren gewählt. Die Ergebnisse zeigen, dass keinerlei Unterschiede hinsichtlich der abhängigen Variablen bestehen. Allerdings sind die Patienten, die sich vor Ablauf der drei Wochen entlassen ließen, bereits von Beginn an deutlich weniger messbar motiviert für eine Psychotherapie als die Teilnehmer, die drei Wochen in der Intervention bleiben. Dieses Ergebnis wird beim Untertest Behandlungserwartungen hoch signifikant und für den Gesamtwert des FMP signifikant. Es gibt keine Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen Variablen (z.B. Geschlecht, Alter, Familienstand). Patienten, die weniger als drei Wochen in Behandlung bleiben, sind also bereits zu Beginn geringer motiviert, so dass ein DBT-Konzept auf die Therapiemotivationserhöhung abzielen könnte und diesbezüglich modifiziert werden kann. Die Tabellen fassen die entsprechenden Kennwerte zusammen.

Tabelle 27: Mittelwertvergleiche mittels t-Tests Drop outs vs. Studienteilnehmer

Testverfahren	Drop out N=14	Studie N=26	Shapiro- Wilk-Test	t	df	P (zweisei- tig)
FDS-Gesamtwert	M=17,8 S=11,4	M=17,8 S=11,0	$P_{\text{dropout}}=0,541$ $P_{\text{studie}}=0,422$	-0,009	38	0,993
STAI-S	M=60,86 S=9,36	M=58,77 S=10,61	$P_{\text{dropout}}=0,459$ $P_{\text{studie}}=0,494$	0,617	38	0,541
SCL-90-R Zwanghaftigkeit	M=1,73 S=0,88	M=1,75 S=0,67	$P_{\text{dropout}}=0,812$ $P_{\text{studie}}=0,878$	-0,68	38	0,946
SCL-90-R Unsi- cherheit im Sozi- alkontakt	M=1,76 S=0,85	M=1,87 S=0,83	$P_{\text{dropout}}=0,403$ $P_{\text{studie}}=0,338$	-0,407	38	0,686
SCL-90-R Dep- ressivität	M=2,26 S=0,82	M=2,09 S=0,73	$P_{\text{dropout}}=0,668$ $P_{\text{studie}}=0,44$	0,683	38	0,498
SCL-90-R PSDI	M=2,33 S=0,62	M=2,35 0,48S=	$P_{\text{dropout}}=0,521$ $P_{\text{studie}}=0,479$	-0,106	38	0,916

Tabelle 28: Mittelwertvergleiche mittels Mann-Whitney-Test Drop outs vs. Studienteilnehmer

Testverfahren	Drop out Mittlerer Rang N=14	Studie Mittlerer Rang N=26	Shapiro-Wilk- Test auf Normal- verteiltheit	Mann- Whitney- U	Signifikanzniveau P (zweiseitig)
BDI	20,75	20,3	$P_{\text{dropout}}=0,009$ $P_{\text{studie}}=0,648$	178	0,921
SCL-90-R Somatisierung	2,79	19,27	$P_{\text{dropout}}=0,442$ $P_{\text{studie}}=0,049$	150	0,364
SCL-90-R Ängstlichkeit	16,86	22,46	$P_{\text{dropout}}=0,01$ $P_{\text{studie}}=0,694$	131	0,147
SCL-90-R Aggressivität / Feindseligkeit	21,36	20,04	$P_{\text{dropout}}=0,679$ $P_{\text{studie}}=0,009$	170	0,733
SCL-90-R Phobische Angst	21,36	20,04	$P_{\text{dropout}}=0,08$ $P_{\text{studie}}=0,002$	170	0,733
SCL-90-R Paranoides Denken	20,5	20,5	$P_{\text{dropout}}=0,088$ $P_{\text{studie}}=0,675$	182	1,0
SCL-90-R Psychotizismus	21,18	20,13	$P_{\text{dropout}}=0,197$ $P_{\text{studie}}=0,122$	172,5	0,787
SCL-90-R GSI	20	20,77	$P_{\text{dropout}}=0,288$ $P_{\text{studie}}=0,198$	175	0,843
SCL-90-R PST	20,04	20,75	$P_{\text{dropout}}=0,164$ $P_{\text{studie}}=0,4$	175,5	0,854
BSL Selbstwahrnehmung	22,11	19,63	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,043$	159,5	0,523
BSL Affektregulation	20,93	20,27	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,59$	176	0,865
BSL Autoaggression	24,14	18,54	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,119$	131	0,147
BSL Dysphorie	21,25	20,1	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,00$	171,5	0,765
BSL soziale Isolation	23,93	18,65	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,088$	134	0,173
BSL Intrusion	21,25	20,1	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,34$	171,5	0,765
BSL Feindseligkeit	23,39	18,94	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,278$	141,5	0,250
BSL Gesamtfaktor	23,39	18,94	$P_{\text{dropout}}=0,00$ $P_{\text{studie}}=0,568$	141,5	0,251
Alter	18	21	$P_{\text{dropout}}=0,343$ $P_{\text{studie}}=0,019$	147	0,32
FMP Krankheitserleben	21,14	20,15	$P_{\text{dropout}}=0,934$ $P_{\text{studie}}=0,0$	173	0,798
FMP Laienätiologie	17,04	22,37	$P_{\text{dropout}}=0,695$ $P_{\text{studie}}=0,0$	133,5	0,167
FMP Behandlungserwartungen	14,32	23,83	$P_{\text{dropout}}=0,315$ $P_{\text{studie}}=0,0$	95,5	0,014**
FMP Psychotherapiemotivation	17,14	22,31	$P_{\text{dropout}}=0,597$ $P_{\text{studie}}=0,0$	135	0,182
FMP Gesamtwert	15,32	23,29	$P_{\text{dropout}}=0,084$ $P_{\text{studie}}=0,0$	109,5	0,04*

9. Beantwortung der Fragestellungen und Diskussion

9.1 Die Beantwortung der Fragestellungen

Es werden zuerst die deskriptiven Daten vorgestellt, anschließend werden die Ergebnisse zu den hypothesenprüfenden Fragestellungen zusammengefasst.

9.1.1 Beschreibung der akut stationär aufgenommenen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Folgende deskriptive Fragestellungen wurden formuliert:

- Welche Personen werden im Untersuchungszeitraum akut stationär aufgenommen (z.B. Anzahl, Dauer des Aufenthaltes, Freiwilligkeit, Geschlecht, Häufigkeit der Vorbehandlungen)?
- Welche Krisensituationen sind Auslöser für die stationäre Aufnahme?
- Welche Symptome und Komorbiditäten bestehen?
- Welche soziodemographischen Variablen liegen vor?
- Welche anamnestischen Daten zur Herkunftsfamilie, zur bisherigen professionellen und sozialen Unterstützung und zur Entwicklung der Symptomatik beschreiben die Stichprobe?

In Kiel wurden durchschnittlich 15,1 Aufnahmen pro Monat von Patienten mit Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstörung verzeichnet. Damit war die Frequentierung deutlich stärker als in Heide, wo 10,5 Akutaufnahmen pro Monat vorlagen. Entsprechend dauerte es in Kiel 7 Monate, um 13 Patienten für die vollständigen Testungen zu gewinnen, während die Studie in Heide etwa 12 Monate durchgeführt wurde, um ähnlich viele Probanden zu finden. Hinzu kommen in Kiel Patienten, die auf der offenen DBT-Station gezielt nach Voranmeldung in einem dreimonatigen Therapieprogramm behandelt werden. Damit wird die Kieler Psychiatrie deutlich häufiger von Patienten mit emotionaler Instabilität frequentiert als die Klinik in Heide.

Die Ergebnisse zu den soziodemographischen Variablen entsprechen zumeist den Angaben in anderen Studien. 83 Personen erhielten eine eindeutige Borderline-Diagnose, wobei Frauen mit 74,8% deutlich stärker vertreten waren als Männer, was etwa den bisherigen Prävalenzdaten entspricht (Höschel und Bohus, 2005). Das Alter lag durchschnittlich bei 30,9 Lebensjahren, wobei die Patienten in Kiel tendenziell etwas jünger waren als in Heide. Die Dauer der Behandlungen variierte stark: etwa ein Fünftel blieben nur ein bis zwei Tage, ein Drittel drei bis zehn Tage, ein Viertel bis zu 30 Tagen, und die restlichen Patienten waren Langzeitpatienten. Das Ausmaß der Hospitalisierung im Vorfeld, d.h. die stationären Vorerfahrungen, war auffallend groß: lediglich ein Fünftel (19,92%) der Patienten waren das erste Mal in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik. Dieses entspricht den bisherigen Befunden zur Inanspruchnahme der psychosozialen Versorgungssysteme in der BRD (Jerschke et al., 1998).

In die Studie konnten letztlich nur 28 Teilnehmer von 83 Borderline-Patienten, d.h. ein Anteil von 33,7%, eingeschlossen werden, da nur bei diesen Personen eine eindeutige Diagnose und vollständige

Messungen der abhängigen Variablen innerhalb der ersten drei Wochen stationärer Behandlung vorliegen und keine Ausschlusskriterien gegen eine Teilnahme sprachen. Von diesen 28 Personen mussten weitere 2 Personen aus der Klinik in Heide aufgrund mangelnder Datenqualität ausgeschlossen werden, so dass in jeder Gruppe die Ergebnisse von 13 Patienten ausgewertet werden konnten. Ausschlussgründe waren mehr als drei Voraufenthalte in den Studienkliniken (Drehtürpatienten) gefolgt von Patienten, welche weniger als drei Wochen in der stationären Behandlung blieben. Darunter fallen auch Patienten, die nur ein bis drei Tage zur Überbrückung von Krisen bei ansonsten stabilem, ambulantem Netz benötigen. Ferner gab es Patienten, die aufgrund vorab definierter Kriterien zur Stichprobenselektion ausgeschlossen wurden. Unter Kapitel 9.2 wird die Heterogenität der akut aufgenommenen Patienten diskutiert und besprochen, inwieweit das vorgestellte Konzept modifiziert werden müsste, um den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Ferner wird erörtert, inwieweit Ergebnisse der Studienstichprobe auf die Grundgesamtheit aller akut aufgenommenen Patienten übertragbar sind.

Soziodemographische Daten wurden ausführlich erläutert. Wichtig ist, dass zwischen Kiel und Heide keine bedeutsamen Gruppenunterschiede bestanden mit der Ausnahme, dass die Heider Patienten häufiger verheiratet bzw. geschieden waren. Zwei Drittel der Patienten lebten selbständig in eigener Wohnung, der sozioökonomische Status war in beiden Gruppen relativ gering gemessen am Ausbildungsstand und der aktuellen Berufstätigkeit.

Die Ausprägung der Borderlinestörung lag durchschnittlich im mittleren Bereich (SKID-II, BSL). Bis zu fünf weitere komorbide Persönlichkeitsstörungen wurden bei 65% der Patienten festgestellt. Zusätzliche Störungen auf der Achse I waren bei vier Fünftel der Patienten akute Depressionen, gefolgt von Substanzmissbrauch bei der Hälfte und Abhängigkeit bei zwei Fünftel. Fast eben so viele litten unter einer akuten Angststörung. Alle Angaben stimmten mit den Befunden aus Studien zur Komorbidität bei emotionaler Instabilität überein (z.B. Lieb et al., 2004). Deutliche Abweichungen ergaben sich lediglich bei der posttraumatischen Belastungsstörung, deren Vorkommen unterschätzt wurde, was durch den Verzicht auf ausführliche Anamnesen bei der SKID-I-Diagnostik erklärt werden kann. Unterschiede zwischen den Therapiegruppen bezüglich Ausmaß der Borderline-Störung und komorbiden Belastung lagen nicht vor.

Die Art der stationären Aufnahme der Studienteilnehmer erfolgte bei den meisten Patienten in Zusammenhang mit professionellen Bezugspersonen, was auf die starke Hilfesuche und die Schwere der von Dritten wahrgenommenen Krisensymptomatik hinweist. Entsprechend war die Suizidalität bei Aufnahme hoch: Ein Fünftel kam mit Zustand nach Suizidversuch, ein weiteres Fünftel wurde als suizidal eingeschätzt, bei einem Viertel der Patienten bestand eine fragliche Suizidalität. Nur 30,8% der Patienten wurden als nicht suizidal wahrgenommen. Der Rechtsstatus bei Aufnahme war dennoch mit 95,8% freiwillig, nur eine Person wurde per PsychKG aufgenommen. In der Gesamtstichprobe waren Aufnahmen per PsychKG deutlich häufiger: In Kiel wurden achtzehn Personen im Untersuchungszeitraum mit rechtllichem Beschluss untergebracht, in Heide nur neun Personen. Neben der

Suizidalität liefert die Studie weitere Daten zur Krisensymptomatik. Demnach leiden die Patienten bei Akutaufnahme unter ausgeprägt dissoziativen Zuständen, pseudopsychotischem Erleben, depressiven Zuständen und einer erheblichen psychopathologischen Belastung. Weitere Angaben hierzu folgen bei der Beantwortung der hypothesenprüfenden Fragestellungen.

Die Therapeuten sahen bei mehr als vier Fünftel der Borderline-Patienten zwischenmenschliche Probleme im sozialen Umfeld als wichtigsten Auslöser für die akute Krise mit stationärer Aufnahmeindikation. Bei einem Drittel der Patienten nahmen sie Gewalterlebnisse als Auslöser war, bei einem weiteren Drittel Verlust- und Trennungserlebnisse oder äußere Belastungsfaktoren. Nur ein Drittel der Patienten hatten bei stationärer Aufnahme keine ambulanten Hilfen. Zwei Drittel waren in ambulanter Psychotherapie, in nervenärztlicher Betreuung und anderen ambulanten Hilfen wie rechtliche Betreuung, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen eingebunden. Ein Drittel der Patienten befand sich derzeit in ambulanter Therapie, wobei ca. die Hälfte der Patienten akute Schwierigkeiten (z.B. Abwesenheit der Therapeuten) angaben. Die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung und die soziale Unterstützung im Umfeld wurden von sehr vielen Borderline-Patienten zum Aufnahmezeitpunkt als gering eingeschätzt. Auch die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen war gering, insbesondere mit ihrer Arbeitssituation, finanziellen Lage und Gesundheit waren die Patienten unzufrieden. Diese Einschätzung veränderte sich nicht nach drei Wochen Kurzzeitintervention und verdeutlicht die bereits bekannte Tatsache, dass Borderline-Patienten insgesamt über eine geringe Lebensqualität (Linehan, Tutek et al., 1994a) und über eher wenig konstruktive soziale Unterstützungsmöglichkeiten verfügen (Kelly et al., 2000).

9.1.2. Hypothesenprüfende Fragestellungen zur Evaluation der Wirksamkeit des stationären, DBT-orientierten Kriseninterventionskonzeptes

Folgende Fragestellungen lagen vor:

- Führt die DBT-orientierte Krisenintervention in der Kieler Psychiatrie zu einem verbesserten Zustand der Patienten hinsichtlich verschiedener Krisensymptome im praetest-posttest-Vergleich nach drei Wochen?
- Führt die herkömmliche psychiatrische Versorgung in der Heider Psychiatrie zu einem verbesserten Zustand der Patienten hinsichtlich verschiedener Krisensymptome im praetest-posttest-Vergleich nach drei Wochen?
- Ist die DBT-orientierte Krisenintervention in der Kieler Psychiatrie wirksamer als bisherige herkömmliche Behandlungsmethoden in der Heider Psychiatrie?
- Inwieweit sind die erzielten Behandlungsergebnisse kurzfristig stabil sechs Wochen nach akuter stationärer Aufnahme?
- Kommt es im langfristigen Verlauf bei DBT-orientierter Krisenintervention im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungsmethoden zu verbesserten Behandlungserfolgen bzgl. Frequenz und Dauer der wiederholten stationären Akutbehandlungen?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden je dreizehn Patienten beiderlei Geschlechts in den psychiatrischen Kliniken in Kiel und Heide rekrutiert. Die interne und externe Validität der Ergebnisse in dieser selektierten Stichprobe wird in der Diskussion erörtert (Kapitel 9.2).

Die Ergebnisse zeigen, dass die DBT-orientierte Krisenintervention in der Kieler Psychiatrie zu einem verbesserten Zustand der Patienten nach drei Wochen Behandlung führt, so dass die H_1 auf dem 5%-Signifikanzniveau als bestätigt angesehen wird. Im Einzelnen verbessern sich der Gesamtwert der Borderline-Symptom-Liste (BSL), der Gesamtwert des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS), der Testwert zu pseudopsychotischen Zuständen gemessen durch den Untertest Psychotizismus der SCL-90-R, der Depressionswert des BDI und die Gesamtwerte der SCL-90-R. Keine signifikante Reduktion zeigt sich bei der situativen Angst (STAI-S). Die Ergebnisse halten der Bonferoni-Korrektur stand.

Dagegen kommt es in der Heider Gruppe mit herkömmlichen Behandlungsmethoden in keinem der oben genannten Tests zu signifikanten Verringerungen. Nur in den Untertests Depressivität des SCL-90-R und Dysphorie der BSL, die explorativ mit ausgewertet wurden, kam es zu einer deutlichen Reduktion. Alle anderen hypothesenprüfenden Vergleiche zeigen, dass die Werte konstant bleiben und sich unverändert wie in einer Wartegruppe verhalten. Damit wird die H_0 auf dem 95% Signifikanzniveau als bestätigt angesehen: die herkömmliche Intervention in Heide führt zu keinem deutlich verbesserten Zustand der Patienten hinsichtlich der untersuchten Indikatoren für den Behandlungserfolg, welche sich vorrangig auf die Krisensymptomatik beziehen.

Die Frage nach dem Vergleich beider Behandlungsmethoden wird wie folgt beantwortet: die Kieler DBT-orientierte Krisenintervention ist in der untersuchten Stichprobe nach drei Wochen wirksamer als die Behandlung in Heide gemessen an der Krisensymptomatik, welche durch die Messinstrumente BSL, BDI, FDS, SCL-90-R erfasst wurde.

Eine Sonderstellung nimmt die Beurteilung der Wirksamkeit der Interventionen auf die Suizidalität und Parasuizidalität der Patienten ein. In der Kieler DBT-orientierten Krisenintervention werden die Patienten auf eine geschlossene Krisenstation aufgenommen. Dort ist die Durchführung von Suizidversuchen und Selbstverletzungen durch entsprechende Sicherheits- und Kontrollmaßnahmen erheblich erschwert (z.B. Taschenkontrolle, Abgabe von bestimmten Gegenständen). Die Interviews mit den Patienten mittels LPC zeigen in Kiel eine Reduktion der Suizidalität und Selbstverletzungen, wobei die rückblickenden Angaben drei Wochen vor der Akutaufnahme mit den Werten während der dreiwöchigen, stationärer Behandlung verglichen wurden. Die Therapeuten schätzen ebenfalls eine Reduktion von Suizidalität und Selbstverletzungen ein. Die Aussagekraft dieser Ergebnisse ist jedoch durch den Behandlungsrahmen, die retrospektiven Einschätzungen der Patienten und die messungehauenen Schätzungen der Therapeuten eingeschränkt. Um stark automatisiertes dysfunktionales Verhalten wie Selbstverletzungen nachhaltig abzubauen, ist sicherlich eine längerfristige Therapie nötig. In der Psychiatrie in Heide kommen die Therapeuten auf ihren offen geführten Stationen rückblickend ebenfalls zum Ergebnis, dass die Suizidalität und Parasuizidalität gesunken sei. Allerdings liegen kei-

ne Angaben der Patienten (LPC, exakte Messungen / Einschätzungen) vor, so dass kein Gruppenvergleich durchgeführt werden konnte.

Die Stabilität der Behandlungsergebnisse wurde vor allem in Kiel in einer Katamnese nach weiteren drei Wochen überprüft, während nur zwei Patienten in Heide zu erneuten Befragungen motivierbar waren. Die Behandlungserfolge der Patienten können als kurzfristig stabil beurteilt werden. Aufgrund der starken Hospitalisierungstendenz der Borderline-Patienten interessiert langfristig, ob ein DBT-orientiertes Kriseninterventionskonzept zu einer Senkung der Aufnahmehäufigkeit und -dauer führt. Folgende Statistik (siehe Tabelle 29) gibt hierzu eine erste Auskunft: In den Jahren 2004 bis 2007 ist die Anzahl der emotional-instabilen Patienten kontinuierlich gesunken. Die Frequentierung, also Aufnahmehäufigkeit, ist zwar ungefähr gleich geblieben, aber die Mittelwerte der Aufnahmedauer in Tagen pro Jahr sind deutlich reduziert, wobei einzelne Langzeitpatienten die Werte ungünstig beeinflussen. Damit gibt es erste, vorsichtig zu interpretierende Hinweise für eine langfristig günstige Auswirkung des DBT-Konzeptes auf die Hospitalisierungstendenz insgesamt, wobei dieses natürlich personenbezogen in Langzeitstudien überprüft werden müßte. Außerdem ist die Diagnostik in dieser Statistik weniger reliabel, da aufgrund von Zeitmangel eventuell manche Borderline-Patienten im klinischen Alltag nicht per SKD-II-Interview diagnostiziert wurden.

Tabelle 29: Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsdiagnose auf der Akutstation (ICD-10: F60.31, F60.30)

Jahrgang	Anzahl Personen	Anzahl Aufnahmefälle	Mittelwert in Tagen (F60.31)	Standardabweichung in Tagen (F60.31)	Min.	Max
2004	67	124	21,64	29,65	1	217
2005	61	134	25,21	36,41	1	193
2006	53	106	23	36,35	1	232
2007	46	127	16,41	21,15	1	136

9.2 Diskussion

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist inzwischen weit verbreitet und vielfach evaluiert (Blennerhasset & O'Raghallaigh, 2005; Koerner & Linehan, 2000; Robins & Chapman, 2004). Sie wurde bereits modifiziert und an verschiedenen Zielgruppen erprobt (Kap. 4.3). Dabei wurde nachgewiesen, dass Borderline-Patienten von dieser neuen, integrativen, störungsspezifischen Therapie nachhaltig profitieren. Sie sind zumeist weniger suizidal, verletzen und schädigen sich seltener, verbleiben motivierter in der Psychotherapie und lernen Stress zu tolerieren, ihre Gefühle zu regulieren und sich in sozialen Konflikten angemessener zu verhalten, so dass eine Stabilisierung der Patienten erreicht werden kann. Damit hat sich die psychotherapeutische Versorgungslage für diese Patientengruppe im letzten Jahrzehnt wesentlich verbessert. Dennoch gibt es viele

Gründe dafür, dass eine Krisenintervention in psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern unerlässlich bleibt.

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden die Betroffenen im Wesentlichen unter einer emotionale Dysregulation unter Stressoren (Bohus & Haaf, 2001), welche auch bei gutem Verlauf und Remission durch erneute äußere Stressoren und belastende Lebensereignisse wieder auftreten kann (Rothhäusler & Kapfhammer, 1999). In Krisenzuständen spitzt sich die Symptomatik dramatisch zu in Form von Suizidalität, Selbstverletzungen, extremen Selbstschädigungen (z.B. Substanzmissbrauch), depressiven Zuständen und Intrusionen (z.B. Dissoziationen, pseudopsychotisches Erleben), so dass eine stationäre Behandlung, zum Teil unfreiwillig als Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung, erforderlich wird. Ferner gibt es eine Gruppe von Patienten, die am Erkrankungsbeginn stehen, bisher keine ausreichende Aufklärung über ihre Diagnose und deren Behandlungsmöglichkeiten erfahren haben, sondern in Krisen psychiatrisch versorgt werden und erstmals mit psychosozialen Hilfsangeboten in Kontakt treten. Zudem gibt es eine Reihe von „Drehtürpatienten“, die von störungsspezifischen Angeboten nicht relevant profitieren und wiederholt stationär behandelt werden. So ermittelten beispielsweise Bohus et al. (2004) eine Responder-Quote von weniger als fünfzig Prozent auf eine Behandlung mit der dreimonatigen, stationären DBT. Schließlich benötigen Patienten, die ausreichend stabil und ambulant eingebunden sind, manchmal eine kurzfristige, stationäre Krisenintervention von wenigen Tagen. Das DBT-orientierte Kriseninterventionskonzept von Bernhardt et al. (2005) bietet dieser heterogenen Patientengruppe eine störungsspezifische Krisenintervention an, deren Wirksamkeit in der vorliegenden Studie erstmals empirisch überprüft wurde.

Die Modifikation und Evaluation eines Behandlungskonzeptes benötigt mehrere Jahre, so dass diese Studie am Beginn des Evaluationsprozesses einzuordnen ist. Nachdem aufgrund der klinischen Erfahrung, Fortbildung und Supervision ein spezifisches Kriseninterventionskonzept entwickelt und erprobt wurde, liefern die Daten dieser Untersuchung erste Hinweise dafür, dass die DBT-orientierte Krisenintervention Krisensymptome wirksam reduziert, während die Patienten in der herkömmlichen Behandlung eher Ergebnisse einer Wartegruppe zeigen. Es ist zu überlegen, inwieweit diese Ergebnisse eindeutig auf die Therapiemethode zurückzuführen sind (interne Validität). Ferner wird diskutiert, inwieweit die Behandlungserfolge in der Stichprobe auf die heterogene Grundgesamtheit der Borderline-Patienten generalisiert werden können (externe Validität).

Da es sich um die erste Evaluationsstudie des DBT-orientierten Kriseninterventionskonzeptes handelt, wurde bei der Planung der Studie die interne Validität der Ergebnisse stärker priorisiert, was zwangsläufig zu Lasten der externen Validität geht.

Zur Erhöhung der internen Validität wurden verschiedene potenzielle Wirkkomponenten konstant gehalten. Hier ist insbesondere die Festsetzung der Therapiedauer auf konstante drei Wochen zu nennen, obwohl grundsätzlich eine stationäre Krisenintervention so kurz wie möglich bei gleichzeitiger Effektivität der Zielerreichung angelegt sein sollte (Swenson et al., 2001; Swenson et al., 2002). Drei Wochen wurden nach den Angaben des Behandlungsteams als Zeitintervall gewählt, weil dieser Um-

fang eine ausreichende Einzel- und Gruppentherapieaufnahme ermöglicht, um eine Reduktion der Krisensymptome zu erreichen. Eine Konstanz der Therapiedauer war unerlässlich, um die Ergebnisse dieser ersten Studie eindeutig auf die Methode zurückführen zu können. Inhaltlich können natürlich auch kürzere und längere Zeitintervalle zu einer erfolgreichen Reduktion der Krisensymptomatik führen. Konstant gehalten wurde ferner die psychiatrische Medikation. Therapiedauer und Psychopharmakotherapie stellen die wichtigsten Wirkkomponenten dar, welche die Wirkung der Therapieart überlagern können.

Die Kliniken sollten ansonsten annähernd vergleichbar sein, um andere Erklärungsansätze für die Ergebnisse als die Therapieart auszuschließen. Daher wurde als Kontrollgruppe eine Klinik mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung, ähnlicher Größe und Einzugsgebiet sowie Versorgungsauftrag gewählt. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Ergebnisse kausal über regionale Unterschiede (Stadt vs. Land) erklären lassen, wird als gering eingeschätzt. In beiden Kliniken bestand ein Interesse und die Überzeugung, wirksam zu sein. Viele weitere Variablen wurden dahingehend untersucht, ob bei stationärer Aufnahme bereits Unterschiede zwischen den Patientengruppen bestanden, welche die Eindeutigkeit der Ergebnisse verringern könnten. Es bestanden kaum Unterschiede zwischen den Gruppen mit Ausnahme der höheren Heiratsquote in Heide, was keine Auswirkungen auf die Interpretierbarkeit der Studienergebnisse haben dürfte. Allerdings wurde die Kieler Klinik mit störungsspezifischem Angebot deutlich stärker von Patienten mit emotionaler Instabilität aufgesucht als die Psychiatrie in Heide. Dieses lässt sich eventuell dadurch erklären, dass im Umfeld der Landeshauptstadt wesentlich mehr ambulante Angebote vorhanden sind, welche diese Personengruppe ansprechen (z.B. betreute Wohneinrichtungen, Borderline-Netzwerk). Eine weitere Erklärung wäre, dass das spezialisierte, stationäre Angebot besonders attraktiv für Borderline-Patienten ist. Schließlich waren in Kiel unfreiwillige Einweisungen mit rechtllichem Beschluss etwa doppelt so häufig wie in Heide.

Für die interne Validität der Studie war unerlässlich, dass die Ergebnisse der Therapiegruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen werden konnten. Damit kann die plausible Erklärung, dass Krisenintervention unabhängig von der Methode zu kurzfristigen Behandlungserfolgen führt, überprüft und zurückgewiesen werden. Aus ethischen Gründen konnte keine randomisierte Zuordnung der Patienten zu den Versuchsbedingungen, sondern nur ein quasiexperimentelles Design gewählt werden, was die interne Validität der Studie einschränkt. „Stichprobenselektionseffekte“ (Bortz, 2005, S. 504 ff.), wie z.B. die leichter erkrankten Patienten ziehen nach Kiel, sind zwar unrealistisch und wurden durch die Erkrankungsschwere operationalisiert, können aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Wichtig war, dass beide Krankenhäuser Versorgungskrankenhäuser sind und ihre Patienten nicht selektieren können. Schließlich werden durch das Kontrollgruppendesign einseitige Effekte wie „Testübung“ und „Reifungsprozesse“ kontrolliert (Bortz, 2005, ebd.).

Bei der Auswahl der Messinstrumente wurde darauf geachtet, bewährte, reliable und valide Fragebögen auszuwählen, die zugleich schnell und leicht anwendbar, dabei änderungssensitiv sind und sich bei anderen Studien zur Evaluation der DBT etabliert haben. Die massive Instabilität der Patienten

führt vermutlich zu weniger verlässlichen Daten, daher wurden Selbsteinschätzungsinstrumente verwendet, die einen überschaubaren, mittleren Zeitraum bewerten lassen (zumeist eine Woche). Fremdbeurteilungsinstrumente wären optimal als Ergänzung gewesen, wurden aber aufgrund geringer finanzieller und personeller Ressourcen nicht standardisiert eingesetzt. Lediglich selbst konstruierte, knappe Fragebögen erfassten die Fremdeinschätzung der Therapeuten. Die Praktikabilität und ethische Vertretbarkeit hatte hier Vorrang vor der empirischen Exaktheit, welche in weiteren Studien optimiert werden sollte. Neben der Operationalisierung ist auch die statistische Validität wichtig. Hier ist anzumerken, dass die eingesetzten, nonparametrischen Verfahren bei kleinen, klinischen Stichproben verlässlichere Ergebnisse liefern, wobei in derart kleinen Stichproben nur starke Effekte statistisch signifikant werden. In weiteren Studien sollten die Ergebnisse unbedingt mit größeren Stichproben und parametrischen statistischen Verfahren überprüft werden. Außerdem kann kritisiert werden, dass Patienten sehr unterschiedliche Problemschwerpunkte und damit Ziele haben können, was in dieser Studie nicht operational berücksichtigt wurde und in weiteren Untersuchungen mit größeren Stichproben überprüft werden kann. Überraschenderweise lagen die Mittelwerte der Testwerte im mittleren Bereich, so dass floor- und ceiling-Effekte vermutlich nicht vorlagen. In beiden Gruppen waren keine wesentlichen Unterschiede in der Ausprägung der Testwerte zu Beginn zu beobachten, so dass derartige a priori Gruppeneffekte keinen Einfluss auf die Interpretierbarkeit der Ergebnisse haben dürften.

Insgesamt muss in dieser ersten Studie unklar bleiben, welche Wirkkomponenten des Therapieangebotes die Behandlungserfolge in Kiel bedingt haben. Psychotherapien unterliegen einem komplexen Wirkprozess, dessen Einzelkomponenten nur mit groß angelegten Studien überprüft werden können. So ist denkbar, dass einzelne Elemente des Konzeptes variierbar sind, ohne dass der Therapieerfolg beeinträchtigt wird (z.B. Umfang / Art der Gruppentherapien). Eine plausible Hypothese ist, dass DBT-Konzepte im stationären Rahmen so wirksam sind, weil ein Behandlungsteam mit einer schwierigen Personengruppe stark motiviert, gut informiert und nach einem einheitlichen Konzept handelt, so dass der Polarisierungsneigung der Patienten konstruktiv begegnet wird, einheitliche Kontingenzen gesetzt werden und das Team eine Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns erlebt.

An der hypothesenprüfenden Untersuchung nahm nur ein Teil der Patienten teil, weil durch die Selektionskriterien eine eindeutigere Interpretierbarkeit der Daten gewährleistet wurde. Dieses übliche Verfahren bei ersten Studien geht zu Lasten der externen Validität. Die Behandlungserfolge wurden an relativ therapiemotivierten, zumeist freiwillig aufgenommenen Patienten nachgewiesen, bei denen Fixierungen fast nicht notwendig waren und die drei Wochen in der Behandlung blieben. Inwieweit das Angebot auch den anderen Patienten hilft, soll nun diskutiert werden.

Insgesamt sollte die Dauer der Krisenintervention möglichst kurz orientiert an den individuellen Zielen sein. Borderline-Patienten, die nur kurz auf der Station verweilen, benötigen beispielsweise oft nur ein „Krisenbett“ bei sonstiger Stabilität und ambulanter Einbindung. Dieser Patientengruppe bietet das Kieler Konzept ebenfalls eine schnelle, effektive Hilfe an. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die gute Kooperation im regionalen, psychosozialen Netzwerk gelegt, indem zum Beispiel ein Border-

line-Netzwerk etabliert wurde. Andere Patienten, die zuerst in die Studie eingewilligt hatten und vor Ablauf der drei Wochen aus der Studie ausschieden, weil sie sich früher entlassen ließen, wiesen bereits bei Aufnahme eine geringere Therapiemotivation und geringe Behandlungserwartungen als die Studienteilnehmer auf. Hier kann vermutet werden, dass diese Patienten besser angesprochen werden können, wenn die Krisenintervention sich primär auf die Erhöhung der Psychotherapiemotivation konzentriert. Schriftliches Material erscheint ebenso geeignet (Evans et al., 1999) wie eine offene Gruppe zur Psychoedukation über Psychotherapie und motivierende Einzelgespräche, welche das individuelle Konzept von Psychotherapie und Erfahrungen der Patienten reflektieren. Konzepte aus der Suchtarbeit wie das motivational interviewing von Miller und Rollnick (2004) könnten auf die therapiemotivierende Krisenintervention mit Borderline-Patienten übertragen werden. Ein Modifikationsbedarf besteht sicherlich auch für Patienten, die mehrfach in stationärer Behandlung sind und als multimorbid erkrankte „Drehtürpatienten“ bezeichnet werden. Diese Patientengruppe wurde in der vorliegenden Studie und im DBT-orientierten Kriseninterventionskonzept nicht spezifisch berücksichtigt. Denkbar ist, dass chronifizierte Borderline-Patienten ebenfalls nach dem Prinzip des verteilten Lernens in kleinen Schritten vom DBT-Krisenangebot profitieren. Dabei benötigen diese Patienten ein Angebot, welches die Therapieteilnahme an konstruktives, gruppenfähiges Verhalten knüpft, um einen Anreiz zu bieten und die Mitpatienten vor störendem, dysfunktionalem Gruppenverhalten zu schützen. Ferner benötigt diese quantitativ kleine Gruppe chronifizierter Borderline-Patienten ein spezifisches Beziehungs- und Therapieangebot, zumal die qualitative Beanspruchung und Frustration der Teammitglieder hier besonders hoch ist. Die Berücksichtigung bestimmter komorbider Erkrankungen wie insbesondere dissoziative Störungen stellt eine konzeptionelle Herausforderung dar.

Insgesamt hat sich das störungsspezifische, DBT-orientierte Kriseninterventionsangebot in der Kieler Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der klinischen Praxis und in dieser ersten empirischen Studie bewährt, wobei weitere Studien die Ergebnisse absichern müssten. Eine Weiterentwicklung des Konzeptes insbesondere für einzelne, schwer zu behandelnde, chronifizierte und für wenig therapie-motivierte Borderline-Patienten ist sinnvoll.

10. Zusammenfassung

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist eine inzwischen weit verbreitete, empirisch gut abgesicherte, manualisierte Therapiemethode für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Studien belegen eine deutliche Stabilisierung und Reduktion suizidaler und selbstschädigender Verhaltensmuster nach einem Jahr ambulanter Einzel- und Gruppentherapie. Die Wirksamkeit der DBT wurde außerdem für eine stationäre, dreimonatige DBT-Kurzform sowie in modifizierten Formen für weitere Zielgruppen mit unterschiedlichen komorbiden Störungen nachgewiesen. Trotz der unbestrittenen Therapieerfolge werden viele Patienten in Krisen akut in psychiatrischen Kliniken versorgt. Die Kieler Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie erkannte die Notwendigkeit eines störungsspezifischen Ansatzes für diese Zielgruppe und entwickelte das Kieler Modell zur stationären, DBT-orientierten Krisenintervention auf einer geschlossenen, gemischtgeschlechtlichen Station. Angeboten werden Einzel- und gruppentherapeutische Elemente der DBT in einem multiprofessionellen Team. Die vorliegende Studie liefert erste empirische Daten zur Evaluation dieses Konzeptes.

Erstmals wurden in zwei psychiatrischen Kliniken (Kiel, Heide) akut aufgenommene Borderline-Patienten systematisch registriert, diagnostiziert und hinsichtlich soziodemographischer, anamnesticcher und zahlreicher weiterer Merkmale untersucht. Die Ergebnisse zeigen die Heterogenität und Komplexität akut aufgenommener Borderline-Patienten. So variiert die Aufenthaltsdauer extrem von einer Stunde bis zu vielen Monaten. Die durchschnittliche Ausprägung der Borderline-Symptomatik lag im mittleren Bereich bei häufigen komorbiden Störungen. Entsprechend waren Vorerfahrungen mit psychiatrischen Kliniken in der Mehrheit sehr ausgeprägt. Die hohe Suizidalität, die ausgeprägte Krisensymptomatik und Beteiligung Dritter weist auf die Akuität der Aufnahmesituation hin.

Zur Evaluation des Kriseninterventionskonzeptes wurden etwa ein Drittel der Borderline-Patienten eingeschlossen, wobei es sich um 26 Patienten mit bis zu drei Voraufenthalten und mindestens dreiwöchigem stationärem Aufenthalt handelte. Die nonparametrische Auswertung ergab, dass die DBT-orientierte Krisenintervention in der Kieler Psychiatrie zu einem verbesserten Zustand nach drei Wochen führt. Der Behandlungserfolg zeigte sich bei borderline-typischen Verhaltens- und Erlebnismustern, Dissoziation, Pseudopsychotizismus, Depressivität und psychopathologischer Belastung sowie hinsichtlich Suizidalität und Selbstverletzung. In der psychiatrischen Klinik in Heide wurde verhaltenstherapeutisch nach herkömmlichen Methoden behandelt. In dieser Gruppe zeigten sich bei keiner der Variablen signifikante Effekte. Zur Suizidalität und Selbstverletzung schätzen die behandelnden Therapeuten eine Reduktion ein, Selbstbeurteilungen der Patienten fehlen. Die Daten liefern erste Hinweise auf eine Überlegenheit des Kieler Kriseninterventionskonzeptes, zumal die Ergebnisse nach weiteren drei Wochen stabil sind und die Hospitalisierungstendenz über vier Jahre tendenziell sinkt. Zur Erhöhung der Validität der Ergebnisse sind weitere Studien insbesondere mit größeren Stichproben und weniger selektierter Population ebenso notwendig wie eine Modifikation des Konzeptes für schwer chronifizierte, hospitalisierte Borderline-Patienten.

11. Literatur

- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.
- Arntz, A., Appels, C. & Sieswerda, S. (2000). Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, 14 (4), 366-73.
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J. Verheul, R., van den Bosch, W.M.C. & de Bie, A.J.H.T. (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45-59.
- Barley, W.D., Buie, S.E., Peterson, E.W., Hollingsworth, A.S., Griva, M. & Hickerson, S.C. (1993). The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 232-240.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158 (1), 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder. Patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160 (1), 169-171.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 36-51.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2007). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Bibliothek der Psychoanalyse: Psychosozialverlag.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, im Druck.
- Beck, A.T. & Freeman, A. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Beck, A.T. (1994). *Beck-Depressions-Inventar: (BDI); Testhandbuch*. M. Hautzinger, Bailer, M., Worrall, H., Keller, F. (Hrsg. der dt. Ausg.). Bern: Huber.
- Bergold, J. & Schürmann, I. (2001). Krisenintervention – neue Entwicklungen? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33 (1), 5-15.
- Bernhardt, K., Friege, L., Gerok-Falke, K. & Aldenhoff, J.B. (2005). Stationäres Interventionskonzept auf Basis der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Behandlung akuter Krisen bei Borderline Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55 (9-10), 397-404.
- Blennerhassett, R.C. & Wilson O`Raghallaigh, J. (2005). Dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder. *The British journal of psychiatry*, 186, 278-280.

- Bohus, M. (2004). Borderline-Störung. Zur Behandlung im stationären Setting. *Information aktuell, Sonderdruck „Borderline-Störung“*. Zentralinstitut seelische Gesundheit Mannheim, 27 (1), 20-25.
- Bohus, M., Swenson, C., Sender, I., Kern, I. & Berger, M. (1996). Die Anwendung der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Störungen im stationären Bereich. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 1 (1), 32-43.
- Bohus, M. & Unckel, C. (2000a). Selbstschädigung. Krisenintervention bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C. Unckel (Hrsg), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (68-116). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Bohus, M. & Unckel, C. (2000b). Zum Umgang mit unkontrollierter Aggressivität und dissoziativen Erregungsphänomenen. T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C. Unckel (Hrsg), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (117-121). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R. & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Bohus, M. & Haaf, B. (2001a). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33 (4), 619-642.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.D. (2001b). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 201-211.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2006) Borderline-Persönlichkeitsstörung – Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf, Prognose und Psychopathologie. A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (102-113). Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Chapman, A.L., Kühler, T. & Stieglitz, R.D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40 (2), 126-32.
- Boos, A.(2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G.A. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R. & Brink, W. van den (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders*, 15, 416-424.

- Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., Schippers, G.M. & Brink, W. van den (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems implementation and long-term effects. *Addictive Behaviours*, 27, 911-923.
- Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., Langeland, W. & Brink, W. van den (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 549-555.
- Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A. & Mann, J.J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 154 (12), 1715-1719.
- Bronisch (2000a). Grundsätzliches zur psychotherapeutischen Krisenintervention. T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C. Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (26-36). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Bronisch (2000b). Suizidalität. In T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C. Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (37-67). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Bronisch (2000c). Psychotherapie im Alter auf einer Kriseninterventionsstation. *Suizidprophylaxe* 27 (1), 6-12.
- Brown, M.Z., Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (1), 198-202.
- Buchheim, P., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., Yeomans, F. & Doering, S. (2006). Psychodynamische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Transference-Focused Psychotherapy. A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (223-241). Stuttgart: Schattauer.
- Clarkin, J.F. & Dammann, G. (2000). Psychometrische Verfahren zur Diagnostik und Therapie der Borderline-Störungen. O.F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (125-148). Stuttgart / New York: Schattauer.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J.W., Delaney, J.C. & Kernberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioural change. *Journal of Personality Disorder*, 16, 487-495.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP)*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2004). The Personality Disorders Institute / Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 52-72.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 922-928.
- Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: a practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (2), 161-170.

- Dammann, G., Clarkin, J.F. & Kächele, H. (2000). Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. O.F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse, U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen (701-730)*. Stuttgart / New York: Schattauer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2004). *Weltgesundheitsorganisation – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dose, M. (2000). Pharmakologische Behandlung bei Krisenintervention. T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C. Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (164-192). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Drabkin, R. & Calhoun, L. (2003). Stage-oriented Trauma Treatment Using Dialectical Behavior Therapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (2), 126-127.
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M. & Petersen, D. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry*, 57 (12), 1115-1122.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R.C., Wulff, H. & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 73, 820-829.
- Dulz, B., Gümmer, S., Hoffmann, S.O. & Sachsse, U. (1998). Zum aktuellen Stand der Versorgung von Borderline-Patienten: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Persönlichkeitsstörungen* 2, 201-208.
- Eckert, J., Dulz, B. & Makowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 2000 (45), 271-285.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Erinoff, L. (2004) Overview of workshop on drug abuse and suicidal behaviour. *Drug and alcohol dependence*, 76, 3-9.
- Evans, K. , Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K. & Dent, J. (1999). Manual-assisted cognitive-behavior therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29 (1), 19-25.
- Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Jurist, E.L. (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. München: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.
- Fonagy, P., Bateman, A.W. (2006). Mechanisms of Change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal fo Clinical Psychology*, 62 (4), 411-430.

- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M. & Maffei, C. (2002). History of Childhood Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Symptoms and Borderline Personality Disorder: A Controlled Study. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (5), 369-377.
- Franke, G.H. (1995). SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz.
- Freyberger, H.-J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). FDS - Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft-SKID-II*. Hogrefe: Göttingen.
- Gast, U., Oswald, T., Hofman, A. (2000). *Strukturiertes klinisches Interview für dissoziative Störungen*. Hogrefe: Testzentrale.
- Gerdes, N., Weidemann, H. & Jäckel, W.H. (2000). *Die Protos-Studie: Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Klinik-Allianz*. Darmstadt: Steinkopp.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhofen, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63 (6), 649-658.
- Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J., Silverman, J.M. & Siever, L.J: (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160 (11), 2018-2014.
- Göring, S. (2006). *Evaluation der DBT-orientierten Krisenintervention hinsichtlich der Variablen Suizidalität, Depressivität, Therapiemotivation und "zustandsabhängige Angst"*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Christian-Albrechts-Universität Kiel.
- Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E., Yen, S., Sanislow, C.A., Bender, C.S., Dyck, I.R., Morey, L.C. & Stout, R.L. (2006). Predictors of 2-Year Outcome for Patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 822-826.
- Gunderson, J.G. & Zanarini, M.C. (1992). *Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)*. Harvard Medical School, MA.
- Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrenthal, J. (2000). Dialektisch-Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32 (4), 651-662.
- Herman, J.L. (1994). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Herpertz, S. (1999). Schulenübergreifende Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. H. Saß & S. Herpertz (Hrsg): *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Herpertz, S.C. (2006), Störungen von Affektivität und Impulskontrolle bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. A. Rimmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (144-153). Stuttgart: Schattauer.

- Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E.M., Mühlbauer, V., Schürkens, A. & Saß, H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: Results of an experimental study. *Journal of affective disorders*, 44 (1), 31-37.
- Herpertz, S., Gretzer, A., Mühlbauer, V., Steinmeyer, E.M. & Saß, H. (1998). Experimenteller Nachweis mangelnder Affektregulation bei Patientinnen mit selbstschädigendem Verhalten. *Nervenarzt*, 69 (5), 410-418.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M. & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. A pilot study using a structured skills training program. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 252, (4), 177-184.
- Hesslinger, B., Philpsen, A., Richter, H. & Ebert, D. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Höschel, K. & Bohus, M. (2005). Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis. An der Grenze zur Verzweiflung. *Der Neurologe & Psychiater*, 05 (/3), 20-26.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 66 (12), 545-552.
- Kapfhammer, H.P. (1999). Integrative Therapieansätze bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. H. Saß, S. Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schuleübergreifenden Vorgehen* (116-131). Stuttgart: Thieme.
- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S. & Miller, A.L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43 (3), 276-82.
- Kelly, T.M., Soloff, P.H., Lynch, K.G., Haas, G.L. & Mann, J. (2000). Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14 (4), 316-326.
- Kernberg, O.F. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.
- Klein, M. (1982). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Klossika, I. (2006). Wenn Schmerz nicht mehr weh tut. Schmerzwahrnehmung bei Borderline. *ZI-Information akutell, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim*, 29 (2), 15-16.
- Koerner, K. & Linehan, M.M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), 151-67.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I. & Bastian, L.A. (2001). Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 32, 371-390.
- Korfine, L. & Hooley, J.M. (2000). Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (2), 214-221.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C.D. (1981). *State-Trait-Angstinventar (STAI). Testmanual*. Weinheim: Beltz Test GmbH.

- Leferink, K. & Bergold, J.B. (1996). Integration neuer psychosozialer Einrichtungen ins Versorgungssystem: Überlegungen zu einem sozialökologischen Evaluationskonzept am Beispiel einer Krisenambulanz. *Psychiatrische Praxis*, 23, 270-274.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004): Borderline personality disorder, *The Lancet*, 364 (9432), 453-461.
- Linehan, M.M. (1987) Dialectical behaviour therapy: A cognitive-behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- Linehan M. M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12), 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H. & Armstrong, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 971-974.
- Linehan, M. M. & Comtois, K. A. (1994). *Lifetime Parasuicide Count*. Seattle, WA: University of Washington. (Unpublished manuscript).
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 1994, 151 (12), 1771-1776.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8 (4), 279-92.
- Linehan, M.M. , Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S. & Heagerty, P. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67 (1), 13-26.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63 (7), 757-766.
- Loranger, A.W. (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM-IV and ICD-10 modules*. Odesse, F.L.: Psychological Assessment Resources.
- Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T. & Robins, C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (1), 1-13.
- Lynch, T.R., Cheavens, J.S., Cukrowicz, K.C., Thorp, S.R., Bronner, L. & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder und depression: a dialectical behaviour therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (7), 131-143.

- Mahler, M.S. (1975a). Symbiose und Individuation. *Psyche*, 29, 609-625.
- Mahler, M.S. (1975b). Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen. *Psyche*, 29, 1078-1094.
- Masterson, J. (1992). *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mauerer, C. & Wolfersdorf, M. (2000). Suizide in der Bundesrepublik Deutschland. *Psycho, Schwerpunkt Suizidalität*, 26 (6), 315-318.
- McGlashan, T. (2000). Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Verlauf, Prognose, Komorbidität, Grundlagen. O.F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen* (673-686). Stuttgart: Schattauer.
- McQuillan, A., Nicasro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C. & Ferrero, F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crises. *Psychiatry Services*, 56 (2), 193-197.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Nickel, M.K., Muehlbacher, M., Nickel, C., Kettler, C., Pedrosa Gil, F., Bacchler, E., Buschmann, W., Rother, N., Fartacek, R., Egger, C., Anvar, J., Rother, W.K., Loew, T.H. & Kaplan, P. (2006). Aripiprazole in the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 833-838.
- Pohl, U., Richter, H. & Bohus, M. (2000). Neuere Entwicklungen zur systematischen Überprüfung des therapeutischen Vorgehens. Skalen zur Erfassung von adherence and competence. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50 (1), 22-28.
- Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (2), 146-157.
- Reddemann, L. (2000a). Angst. T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C. Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (122-144). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2000b). Dissoziation. T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C., Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen* (145-163). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reimer, C. (2000). Krisen und Krisenintervention, Kurzpsychotherapie. C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (619-630). Berlin: Springer.
- Renneberg, B. & Fiedler, P. (2001). Ressourcenorientierte Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: kognitive und interpersonelle Ansätze. G. Dammann, P.L. Jannssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (125-134). Stuttgart: Thieme.
- Rietdijk, E.A., van den Bosch, L., Verheul, R., Koeter, M. & van den Brink, W. (2001). Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: reasons for living, coping, and depressive personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 512-520.

- Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L. & van Dyck, R. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152 (12), 2048-2054.
- Robins, C.J. & Chapman, A.L. (2004). Dialectical therapy: current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 73-89.
- Rogers, C. (1993). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Rothenhäusler, H.B. & Kapfhammer, H.P. (1999). Der Verlauf von Borderline-Störungen. Eine Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 67 (5), 200-217.
- Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A., Kakuma, T., Harrison, K., Shindlecker, R. D., Hull, I., Mattis, S. (1992). Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 32 (6), 501-511.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie.Theorie, Klinik, Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Safer, D.L., Telch, C.F. & Agras, W.S. (2001). Dialectical behaviour therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 632-634.
- Safer, D.L., Lively, T.J., Telch, C.F. & Agras, W.S. (2002). Predictors of Relapse Following Successful Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *The International Journal of eating disorders*, 32 (2), 155-163.
- Sala, M., Perez, J., Soloff, P., Ucellidi Nemi, S., Caverzasi, E., Soares, J.C. & Brambilla, P. (2004). Stress and hippocampal abnormalities in psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 14 (5), 393-405.
- Sass, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmahl, C. & Bohus, M. (2001) Symptomorientierte Pharmakotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69 (7), 310-321.
- Schmahl, C.G., Vermetten, E., Elzinga, B.M. & Bremner, J.D. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 122 (3), 193-198.
- Schmahl, C. & Bremner, J.D. (2006). Funktionelle, metabolische und morphologische Bildgebung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (154-166). Stuttgart: Schattauer.
- Schmid-Leuz, B. (2001). *Evaluation des Skilltrainings der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Bergischen Universität Wuppertal.
- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Testmanual*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Simmich, T. & Reimer, C. (1998). Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention. Literaturüberblick unter besonderer Berücksichtigung der letzten 10 Jahre. *Psychotherapeut*, 43, 143-156.

- Simmich, T., Reimer, C., Alberti, L., Bronisch, T., Erbe, C., Milch, W. & Plaß, A. (1999). Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen. *Psychotherapeut*, 44, 394-398.
- Simmich, T., Milch, W. & Reimer, C. (2000). Stationäre psychotherapeutische Krisenintervention. *Suizidprophylaxe* 27 (1), 13-18.
- Simpson, E.B., Yen, S., Costello, E., Rosen, K., Begin, A., Pistorello, J. & Pearlstein, T. (2004). Combined dialectical behaviour therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 (3), 379-385.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M. Gallaher, P.E. (1999). Axis II comorbidity of Substance Use Disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156 (5), 733-738.
- Soler, J., Pascual, J.C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, E. & Pérez, V. (2005). Double-Blind, placebo-controlled study of Dialectical Behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (6), 1221-1224.
- Soloff, P.H., Lynch, K.G., Kelly, T.M., Malone, K.M. & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4), 601-608.
- Soloff, P.H., Lynch, K.G., Kelly, T.M. (2002). Childhood Abuse as a Risk Factor for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16 (3), 201-214.
- Soloff, P.H., Fabio, A., Kelly, T.M., Malone, K.M. & Mann, J.J. (2005). High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personal Disorders*, 19(4), 386-399.
- Spitzer, C. von, Effler, K. & Freyberger, H.J. (2000). Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 46, 273-285.
- Stiglmayr, C., Shapiro, D.A., Stieglitz, R.D., Limberger, M. & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline Personality Disorder – A controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (2), 111-118.
- Stiglmayr, C.E., Braakman, D., Haaf, B., Stieglitz, R.-D. & Bohus, M. (2003). Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53 (7), 287-294.
- Stern, W. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 7, S. 467-489.
- Stone, M.H. (2000). Wesentliche prognostische Faktoren für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. O.F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störung* (687-700). Stuttgart: Schattauer.
- Strauß, B. (2006a). Bindung und Persönlichkeitsentwicklung – Ergebnisse klinischer Bindungsforschung. A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (45-63). Stuttgart: Schattauer.
- Strauß, B. (2006b). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – Ergebnisse der empirischen Psychotherapie-Forschung. A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch*

Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (295-304). Stuttgart: Schattauer.

- Swales, M., Heard, H.L. & Williams, M.G. (2000). Linehan's Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for borderline personality disorder: Overview and adaptation. *Journal of Mental Health* 9 (1), 7-23.
- Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A. & Linehan, M.M. (2001). The application of dialectical behavior therapy für Patients with Borderline Personality Disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72 (4), 307-324.
- Swenson, C.R., Torrey, W.C. & Koerner, K. (2002). Implementing Dialectical Behavior Therapy. *Psychiatric Services*, 53 (2), 171-178.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E., Haegele, K., Lemieux, L., Lieb, M., Bohus, M., Hennig, J., Ebert, D. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 54 (2), 163- 171.
- Telch, C.F., Agras, W.S. & Linehan, M.M. (2001). Dialectical Behaviour Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 1061-1065.
- Trautmann-Sponsel, R.D. & Gleich, H. (2001). Die ersten Phasen einer stationären Verhaltenstherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. G. Dammann, P.L. Jannssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenbergreifend* (114-124). Stuttgart: Thieme.
- Torgerson, S., Lygren, S., Per, A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (6), 416-425.
- Torgerson, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58 (6), 590-596.
- Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B. & Boesky, L. (2002). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (3), 121-127.
- Trupin, E. & Richards, H. (2003). Seattle's mental health courts: early indicators of effectiveness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 33-53.
- Turner, R.M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- Verheul, R., Van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., De Ridder, M.A.J., Stijnen, T. & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder, 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Wedekind, D. & Bandelow, B. (2006). Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. A. Rimmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller, B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (305-317). Stuttgart: Schattauer.

- Welch, S.S. & Linehan, M.M. (2002). High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16* (6), 561-569.
- Widiger, T.A. & Frances, A.J. (1991). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. *Hospital Community Psychiatry, 42*, 1015-1021.
- Winnicott, D.W. (1978). *Familie und individuelle Entwicklung: the family and individual development*. München: Kindler.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft-SKID-I*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydic, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- White, C.N., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. & Hudson, J.I. (2003). Family Studies of Borderline Personality Disorder: A Review. *Harvard review of psychiatry, 11*, 8-19.
- Wolfersdorf, M. (2000). Begriffsbestimmung und Grundzüge der notfallpsychiatrischen Suizidprävention. *Psycho, Schwerpunkt Suizidalität, 26* (6), 319-327.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric clinics of North America, 23* (1), 89-102.
- Zanarini, M.C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17*, 233-242.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E. & Reich, R.B. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1101-1106.
- Zanarini, M. C., Frances, R., Frankenburg, M. D., Dubo, E., Sickel, M., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Young, M.A., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Bradford Reich, D., Marino, M.F. & Vujanovic, A.A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease, 190*, 381-387.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R. & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders, 17* (6), 568-573.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Kenneth, R.S. (2003): The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 160* (2), 274-283.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford Reich, D. & Silk, K.R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2108-2114.

- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 827-832.
- Zimmermann, R.B. (2001). Was ist eine psychiatrische Krise und was ein psychiatrischer Notfall? Theorien und Methoden psychiatrischer Krisenintervention. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33 (1), 17-29.
- Zimmermann, M. & Mattia, J. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.

12. Anhang

Reihenfolge der Anhänge

- A. Behandlungsvertrag**
- B. Wochenprotokoll**
- C. Spannungskurve**
- D. Verhaltensanalyse für Problemverhalten**
- E. Inhalt und Struktur der Gruppentherapien**
- F. Notfallkofferfertigkeiten, die häufig angewendet werden**
- G. Leitfaden zur Vorstellung der Studie**
- H. Leitfaden zum Untersuchungsablauf**
- I. Liste zu Arten selbstverletzenden Verhaltens aus dem PHI**
- J. Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten - LPC**
- K. Fragebogen A für Patienten und Patientinnen zu Beginn der Behandlung**
- L. Fragebogen B für Patienten und Patientinnen nach drei Wochen**
- M. Fragebogen F für Patienten und Patientinnen nach sechs Wochen**
- N. Fragebogen C für Therapeuten zu Beginn**
- O. Fragebogen D für Therapeuten nach drei Wochen**
- P. Dokumentationsbogen für alle PatientInnen im Untersuchungszeitraum mit BPS bzw. mit Verdacht auf BPS**
- Q. Informationsblatt für PatientInnen**
- R. Einverständniserklärung**
- S. Lebenslauf**

Behandlungsvertrag

für die stationäre Therapie auf der Station P6

zwischen PatientIn und therapeutischem Team

Die geschlossene Station P6 dient in erster Linie der Bewältigung Ihrer augenblicklichen Krise. Sie soll eine möglichst baldige Entlassung möglich machen. Dazu haben wir besondere Ziele in der Behandlung festgelegt.

Diese sind nach der Wichtigkeit sowohl für die Patienten als auch für die TherapeutInnen geordnet:

1. Reduzierung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten sowie der Einhaltung eines Non-Suizid-Vertrages
2. Reduzierung von Dissoziation, Flashbacks und Pseudohalluzinationen
3. Reduzierung von Verhaltensmustern, die die Psychotherapie erschweren oder unmöglich machen.
- 4.

Daraus ergeben sich die folgenden **konkreten individuellen Therapieziele**:

1.)

2.)

3.)

Neben der Arbeit an Ihren Krankheitsanzeichen, wegen derer Sie hier behandelt werden, ist es wichtig, einige zusätzliche Therapierichtlinien einzuhalten:

- Ich will an der Reduktion meines suizidalen bzw. parasuizidalen Verhaltens, z.B. Brennen, Schneiden oder sonstigem selbstschädigenden Verhalten arbeiten
- Während meines stationären Aufenthaltes werde ich keinen Suizidversuch unternehmen. Ich unterschreibe einen Non-Suizid-Vertrag.
- Ich will an der Reduktion von Verhaltensmustern arbeiten, die eine Therapie unmöglich machen (z.B. Störungen der Therapie durch zu spät oder gar nicht kommen, Brechen von Vereinbarungen, mangelnde Offenheit, Verweigerung von Hilfsangeboten u.s.w.).
- Für den Fortschritt in meiner Therapie bin ich bereit, an den Edukationsgruppen (Skills, Basisgruppe) teilzunehmen.

Anhang A: Behandlungsvertrag

Zusätzlich stimme ich folgenden Regeln zu:

1. Ich konsumiere keine Drogen oder Alkohol oder nicht verordnete Medikamente.
2. Ich bringe keine spitzen / scharfen Gegenstände (Messer, Rasierklingen u.s.w.) weder für mich noch für andere mit auf Station.
3. Ich halte mich an das Verbot, mit MitpatientInnen weder über Suizidgedanken, -pläne, Schneidedrang noch über traumatische Inhalte meiner Biographie oder über andere MitpatientInnen belastende Themen zu sprechen. Damit wende ich mich an das therapeutische Team.
4. Ich unterlasse fremdaggressives Verhalten. Ich bringe niemanden in Gefahr.
5. Jede Selbstverletzung melde ich sofort beim Pflegepersonal. Ich stimme einer Pflegerischen und/oder ärztlichen Behandlung zu.
6. Ich zeige Verletzungen oder Narben keinen MitpatientInnen. Verbände werden von Kleidungsstücken soweit möglich verdeckt.
7. Selbstverletzendes Verhalten findet nicht in Anwesenheit anderer statt.
8. Ich erkläre mich mit dem mit mir ausgearbeiteten Fixierungsplan einverstanden. Sollten außerhalb des Plans Situationen auftreten, in denen ich mich nicht mehr selbst steuern kann und in denen ich selbst- oder fremdgefährdend bin, kann eine Notfall-Fixierung notwendig sein. Diese Fixierung wird sobald wie möglich beendet.
9. Ich halte meine Medikamenteneinnahme ein. Ich sammle keine Medikamente. Außerhalb des Medikamentenplans erhalte ich Medikamente nur in Not- oder Krisensituationen, in denen ich mich nicht mehr selbst steuern kann.
10. Ich halte mich an die vorgegebenen Raucherzeiten. Ich rauche nicht auf Station.
11. Ich bemühe mich, erlernte skills einzusetzen und einen Notfallplan mit meiner/m BezugstherapeutIn zu erstellen.
12. Bei Spannungsgefühlen, Suizidgedanken oder Schneidedrängen, die nicht mehr aushaltbar sind, wende ich mich an das Pflegepersonal.
13. Für dissoziative Zustände erarbeite ich mit meiner/m Therapeutin/en einen Plan, aus dem hervorgeht, wie ich mich selbst zurückholen oder zurückgeholt werden kann. Ich stimme diesen Maßnahmen ausdrücklich zu.
14. Ich arbeite an vorgegebenen Aufgaben mit meiner Bezugspflege (z.B. skills üben).
15. Zusätzliche Vereinbarungen, die für mich persönlich wichtig sind:

Neben den o.g. allgemeinen Regeln gelten die nachfolgend aufgeführten **spezifischen Vereinbarungen**:

- 1.) Nach Selbstverletzung: Wundversorgung, Time-out für den Tag, Verhaltensanalyse (VA) bis 21:00 Uhr, ansonsten am nächsten Tag

Anhang B: Wochenprotokoll

Wochenprotokoll

Name: _____

Datum von: _____ bis: _____

2010

Tag	M ja x	Schlaf Dauer	Essen/ Trinken j/n	Sport Bewegung Dauer	Disso- ziation j/n	Suicid- gedanken maximal	Selbstverletzendes Verhalten		Alkohol Drogen Medis j/n	Risiko- verhalten j/n	Anderes dysfunktionales Verhalten j/n	Not/ Elend Dauer	Vergnügen Spaß, Freude Dauer	Fertigkeiten j/n
							Drang maximal	Handlung j/n						
Mo														
Di														
Mi														
Do														
Fr														
Sa														
So														

Einschätzungen auf einer Skala von 0 (minimal) bis 10 (maximal).

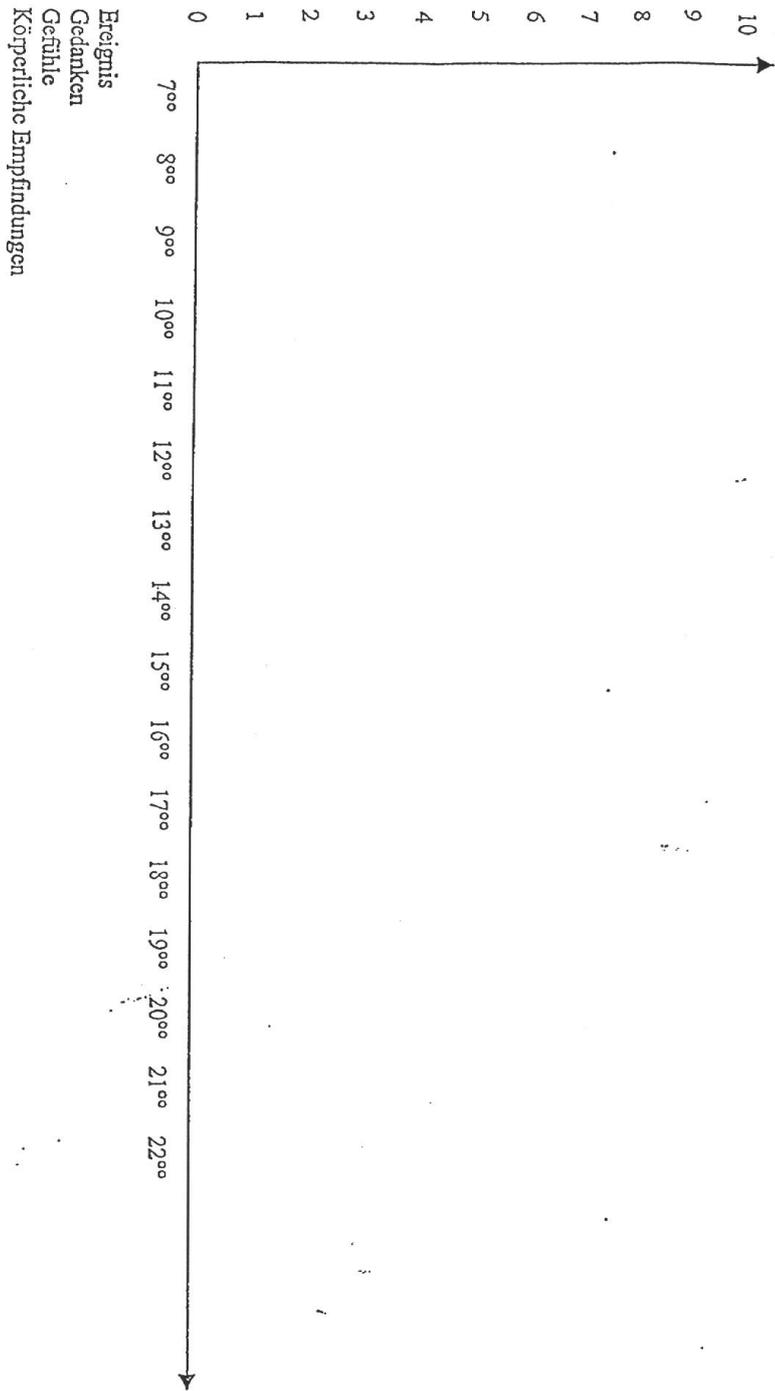
Anhang C: Spannungskurve

Spannungskurve

Name:

Therapeut:

Datum:



FBI

Verhaltensanalyse für Problemverhalten

1. Problemverhalten

Beschreiben Sie bitte ihr Problemverhalten im Detail. Was genau taten Sie? Wer außer Ihnen war beteiligt?

Was geschah mit Gegenständen, die Sie zur Handlung verwendeten?

Beschreiben Sie Ihr Problemverhalten so genau, dass ein/e Schauspieler/in in einem Theaterstück oder Film es nachspielen könnte.

2. Vorausgehende Bedingungen

Welches Ereignis ging dem Beginn des Problemverhaltens voraus?

Was taten, dachten, fühlten und stellten Sie sich vor, bevor das Problemverhalten begann?

Welche Körperempfindungen nahmen Sie wahr?

Wann begann das Problemverhalten?

Was von dem Vorhergegangenen war Ihrer Meinung nach das Wichtigste?

3. Anfälligkeitsfaktoren

Welche Faktoren machten Sie anfällig für das Problemverhalten?

Berücksichtigen Sie dabei folgende Aspekte:

Gestörtes Essen oder Schlafen, Verletzungen, körperliche Erkrankung.

Gebrauch von Alkohol oder Drogen, Missbrauch von Medikamenten, stressreiche Ereignisse in Ihrer Umgebung, intensive Gefühle.

Eigenes vorausgehendes Verhalten, das Sie belastend fanden.

4. Konsequenzen

Identifizieren Sie alles, was als Konsequenz aus Ihrem Problemverhalten folgte.

Dies beinhaltet Ihre eigenen Gefühle, Gedanken, Körpersymptome und Ihr Verhalten. Wie war dieses direkt nach dem Problemverhalten und wie später?

Wie haben andere Personen unmittelbar und mit Verzögerung reagiert?

Welche Wirkung hatte Ihr Verhalten auf Ihre Umgebung?

Welche Folgen hatte Ihr Verhalten für Sie selbst und für andere Personen?

5. Lösungsanalyse

Gehen Sie noch einmal Ihre Verhaltensanalyse durch. Identifizieren Sie alle Punkte, wo Sie falls Sie anders gehandelt hätten, das Problemverhalten hätten umgehen können.

Welche Fertigkeiten oder welches Bewältigungsverhalten hätten Sie anwenden können oder könnten sie nächstes Mal brauchen?

Anhang D: Verhaltensanalyse für Problemverhalten

Was hat dieses Mal den Gebrauch der Fertigkeiten verhindert?

Welche Art von Konsequenzen auf das Problemverhalten würde Ihnen helfen, das Verhalten zukünftig unter Kontrolle zu bringen?

6. Präventionsstrategien

Wie hätten Sie Ihre Anfälligkeit für das Problemverhalten verringern können?

Was könnten Sie in Zukunft berücksichtigen, um Ihre Anfälligkeit zu verringern?

DBT-Krise Fertigkeitentraining

Ziele des Fertigkeitentrainings:

- Erste Fertigkeiten zum Verständnis und im Umgang mit Krisen entwickeln (Stresstoleranzfertigkeiten)
- Erste Vorstellungen zur Emotionsregulation nach DBT entwickeln (Umgang mit Gefühlen)
- Erste Vorstellungen zur Anwendbarkeit sozialer Kompetenzstrategien entwickeln (Zwischenmenschliche Fertigkeiten)
- Motivation und Neugier wecken für eine spezifische ambulante und / oder stationäre Therapie (DBT)

Inhalte des Fertigkeitentrainings:

1. Einstieg: Spannungskurve (emotionale Dysregulation) und die vier Module des Fertigkeitentrainings
2. Thema I: Stresstoleranz
 - Was ist ein Notfallkoffer? Notfallkoffer mitnehmen und vorstellen
 - Strategien zur Krisenbewältigung (Arbeitsblatt 1)
 - Grundprinzipien für das Annehmen der Realität (Arbeitsblatt 5)
3. Thema II: Umgang mit Gefühlen
 - Ziele des Modus (Arbeitsblatt 1)
 - Die Verwundbarkeit gegenüber schmerzhaften Gefühlen verringern (Arbeitsblatt 6)
 - Liste angenehmer Aktivitäten (Arbeitsblatt 8)
4. Thema III: Zwischenmenschliche Fertigkeiten
 - Ungünstige Einstellungen und Mythen (Arbeitsblatt 4)
 - Ziele: Wozu dienen zwischenmenschliche Fertigkeiten (Arbeitsblatt 2)
 - Hindernisse (Arbeitsblatt 3)

Die Arbeitsblätter und das inhaltliche Vorgehen wurden dem Manual von M. Linehan (1996b) entnommen.

Struktur des Fertigkeitentrainings:

- 1 Stunde wöchentlich
- Zu Beginn und am Ende Achtsamkeitsübung
- Zu Beginn Vorstellung und Begrüßung neuer Teilnehmer.
- Spannungskurve und die vier Module des Fertigkeitentrainings werden vorgestellt.
- Informations- und Diskussionsphase zum jeweiligen Thema. Fokus liegt auf Motivierung und praktischer Anwendbarkeit.

DBT-Krise-Basisgruppe

Ziele der Basisgruppe:

- Information über die Borderline-Persönlichkeitsstörung vermitteln
- Akzeptanz der Diagnose erhöhen
- Wissen über Verhaltens- und Schematherapie vermitteln
- Transparenz des therapeutischen Vorgehens des Stationsteams erhöhen
- Motivation für eine störungsspezifische Therapie wecken

Inhalte der Basisgruppe:

1. Verhaltenstherapie Teil I Grundlagen
2. Verhaltenstherapie Teil II Verhaltensanalysen
3. Borderlinepersönlichkeitsstörung: Diagnostische Kriterien, Problemverhaltensmuster, Spannungskurve
4. Biosoziale Theorie
5. Dialektisch-Behaviorale Therapie
6. Schematherapie

Form der Vermittlung:

Schriftliches Informationsmaterial, das sich in der DBT-Basisgruppe der offenen Station bewährt hat (zu beziehen über Dr. K. Bernhardt, ZIP gGmbH).

Umfang und Ablauf der Gruppen:

- 2 x pro Woche 60 Minuten
- Zu Beginn und zum Ende der Stunde Achtsamkeitsübung
- Kurze Vorstellungsrunde und Vorstellung der Gruppenthemen
- Informationsphase anhand von schriftlichem Informationsmaterial
- Klärung von Fragen und Anwendung auf eigene praktische Beispiele

Notfallkofferfertigkeiten, die häufig angewendet werden:

Musik hören

Phantasiereise (sicherer Ort)

Igelball tasten, kneten

Joggen, Gymnastik, Spazieren gehen, Tanzen, Fahrrad fahren

Eiswürfel auf die Haut, andere Hautreize

Aufräumen, putzen

Duftöle riechen

Duschen

● **Tagebuch schreiben**

Gedankenspiele: z.B.: Stadt, Land, Fluß, in Gedanken rückwärts zählen

Ball an die Wand werfen

Yogaübungen

Meditation, Gebet, Ermutigung

Malen, Mandalas malen

Kneten, Töpfern

Gedichte lesen

Puzzlen

Fußbad, Fußmassage, Eincremen, Körperpflege

PC-Spiel

● **Achtsam Tee/ Kakao zubereiten und trinken**

Dinge benennen, beschreiben,

Rätseln

Radikale Akzeptanz (das ist jetzt so)

Text laut vortragen

Pro und Contra

Wärmflasche

Gameboy

Mit Stofftier für eine bestimmte Zeit zurückziehen

Leitfaden zur Vorstellung der Studie

- Wir untersuchen, wie gut das Kriseninterventionsprogramm, das speziell für akut aufgenommene Borderline-Patienten entwickelt worden ist, den Patienten hilft.
- Anhand unserer Untersuchung überprüfen wir, ob die spezifische Therapie auf der P6 den Patienten besser hilft als herkömmliche Methoden.
- Das Ziel ist immer den Patienten eine möglichst wirksame Therapie anbieten zu können und ihnen so gut wie möglich zu helfen.
- Ein sinnvoller Weg um herauszufinden, ob die Therapie gut wirkt, ist die direkte Befragung der Patienten, den sie können am besten beurteilen, wie gut die Therapie ihnen hilft.
- Es wird eine ganze Reihe von Fragebögen erhoben, weil wir detailliert schauen wollen, bezüglich welcher eventueller Problembereiche die Therapie bereits sehr gut wirkt und bezüglich welcher Bereiche das Programm weiter verbessert werden könnte.
- Die Therapeuten haben keinen Einblick in die Fragebögendaten und erhalten auch keine Rückmeldung. Die Anonymität ist gewährleistet, da Sie die Fragebögen nur mit Ihrer Codenummer versehen.

SKID:

- Der erste Teil des Interviews dient dazu, einen Einblick über aktuelle Probleme zu erhalten und der zweite Teil beschäftigt sich mit Ihrer Persönlichkeitsstruktur.
- Das Interview wird circa 1 bis 2 Stunden dauern.
- Das therapeutische Team von der P6 erhält eine Rückmeldung.
- Die Videos werden intern ausgewertet und eventuell wird die Diagnose gegenkontrolliert. Dieser Aspekt ist ein wichtiger Qualitätsstandard von Diagnosen.

Generell:

- Sie können jederzeit bei Unklarheiten nachfragen oder eine Pause einlegen.
- Gibt es irgend etwas auf das ich besonders achten muss?
- Gibt es von Ihrer Seite aus noch irgendwelche Fragen?

Leitfaden zum Untersuchungsablauf

1. Benachrichtigung einer Neuaufnahme

- Erste Frage: Verdacht auf BPS oder gesichertes Vorliegen von BPS?
- Zweite Frage: Ist PatientIn untersuchungsfähig?
- Wenn PatientIn untersuchungsfähig, Termin mit der Pflege festlegen, diesen auf der Flipchart eintragen und PatientIn aufrichten lassen

2. Erster Termin

- Vor dem Termin evtl kurz vorher anrufen, ob PatientIn aktuell untersuchungsfähig ist
- Material: BPS- Sektion (bei Verdacht) bzw. Eingangsbögen, AV- Bögen Therapeuten- und Patientenfragebogen (bei gesicherter BPS),
- Aus den auf Stapeln sortierten AV- Bögen nach Messprotokoll (hängt aus) diejenigen zusammenstellen, die für den Messzeitpunkt benötigt werden
- Bei Pflegepersonal melden und Raumnutzung abklären
- Kurzanamnese lesen, bzw. Umstände der Aufnahme erfragen

Bei BPS- Verdacht:

- Exploration SKID II und BPS- Sektion durchführen
- Ergebnis Therapeuten mitteilen bzw. ins Fach legen
- Bei BSP- Diagnose: Am gleichen oder nächsten Tag anrufen, Termin für AV- Erhebung mit Pflege vereinbaren und PatientIn aufrichten lassen, auf Flipchart eintragen lassen (weiter siehe gesicherte BPS)
- Keine BPS- Diagnose: Eintragung „Patienten im Untersuchungszeitraum“

Bei gesicherter BPS:

- Auf Code-Liste (hängt aus) den Code für die Patientin durchstreichen, AV- Bögen und Eingangsbögen mit Code versehen!!!
- PatientIn Informationen zur Studie und ihren Ablauf geben, Einverständniserklärung unterschreiben lassen
- (bei fehlender Einwilligung: Eintragung „Patienten im Untersuchungszeitraum“)
- Personendatenbögen ausfüllen
- AV- Bögen austeilen → sollte PatientIn nicht alle Bögen auf einmal ausfüllen können, vereinbaren, dass diese nach Ausfüllen bei der Pflege abgegeben werden können (Fach)
- Mit PatientIn LPC- Termin vereinbaren
- Eintragung „Patienten im Untersuchungszeitraum“, Messprotokoll, Termini usw.
- Therapeutenbogen ins Fach legen

- Studienaufkleber auf BPS- Stammblatt (wenn BPS Stammblatt noch nicht vorhanden ist in Kardex reinlegen, Stationszimmer- Schreibtisch: 2 Schublade von oben)
- Sternchen auf Flipchart
- Einverständniserklärung kopieren, in den Ordner auf der P 6 abheften

3. LPC- Durchführung (in den ersten 3 Tagen nach Aufnahme)

- LPC- Bögen mit Code versehen und abheften
- PatientIn mitteilen, wann man die nächsten AV- Bögen vorbei bringt und darum bitten, diese im Stationszimmer abzugeben

4. Sonstiges in den ersten Tagen

- Darauf achten, dass Therapeutenbögen ausgefüllt werden
- Therapeutin befragen, ob Einschlusskriterien, die jetzt schon bewertet werden können, erfüllt sind, bei Nicht-Erfüllung: alle Patientenunterlagen in Drop out –Ordner abheften, Eintragung „Patienten im Untersuchungszeitraum“
- Kontrollieren, dass Fixierungs- Selbstverletzung- und Entweichungsbögen im Kardex sind

5. SKID II- Testung (in der 2. Woche)

- SKID I und II-Termine nach zweiter AV- Messung mit PatientIn vereinbaren
- Auf Flipchart eintragen
- Wenn PatientIn Ausgang hat (siehe Flipchart) Videotermin auf P5 in Kalender eintragen
- Wenn Patientin keinen Ausgang hat, vorher die Raumnutzung besprechen (Kamera in Multifunktionsraum oder im Zimmer von Frau Körper aufstellen)
- Material: SKID II, 2 Diagnosebögen SKID II, Screeningbogen SKID I (ein Stapel) → bei anfänglichen gesicherter BSP- Diagnose zusätzlich Exploration SKID II und BPS- Sektion (ein Stapel), Videokassette
- Beide Diagnosebögen ausfüllen, einen ins Therapeutenfach, den anderen zusammen mit SKID II, inkl. BPS- Sektion und zugehörigem Explorationsleitfaden mit Code versehen und abheften
- Videokassettenhülle mit Code versehen

6. SKID I- Testung (in der 2. Woche)

- Bereits erhobenen Screeningbogen SKID I anschauen: Sektionen von mit „Nein“ beantworteten Fragen im SKID I ankreuzen und dementsprechend überspringen
- Material: Eigener reduzierter SKID I, Explorationsbogen und 2 Diagnosebögen (ein Stapel)

- Beide Diagnosebögen ausfüllen, einen ins Therapeutenfach, den anderen zusammen mit dem Explorationsleitfaden mit Code versehen und abheften

7. Zum Ende der 3 Wochen

- Wochenprotokollbögen kopieren
- Nochmals Therapeutin hinsichtlich der Erfüllung der Einschlusskriterien befragen
- Patientenfragebogen zum Ende schon einige Tage vor der Entlassung zum Ausfüllen austeilen

Aus dem PHI

Anhang A

Definition und Abgrenzung von parasuizidalem Verhalten

Parasuizidale Handlung

Jede offene, akute, klar selbstverletzende Handlung; sowohl die Handlung, als auch die Verletzung sind bewußt und gewollt (d.h. nicht zufällig).

Tabletten

- Jede Menge über der verschriebenen Dosis, die in der Absicht genommen wird, sich selbst Schaden zuzufügen, zählt als parasuizidale Handlung. Dazu zählt auch schon eine minimale Menge; wenn in der Absicht, sich zu schaden (z.B. sich umzubringen, sich krank zu machen) nur zwei Tabletten mehr genommen werden, als verschrieben, dann zählt das ebenfalls als parasuizidale Handlung.
- Tabletten oder Medikamente müssen eingenommen sein, d.h. wenn jemand die Tabletten in der Hand hat oder sogar drauf und dran ist, die Tabletten in den Mund zu stecken, zählt das nicht als parasuizidale Handlung.
- Erst in dem Moment, in dem die Tabletten im Mund sind, zählt das als parasuizidale Handlung.
- Wenn Tabletten lediglich genommen werden, um gut zu schlafen, zählt dies ebenfalls nicht. Schlaf aufgrund von Tabletteneinnahme zählt nur, wenn exzessiv langer Schlaf resultiert (z.B. ein ganzes Wochenende oder eine sehr viel längere Schlafperiode als üblich).
- Tabletteneinnahme zählt nicht als parasuizidale Handlung, wenn sie nur genommen wurden, um high zu werden, sich besser zu fühlen, oder wenn es Ausdruck des üblichen Tablettenmißbrauchs der Patientin war.

Alkohol

- Alkoholkonsum alleine, ohne daß zusätzlich eine andere Substanz eingenommen wurde, zählt nicht als parasuizidale Handlung.
- Ausnahme ist, daß es ganz klare und eindeutige Hinweise darauf gibt, daß der Patientin (z.B. durch einen Arzt) bekannt war, daß ihr Alkoholkonsum unmittelbar Schaden zufügt, bzw. tödlich sein kann und daß die Patientin deswegen Alkohol getrunken hat.
- Wenn jemand Alkohol trinkt in der Hoffnung, eine Leberzirrhose zubekommen und daran zu sterben, zählt dies nicht als parasuizidale Handlung.

Gift

- Die Substanz muß verschluckt sein.
- Gift beinhaltet jedes Nahrungsmittel bzw. Substanz, von der die Patientin weiß, bzw. ihr gesagt wurde, daß sie Schaden zufügt (z.B. für eine Diabetikerin Zucker in solchen Mengen, daß es negative, physiologische Reaktionen auslöst) und die die Patientin in der Absicht, sich zu schaden, einnimmt.

Schießen

- Die Patientin muß abgedrückt haben und mindestens eine Hautverletzung davon haben.
 - Russisches Roulette, wenn mit Sicherheit bekannt ist, daß wenigstens eine Kugel in der Schießwaffe war,
 - zählt als parasuizidale Handlung, wenn die Patientin mit der eindeutigen Absicht, sich zu verletzen, auf ihren Körper gezielt hat.

Schneiden

- Die Haut muß verletzt sein, nicht nur aufgerieben o.ä.

Stechen

- Gestochen oder gedrückt mit einer spitzen Waffe, die Haut muß verletzt sein.

Strangulieren

- Eng genug, um eine physiologische Reaktion hervorzurufen, z.B. Schwindel
- Wenn bekannt ist, daß Strangulieren ein klares Risiko darstellt (z.B. bei Vorliegen einer Epilepsie).

Erhängen

- Die Handlung wird mit der Absicht ausgeführt, sich Schaden zuzufügen

Springen

- Die Handlung wird mit der Absicht oder dem Glauben ausgeführt, sich Schaden zuzufügen.
- Die Füße über ein Brückengeländer herabhängenlassen oder am Brückengeländer hängen und sich mit den Händen festhalten, zählt nicht als parasuizidale Handlung.

Ersticken

- Die Handlung selbst zählt als parasuizidale Handlung, auch wenn kein Schaden verursacht wurde. Wenn die Patientin alle notwendigen Vorbereitungen getroffen hat, z.B. einen Schlauch an das Auspuffrohr angeschlossen, den Motor angelassen und das andere Ende des Schlauches in den Mund gesteckt, dann zählt das als parasuizidale Handlung, auch wenn es nicht funktioniert hat, weil beispielsweise der Schlauch geschmolzen ist o.ä.

Ertränken

- Wenn die Patientin so gehandelt hat, daß sie Grund hat zu glauben, daß sie aufgrund ihrer Handlung stirbt, zählt dies als parasuizidale Handlung, auch wenn der Versuch mißglückt ist. Z.B. wenn die Patientin in die Mitte eines großen Sees hinaus schwimmt, aber nicht erschöpft genug ist oder von anderen Personen gerettet wird.
- Die Füße über eine Brücke hängen, aber nicht herunterspringen, zählt nicht als parasuizidale Handlung.

Bulimie

- Normalerweise zählt bulimisches Verhalten nicht als parasuizidale Handlung.
- Ausnahme ist, wenn es einen klaren und überzeugenden Grund dafür gibt, daß ein bulimischer Anfall Schaden zufügt (z.B. das Elektrolytgleichgewicht zu stören) und wenn beides, die

Handlung und der Schaden, beabsichtigt war.

Kopf stoßen

- Die Handlung und die Verletzung müssen beides beabsichtigt sein und es muß eine eindeutige Verletzung vorliegen (blauer Fleck, Schwellung).
- Aus Ärger oder Frustration mit der Faust auf etwas hauen ohne die Absicht sich zu verletzen, zählt nicht als parasuizidale Handlung.

Data Entry ID: _____ Interviewer ID # & ID: _____
Date: _____ Client ID #: _____
Second Entry ID: _____ Date: _____
Date: _____ Assessment: _____ Session: _____

Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten (LPC)

Anleitung:

Wir werden jetzt über die Selbstverletzungen und Suizidversuche sprechen.

Bitte denken Sie an Zeiten, in denen Sie sich absichtlich verletzt haben. Dies kann viele Dinge umfassen, z.B. sich schneiden oder verbrennen, eine Überdosis Tabletten nehmen oder sich mit dem Kopf stoßen. Rauchen, Trinken oder Magersucht, die zwar nicht harmlos sind, aber auch nicht akut gefährlich, gehören hier nicht dazu. Wenn Sie aber absichtlich hungern, und Ihren Elektrolyt-Haushalt aus der Balance bringen, dann zählt das als Selbstverletzung.

Menschen haben verschiedene Gründe, wenn Sie sich selbst verletzen. Ich möchte Sie bitten, jede Selbstverletzung zu berücksichtigen, gleichgültig, ob es ein Versuch war, sich das Leben zu nehmen oder nicht.

Anhang J: Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten - LPC

Der LPC bezieht sich im Verlauf des zweijährigen Messzeitraumes auf verschiedene Zeitspannen, zu jedem Zeitpunkt muss die Häufigkeit der parasuizidalen Handlungen der letzten Monate einzeln erfasst werden.

1. Haben Sie sich jemals selbst verletzt? (1=Ja, 2=Nein) (Wenn nein, alle anderen Fragen '-8')

JA NEIN

NEIN Weiter mit Frage 3. a)

JA Weiter mit Frage 2. a)

2. a) Wann haben Sie sich zum ersten Mal absichtlich verletzt, wie alt waren Sie da?

b) Was haben Sie getan?

3. a) Haben Sie jemals in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen?

JA NEIN

Wenn ja, wann war das? _____

b) Haben Sie seitdem noch einen (oder mehrere) Suizidversuche unternommen? Wenn ja, wieviele und wann war das?

Es ist wichtig für uns, genau zu verstehen, was Sie getan haben, um sich selbst zu verletzen; was die Selbstverletzung ausgelöst hat und ob Sie eine medizinische Behandlung gebraucht haben.

Hier ist eine Aufstellung von verschiedenen Arten, wie Menschen sich verletzt haben.

Ich möchte jetzt mit Ihnen die Liste durchgehen und ich werde Ihnen dazu noch ein paar Fragen stellen.

Die Patientin erhält die Liste mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, die einzelnen Items dieser Liste werden dann gemeinsam auf den folgenden Tabellen eingeschätzt.

Zeitraum sind die letzten zwei Jahre bzw. die Zeit seit dem letzten Interview und zwar für jeden Monat einzeln.

Wenn in den letzten zwei Jahren keine Selbstschädigung vorkam, müssen die letzten 5 Jahre erfragt werden; in diesem Zeitraum müssen mindestens zwei Selbstverletzungen oder ein Suizidversuch vorliegen, sonst erfüllt die Patientin nicht die Einschlusskriterien.

Die Fragen, die zu jeder Methode gestellt werden, sind:

1. Wie häufig haben Sie sich auf diese Weise verletzt?

- a) Hatten Sie die Absicht zu sterben?
- b) Waren Ihre Gefühle bezüglich Leben und Tod zwiespältig?
- c) Hatten Sie nicht die Absicht zu sterben?

2. a) Wie häufig waren Sie wegen der Selbstverletzung in medizinischer Behandlung?

- b) Welche medizinische Behandlung haben Sie dafür bekommen?

In den folgenden Tabellen werden für die Fragen

- 1a), 1b), 1c) und 2a) Häufigkeiten eingetragen, für
- 2b) die Art der medizinischen Behandlung.

Sich absichtlich schneiden

Mit Absicht eine zu hohe Dosis an Drogen oder Tabletten nehmen

Sich absichtlich Verbrennungen zufügen

Versuchen, sich zu strangulieren oder sich aufzuhängen

Hinabstürzen mit der Absicht, sich zu verletzen

Auf sich selbst schießen

Absichtlich giftige oder ätzende Mittel schlucken

Versuchen, sich zu ersticken

Versuchen, sich zu ertränken

Sich absichtlich stechen

Absichtlich den Kopf stoßen

Sonstiges

LPC

Datum: _____ Codenr.: _____

Methode	Häufigkeiten			Art der med. Behandlungen(en)	
	Zeitschiene	Suizidale Absicht	Ambivalent	keine suizidale Absicht	med. Behandlung(en)
Sich absichtlich schneiden					
	zurückliegender Monat:				
	vor 1 Woche				
	vor 2 Wochen				
	vor 3 Wochen				
	vor 4 Wochen				
	vor 2 Monaten				
	vor 3 Monaten				
	vor 4 Monaten				
	letzten 2 Jahren insgesamt				
Mit Absicht eine zu hohe Dosis an Drogen oder Tabletten nehmen					
	zurückliegender Monat:				
	vor 1 Woche				
	vor 2 Wochen				
	vor 3 Wochen				
	vor 4 Wochen				
	vor 2 Monaten				
	vor 3 Monaten				
	vor 4 Monaten				
	letzten 2 Jahren insgesamt				

Datum: _____ Codenr.: _____

Methode Zeitschiene	Häufigkeiten			Art der med. Behandlungen(en)	
	Suizidale Absicht	Ambivalent	keine suizidale Absicht	med. Behand- lung(en)	
Sich absichtlich Verbrennungen zufügen					
zurückliegender Monat:					
vor 1 Woche					
vor 2 Wochen					
vor 3 Wochen					
vor 4 Wochen					
vor 2 Monaten					
vor 3 Monaten					
vor 4 Monaten					
letzten 2 Jahren insgesamt					
Versuchen, sich zu strangulieren oder sich aufzuhängen					
zurückliegender Monat:					
vor 1 Woche					
vor 2 Wochen					
vor 3 Wochen					
vor 4 Wochen					
vor 2 Monaten					
vor 3 Monaten					
vor 4 Monaten					
letzten 2 Jahren insgesamt					

Datum: _____ Codenr.: _____

Methode	Häufigkeiten			Art der med. Behandlungen(en)
	Zeitschiene	Suizidale Absicht	Ambivalent	
Hinabstürzen mit der Absicht, sich zu verletzen				
	zurückliegender Monat:			
	vor 1 Woche			
	vor 2 Wochen			
	vor 3 Wochen			
	vor 4 Wochen			
	vor 2 Monaten			
	vor 3 Monaten			
	vor 4 Monaten			
	letzten 2 Jahren insgesamt			
Auf sich selbst schießen				
	zurückliegender Monat:			
	vor 1 Woche			
	vor 2 Wochen			
	vor 3 Wochen			
	vor 4 Wochen			
	vor 2 Monaten			
	vor 3 Monaten			
	vor 4 Monaten			
	letzten 2 Jahren insgesamt			

3

Datum: _____ Codenr.: _____

Methode Zeitschiene	Häufigkeiten			Art der med. Behandlungen(en)
	Suizidale Absicht	Ambivalent	keine suizidale Absicht	
Absichtlich giftige oder ätzende Mittel schlucken				
zurückliegender Monat:				
vor 1 Woche				
vor 2 Wochen				
vor 3 Wochen				
vor 4 Wochen				
vor 2 Monaten				
vor 3 Monaten				
vor 4 Monaten				
letzten 2 Jahren insgesamt				
Versuchen, sich zu ersticken				
zurückliegender Monat:				
vor 1 Woche				
vor 2 Wochen				
vor 3 Wochen				
vor 4 Wochen				
vor 2 Monaten				
vor 3 Monaten				
vor 4 Monaten				
letzten 2 Jahren insgesamt				

Datum: _____ Codenr.: _____

Methode	Häufigkeiten			Art der med. Behandlungen(en)
	Zeitschiene	Suizidale Absicht	Ambivalent	
Versuchen, sich zu ertränken				
	zurückliegender Monat:			
	vor 1 Woche			
	vor 2 Wochen			
	vor 3 Wochen			
	vor 4 Wochen			
	vor 2 Monaten			
	vor 3 Monaten			
	vor 4 Monaten			
	letzten 2 Jahren insgesamt			
Sich absichtlich stechen				
	zurückliegender Monat:			
	vor 1 Woche			
	vor 2 Wochen			
	vor 3 Wochen			
	vor 4 Wochen			
	vor 2 Monaten			
	vor 3 Monaten			
	vor 4 Monaten			
	letzten 2 Jahren insgesamt			

Datum: _____ Codenr.: _____

Methode Zeitschiene	Häufigkeiten			Art der med. Behandlungen(en)	
	Suizidale Absicht	Ambivalent	keine suizidale Absicht	med. Behand- lung(en)	
Absichtlich den Kopf stoßen					
zurückliegender Monat:					
vor 1 Woche					
vor 2 Wochen					
vor 3 Wochen					
vor 4 Wochen					
vor 2 Monaten					
vor 3 Monaten					
vor 4 Monaten					
letzten 2 Jahren insgesamt					
Sonstiges					
zurückliegender Monat:					
vor 1 Woche					
vor 2 Wochen					
vor 3 Wochen					
vor 4 Wochen					
vor 2 Monaten					
vor 3 Monaten					
vor 4 Monaten					
letzten 2 Jahren insgesamt					

Fragebogen A
für Patienten und Patientinnen
zu Beginn der Behandlung

Wie wird`s gemacht?

Liebe Patientin, lieber Patient!

In unserer Klinik wird eine wissenschaftliche Untersuchung von einigen MitarbeiterInnen durchgeführt. Wir wollen wissen, wie wir für die Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in akuten Notsituationen eine noch schnellere, kompetentere und effektivere Hilfe leisten können. Dafür benötigen wir Ihre freiwillige Mitarbeit.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Es erwarten Sie Fragen zur professionellen und sozialen Unterstützung und zu Ihrer aktuellen Befindlichkeit. Beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig und spontan, ohne lange nachzudenken. Wenn Sie bestimmte Fragen nicht beantworten wollen, ist dieses natürlich möglich. Beachten Sie bitte, dass Ihre Daten von uns vertraulich behandelt und anonym ausgewertet werden.

Zur Veranschaulichung zeigen Ihnen folgende Beispiele, wie Sie den Bogen ausfüllen sollen.

Beispiel 1:

Bitte machen Sie dabei ein deutliches Kreuz in den kleinen Kästchen.

Geschlecht: männlich.....

weiblich.....

Beispiel 2:

Oder geben Sie inhaltliche Antworten als Text oder Zahlen.

Wann und wo wurden Sie geboren?

In: _____

Monat und Jahr: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einige Angaben zu Ihrer Person

Nummer des Fragebogens

Tragen Sie bitte Datum und Zeit, zu der Sie mit dem Ausfüllen beginnen, hier ein:

Heute ist der . . , : Uhr.

1. Bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Vornamen ein:

2. Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich 1

Weiblich 2

3. Wie alt sind Sie?

Erfahrungen mit professioneller Hilfe

A-Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie

1. Waren Sie schon einmal bei einer/m Psychotherapeutin/en?

Ja..... 1

Nein..... 2

Bei Nein springen Sie bitte zu Frage 9

2. Wenn ja, wann hatten Sie das erste Mal Kontakt zu ambulanter Psychotherapie?

Geben Sie möglichst Monat und Jahr an:

3. Sind Sie derzeit in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?

Ja..... 1

Nein..... 2

Bei nein, springen Sie bitte zu Frage 6.

4. Wie bewerten Sie die Erfahrungen mit Ihrer ambulanten Psychotherapie auf einer Skala von 1-7?

Sehr
hilfreich

nicht
hilfreich

1 2 3 4 5 6 7

5. Inwieweit gibt es in Ihrer derzeitigen ambulanten Therapie Schwierigkeiten?

Es gibt jetzt keine erheblichen Schwierigkeiten..... 1

Die Therapeutin ist abwesend durch Urlaub..... 2

Die Therapeutin ist abwesend durch Krankheit..... 3

Ich habe häufig Termine versäumt..... 4

Ich habe die Therapie abgebrochen / unterbrochen..... 5

Sonstiges..... 6

nämlich:

6. Wie häufig haben Sie bisher eine Therapie begonnen und von sich aus abgebrochen?

Gar nicht..... 0 Mal

7. Wie häufig haben Sie bisher eine Therapie begonnen und geplant beendet?

Gar nicht..... 0 Mal

8. Wie bewerten Sie die Erfahrungen mit früheren Psychotherapien auf einer Skala von 1 - 7?

Sehr hilfreich							nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	

9. Wenn Sie zur Zeit keine ambulante Therapie machen, woran liegt das?

Ich habe keinen Therapieplatz gefunden..... 1

Ich halte zu wenig von Psychotherapie..... 2

Ich habe gerade eine Therapie abgebrochen oder unterbrochen..... 3

Ich bin bisher noch nicht auf die Idee gekommen..... 4

Sonstiges: 5

10. Planen Sie nach dem stationären Aufenthalt eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen?

Ja..... 1

Nein..... 2

Weiß nicht..... 0

11. Wann wurde die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung das erste Mal gestellt?

Geben Sie bitte möglichst **Monat und Jahr** an: _____

B. Erfahrungen mit stationären Aufenthalten

12. Wie häufig waren Sie bereits in stationärer, psychiatrischer Behandlung?

Vor der jetzigen Behandlung nie..... 0 **Bei Nie springen Sie bitte zu Frage 18**

Vor der jetzigen Behandlung etwa Mal

13. Wann waren Sie das letzte Mal in stationärer, psychiatrischer Behandlung?

Geben Sie bitte möglichst Monat und Jahr an: _____

14. Wo waren Sie das letzte Mal in stationärer, psychiatrischer Behandlung?

15. In welchem Lebensalter waren Sie das erste Mal in stationärer, psychiatrischer Behandlung?

16. Wie häufig waren Sie bereits hier in der psychiatrischen Klinik?

Geben Sie bitte die Anzahl möglichst genau an: _____

17. Wie bewerten Sie die bisherigen Erfahrungen mit den stationären Behandlungen auf einer Skala von 1-7?

Sehr hilfreich							nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	

18. Planen Sie einen erneuten stationären Aufenthalt zur gezielten Behandlung Ihrer Schwierigkeiten?

Ja..... 1 Und zwar: _____

Nein..... 2 _____

Weiß nicht..... 0

C. Erfahrungen mit ambulanter Betreuung

19. Wie häufig waren Sie in einer der folgenden ambulanten Betreuungseinrichtungen untergebracht?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Nie	1 Mal	2 Mal	öfter
Heim.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Pflegefamilie.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Frauenhaus.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Mädchenhaus.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Obdachlosenheim.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Betreutes Wohnen.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

20. Wenn Sie betreut wohn(t)en: wie intensiv war die Betreuung beim letzten Mal?

- rund um die Uhr..... 1
- täglich..... 2
- 3x Woche..... 3
- 2x Woche..... 4
- 1x Woche..... 5

21. Wohnen Sie zur Zeit betreut?

- Ja, vollstationär..... 1
- Ja, teilstationär..... 2
- Ja, 3x pro Woche..... 3
- Ja, 2x pro Woche..... 4
- Ja, 1x pro Woche..... 5
- Nein..... 6

22. Planen Sie, nach diesem stationären Aufenthalt, betreut zu wohnen?

- Ja, vollstationär..... 1
- Ja, teilstationär..... 2
- Ja, 3x pro Woche..... 3
- Ja, 2x pro Woche..... 4
- Ja, 1x pro Woche..... 5
- Nein..... 6
- Weiß nicht..... 0

23. Wie bewerten Sie Ihre derzeitige Betreuung auf einer Skala von 1-7?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehr
hilfreich | | | | | | | nicht
hilfreich |
| <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

24. Welche ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten nutzen Sie zur Zeit?

- | | Täglich | wöchentlich | 14tägig | monatlich | nie |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Treffpunkt..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | 0 <input type="checkbox"/> |
| Beratungsstelle..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | 0 <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfegruppe..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | 0 <input type="checkbox"/> |
| Angeleitete Gruppen..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | 0 <input type="checkbox"/> |

25. Wie bewerten Sie Ihre bisherigen Erfahrungen auf einer Skala von 1-7?

	hilfreich					nicht hilfreich	
Treffpunkt.....	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7
Beratungsstelle.....	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7
Selbsthilfegruppen.....	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7
Angeleitete Gruppen.....	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

Erfahrungen mit Familie, Freunden und Bekannten

26. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst und Kinder mitgerechnet?

Insgesamt Person(en)

Davon Person(en) unter 18 Jahren

27. Ihr Familienstand

Ledig..... 1

Verheiratet..... 2

Geschieden..... 3

Verwitwet..... 4

Eingetragene Lebenspartnerschaft 5

28. Leben Sie allein oder in einer Gemeinschaft?

Lebe allein..... 1 **Wenn Sie allein leben, springen Sie zu Frage 28**

Lebe in einer festen heterosexuellen Partnerschaft.. 2

Lebe in einer festen homosexuellen Partnerschaft.. 3

Lebe in einer Wohngemeinschaft..... 4

Lebe allein mit Kindern..... 5

Lebe in meiner Herkunftsfamilie..... 6

29. Wenn Sie in einer Ehe bzw. Partnerschaft leben. Wie oft haben Sie in den vergangenen Wochen folgendes gemacht?

	Nie	Manchmal	Oft	Immer
Einen Abend gemütlich zusammen gesessen und sich unterhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Zusammen herzlich über etwas gelacht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sich miteinander sehr nah und vertraut gefühlt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Fühlen Sie sich in Ihrer Partnerschaft verstanden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

30. Wie schätzen Sie Ihr soziales Umfeld ein, inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Stimmt völlig	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	Stimmt gar nicht
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich fühle mich häufig aus- geschlossen und allein.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

31. Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?

- Keine Person..... 0
- 1 Person..... 1
- 2 bis 3 Personen..... 2
- Mehr als 3 Personen..... 3

32. Was können Sie selbst tun, wenn Sie in Not sind? Bitte nennen Sie alles, was Ihnen spontan einfällt.

Aktuelle Befindlichkeit

34. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

		Sehr unzufrieden						sehr zufrieden
	1	2	3	4	5	6	7	
Wie zufrieden sind Sie...								
mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Wohnsituation	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer finanziellen Lage	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Freizeit	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer familiären Situation	<input type="checkbox"/>							
mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekanntem?	<input type="checkbox"/>							

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen...

		1 sehr unzufrieden						6 sehr zufrieden	
	1	2	3	4	5	6	7		
Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>								

33. Wie stark fühlen Sie sich heute auf einer Skala von 1-7 in Ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt?

Sehr stark							fast nicht
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	

Jetzt noch einige Fragen zum Schluß.

34. Welchen Eindruck haben Sie bisher von Ihrer stationären Behandlung bei uns?

Ich finde gut:

Ich finde schlecht:

Sonstiges:

35. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Wenn Sie nicht mehr wissen, wann Sie angefangen haben, blättern Sie bitte zurück zum Beginn des Fragebogens.

Etwa Minuten

36. Und wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

Anregend, aufschlussreich..... 1

Ziemlich langweilig..... 2

Eher lästig..... 3

Richtig unangenehm..... 4

Fragebogen B
für Patienten und Patientinnen
nach 3 Wochen

Wie wird`s gemacht?

Liebe Patientin, lieber Patient!

In unserer Klinik wird eine wissenschaftliche Untersuchung von einigen MitarbeiterInnen durchgeführt. Wir wollen wissen, wie wir für die Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in akuten Notsituationen eine noch schnellere, kompetentere und effektivere Hilfe leisten können. Dafür benötigen wir Ihre freiwillige Mitarbeit.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Es erwarten Sie Fragen, die Sie bereits kennen. Dennoch ist es für uns wichtig, dass Sie diese Fragen nochmals bearbeiten. Beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig und spontan, ohne lange nachzudenken. Wenn Sie bestimmte Fragen nicht beantworten wollen, ist dieses natürlich möglich. Beachten Sie bitte, dass Ihre Daten von uns vertraulich behandelt und anonym ausgewertet werden.

Zur Veranschaulichung zeigen Ihnen folgende Beispiele, wie Sie den Bogen ausfüllen sollen.

Beispiel 1:

Bitte machen Sie dabei ein deutliches Kreuz in den kleinen Kästchen.

Geschlecht: männlich.....

weiblich.....

Beispiel 2:

Oder geben Sie inhaltliche Antworten als Text oder Zahlen.

Wann und wo wurden Sie geboren?

In: _____

Monat und Jahr: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einige Angaben zu Ihrer Person

Nummer des Fragebogens

Tragen Sie bitte Datum und Zeit, zu der Sie mit dem Ausfüllen beginnen, hier ein:

Heute ist der . . , : Uhr.

4. Bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Vornamen ein:

Erfahrungen mit professioneller Hilfe

37. Planen Sie nach dem stationären Aufenthalt eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen?

Ja, ich suche einen Therapieplatz..... 1

Ja, ich setze meine Therapie fort..... 2

Nein..... 3

Weiß nicht..... 0

38. Wenn Sie eine Therapie suchen, haben Sie bereits Anstrengungen unternommen?

Ja..... 1

Nein..... 2

Weiß nicht..... 0

39. Bitte beschreiben Sie, was genau Sie bisher unternommen haben?

40. Wenn Sie eine Therapie machen, hatten Sie Kontakt zu dem oder der ambulanten TherapeutIn während Ihrer Zeit hier auf Station?

Ja..... 1

Nein..... 2

41. Wie viele Kontakte hatten Sie?

--	--

42. Welcher Art waren die Kontakte?

Persönliche Besuche..... 1

Telefonische Kontakte..... 2

Briefliche Kontakte..... 3

43. Wie haben Sie diese Kontakte insgesamt auf einer Skala von 1-7 erlebt?

Sehr hilfreich						nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

44. Wie bewerten Sie Ihre Erfahrungen mit den einzelnen Bausteinen der stationären Behandlung auf der Station P6 auf einer Skala von 1-7?

Die Einzeltherapie fand ich...

sehr hilfreich						nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

Die Betreuung durch das Pflegepersonal fand ich...

sehr hilfreich						nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

Die Gruppentherapieangebote fand ich...

sehr hilfreich						nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

Die Ergotherapiegruppe fand ich...

sehr hilfreich							nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	

45. Planen Sie einen erneuten stationären Aufenthalt zur gezielten Behandlung Ihrer Schwierigkeiten?

Ja..... 1 und zwar: _____

Nein..... _____

Weiß nicht..... 0

46. Planen Sie, nach diesem stationären Aufenthalt, betreut zu wohnen?

Ja, vollstationär.....

Ja, teilstationär..... 2

Ja, 3x pro Woche..... 3

Ja, 2x pro Woche..... 4

Ja, 1x pro Woche..... 5

Nein..... 6

Weiß nicht..... 0

47. Hatten Sie Kontakt zu ambulanten Betreuungspersonen während Ihrer Zeit hier in unserer Klinik?

Ja..... 1

Nein..... 2

48. Wie häufig waren die Kontakte?

--	--

49. Welcher Art waren die Kontakte?

Persönliche Besuche..... 1

Telefonische Kontakte..... 2

Briefliche Kontakte..... 3

50. Wie haben Sie diese Kontakte insgesamt auf einer Skala von 1-7 erlebt?

Sehr hilfreich							nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	

Erfahrungen mit Familie, Freunden und Bekannten

51. Leben Sie allein oder in einer Gemeinschaft?

Lebe allein.....1 **Wenn Sie allein leben,**
springen Sie zu Frage 28

Lebe in einer festen heterosexuellen Partnerschaft.. 2

Lebe in einer festen homosexuellen Partnerschaft.. 3

Lebe in einer Wohngemeinschaft..... 4

Lebe allein mit Kindern..... 5

Lebe in meiner Herkunftsfamilie..... 6

52. Wenn Sie in einer Ehe bzw. Partnerschaft leben. Wie oft haben Sie in den vergangenen Wochen folgendes gemacht?

	Nie 1	Manchmal 2	Oft 3	Immer 4
Einen Abend gemütlich zusammen gessen und sich unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen herzlich über etwas gelacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich miteinander sehr nah und vertraut gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in Ihrer Gemeinschaft/ verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Wie schätzen Sie Ihr soziales Umfeld ein, inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Stimmt völlig 1	trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Stimmt gar nicht 4
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?

- Keine Person..... 1
- 1 Person..... 2
- 2 bis 3 Personen..... 3
- Mehr als 3 Personen..... 4

55. Was können Sie selbst tun, wenn Sie in Not sind? Bitte nennen Sie alles, was Ihnen spontan einfällt.

Bei Platzmangel verwenden Sie bitte die Rückseite des Blattes!

Aktuelle Befindlichkeit

34. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

		Sehr unzufrieden						sehr zufrieden
	1	2	3	4	5	6	7	
Wie zufrieden sind Sie...								
mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Wohnsituation	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer finanziellen Lage	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Freizeit	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer familiären Situation	<input type="checkbox"/>							
mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekanntem?	<input type="checkbox"/>							

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen...

		1 sehr unzufrieden						6 sehr zufrieden	
	1	2	3	4	5	6	7		
Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>								

56. Wie stark fühlen Sie sich heute auf einer Skala von 1-7 in Ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt?

Sehr stark							fast nicht
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	

Jetzt noch einige Fragen zum Schluß.

57. Welchen Eindruck haben Sie bisher von stationären Behandlung?

Ich finde gut:

Ich finde schlecht:

Sonstiges:

58. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Wenn Sie nicht mehr wissen, wann Sie angefangen haben, blättern Sie bitte zurück zum Beginn des Fragebogens.

Etwa Minuten

59. Und wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

Anregend, aufschlussreich..... 1

Ziemlich langweilig..... 2

Eher lästig..... 3

Richtig unangenehm..... 4

Fragebogen F
für Patienten und Patientinnen
6 Wochen nach Beginn der Behandlung

Wie wird`s gemacht?

Liebe Patientin, lieber Patient!

Auf der Kriseninterventionsstation P6 wird eine wissenschaftliche Untersuchung von einigen MitarbeiterInnen der Universitätsklinik durchgeführt. Wir wollen wissen, wie wir für die Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in akuten Notsituationen eine noch schnellere, kompetentere und effektivere Hilfe leisten können. Dafür benötigen wir Ihre freiwillige Mitarbeit.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Es erwarten Sie Fragen, die Sie bereits kennen. Dennoch ist es für uns wichtig, dass Sie diese Fragen nochmals bearbeiten. Beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig und spontan, ohne lange nachzudenken. Wenn Sie bestimmte Fragen nicht beantworten wollen, ist dieses natürlich möglich. Beachten Sie bitte, dass Ihre Daten von uns vertraulich behandelt und anonym ausgewertet werden.

Zur Veranschaulichung zeigen Ihnen folgende Beispiele, wie Sie den Bogen ausfüllen sollen.

Beispiel 1:

Bitte machen Sie dabei ein deutliches Kreuz in den kleinen Kästchen.

Geschlecht: männlich.....

weiblich.....

Beispiel 2:

Oder geben Sie inhaltliche Antworten als Text oder Zahlen.

Wann und wo wurden Sie geboren?

In: _____

Monat und Jahr: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einige Angaben zu Ihrer Person

Nummer des Fragebogens

Tragen Sie bitte Datum und Zeit, zu der Sie mit dem Ausfüllen beginnen, hier ein:

Heute ist der . . , : Uhr.

Bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Vornamen ein:

Sie sind Sie zur Zeit:

- Aus der Klinik entlassen und ambulant lebend..... 1
- In den letzten 3 Wochen erneut bei uns aufgenommen..... 2
- In den letzten 3 Wochen anderweitig stationär in Behandlung..... 3
- Seit 6 Wochen ununterbrochen stationär in Behandlung..... 4

Erfahrungen mit professioneller Hilfe

60. Haben Sie eine psychotherapeutische Behandlung geplant, begonnen oder fortgesetzt?

- Ja, ich suche einen Therapieplatz..... 1
- Ja, ich habe meine Therapie fortgesetzt..... 2
- Ja, ich habe eine Therapie neu begonnen..... 3
- Nein..... 4
- Weiß nicht..... 0

61. Wenn Sie eine Therapie suchen, haben Sie bereits Anstrengungen unternommen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2
- Weiß nicht..... 0

62. Bitte beschreiben Sie, was genau Sie bisher unternommen haben?

63. Wenn Sie eine Therapie machen, wie viele Kontakte hatten Sie bereits zu dem oder der ambulanten TherapeutIn seit der Entlassung?

Ca.

64. Welcher Art waren die Kontakte?

- Persönliche Kontakte..... 1
- Telefonische Kontakte..... 2
- Briefliche Kontakte..... 3

65. Wie haben Sie diese Kontakte insgesamt auf einer Skala von 1-7 erlebt?

Sehr hilfreich						nicht hilfreich
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

66. Planen Sie einen erneuten stationären Aufenthalt zur gezielten Behandlung Ihrer Schwierigkeiten?

Ja..... 1 und zwar: _____

Nein..... 2 _____

Weiß nicht..... 0

Erfahrungen mit Familie, Freunden und Bekannten

67. Leben Sie allein oder in einer Gemeinschaft?

Lebe allein.....1 **Wenn Sie allein leben, springen Sie zu Frage 28**

Lebe in einer festen heterosexuellen Partnerschaft.. 2

Lebe in einer festen homosexuellen Partnerschaft.. 3

Lebe in einer Wohngemeinschaft..... 4

Lebe allein mit Kindern..... 5

Lebe in meiner Herkunftsfamilie..... 6

68. Wenn Sie in einer Ehe bzw. Partnerschaft leben. Wie oft haben Sie in den vergangenen Wochen folgendes gemacht?

	Nie 1	Manchmal 2	Oft 3	Immer 4
Einen Abend gemütlich zusammen gesessen und sich unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammen herzlich über etwas gelacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich miteinander sehr nah und vertraut gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in Ihrer Gemeinschaft/ verstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Wie schätzen Sie Ihr soziales Umfeld ein, inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Stimmt völlig 1	trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Stimmt gar nicht 4
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich häufig aus- geschlossen und allein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Wie viele Personen – einschließlich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?

- Keine Person..... 1
- 1 Person..... 2
- 2 bis 3 Personen..... 3
- Mehr als 3 Personen..... 4

71. Was können Sie selbst tun, wenn Sie in Not sind? Bitte nennen Sie alles, was Ihnen spontan einfällt.

Bei Platzmangel verwenden Sie bitte die Rückseite des Blattes!

Aktuelle Befindlichkeit

13. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

		Sehr unzufrieden						sehr zufrieden
	1	2	3	4	5	6	7	
Wie zufrieden sind Sie...								
mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Wohnsituation	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer finanziellen Lage	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Freizeit	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>							
mit Ihrer familiären Situation	<input type="checkbox"/>							
mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekanntem?	<input type="checkbox"/>							

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen...

		1 sehr unzufrieden						6 sehr zufrieden	
	1	2	3	4	5	6	7		
Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>								

14. Wie stark fühlen Sie sich heute auf einer Skala von 1-7 in Ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt?

Sehr stark							fast nicht
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	

Jetzt noch einige Fragen zum Schluß.

15. Welchen Eindruck haben Sie inzwischen von der stationären Behandlung?

Ich finde gut:

Ich finde schlecht:

Sonstiges:

16. Was hat sich aus Ihrer Sicht seit der stationären Behandlung verändert?

17. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Wenn Sie nicht mehr wissen, wann Sie angefangen haben, blättern Sie bitte zurück zum Beginn des Fragebogens.

Etwa Minuten

18. Und wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

Anregend, aufschlussreich..... 1

Ziemlich langweilig..... 2

Eher lästig..... 3

Richtig unangenehm..... 4

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Studie zur Krisenintervention bei Borderline-
Persönlichkeitsstörung**

**Fragebogen C
für TherapeutInnen
zu Beginn der Behandlung**

Nummer des Fragebogens:

--	--

Codenummer des / der PatientIn:

--	--

Name des / der Therapeuten / in:

Lieber Therapeut, liebe Therapeutin!

Im folgenden werden Ihnen einige Fragen zur PatientIn gestellt. Wir haben bewusst darauf verzichtet, emotional belastendes Material von den Patienten selbst zu erfragen. **Bitte erfragen Sie die folgenden Daten je nach individueller Belastbarkeit Ihrer Patienten. Vorrang hat deren Stabilisierung, nicht die Vollständigkeit der Untersuchungsdaten.** Wenn Sie Informationen aus eigenen oder fremden Vorbehandlungen bereits kennen, tragen Sie diese ein. Eine erneute Selbstauskunft der Patienten ist dann nicht notwendig. Sollten Sie im Verlauf der Behandlung weitere Informationen ergänzen können, ist dieses ebenfalls sehr begrüßenswert.

MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH!

Die meisten Fragen sind durch Ankreuzen zu beantworten, um die Bearbeitung zu erleichtern. Sollten bestimmte Antwortvorgaben nicht ausreichen, notieren Sie bitte zusätzlich handschriftlich, was Ihnen wichtig erscheint. Der Fragebogen befindet sich in der Erprobungsphase und wird noch überarbeitet werden. Ihre Anregungen sind willkommen!

Zu Beginn der Behandlung

Bitte nach 1-3 Tagen ausfüllen!

1. Aufnahmedatum

2. Uhrzeit der Aufnahme

3. Lebensalter in Jahren

4. Geschlecht? 4
weiblich 1
männlich..... 2

5. Familienstand? 5
ledig..... 1
verheiratet..... 2
mit PartnerIn lebend..... 3
verwitwet / geschieden / getrennt lebend..... 4

6. Kinder?
Anzahl und Alter der im Haushalt zu versorgenden Kinder

Anzahl und Alter der nicht im Haushalt lebenden Kinder

7. Nationalität? 7
Deutschland..... 1
Ausland..... 2

Woher stammt der / die PatientIn?

8. Rechtsstatus bei Aufnahme?	8
Freiwillige Aufnahme	<input type="checkbox"/> 1
PsychKG.....	<input type="checkbox"/> 2
BGB.....	<input type="checkbox"/> 3
9. Art der Aufnahme?	9
PatientIn kommt selbst (allein).....	<input type="checkbox"/> 1
Begleitung durch Angehörige / Bekannte.....	<input type="checkbox"/> 2
Ärztliche Einweisung.....	<input type="checkbox"/> 3
Begleitung durch Betreuungsperson(en).....	<input type="checkbox"/> 4
Polizei / Amt	<input type="checkbox"/> 5
Sonstiges.....	<input type="checkbox"/> 6
10. Art der ärztlichen Einweisung?	10
Nervenarzt / Psychiater/-in.....	<input type="checkbox"/> 1
Psychotherapeut/-in.....	<input type="checkbox"/> 2
Anderer Arzt.....	<input type="checkbox"/> 3
Keine ärztliche Einweisung.....	<input type="checkbox"/> 4
11. Wohnort	
Kiel.....	<input type="checkbox"/> 1
Bonn.....	<input type="checkbox"/> 2
Schleswig-Holstein.....	<input type="checkbox"/> 3
Nordrhein-Westfalen.....	<input type="checkbox"/> 4
Deutschland.....	<input type="checkbox"/> 5
Ausland.....	<input type="checkbox"/> 6
Unbekannt.....	<input type="checkbox"/> 0
12. Wohnsituation	12
Eigene Wohnung (privat, WG, Zimmer).....	<input type="checkbox"/> 1
Bei den Eltern (-teil).....	<input type="checkbox"/> 2
Teil- / vollstationäre Wohngruppe.....	<input type="checkbox"/> 3

- Einrichtung für Kinder und Jugendliche..... 4
- Ambulante Betreuung..... 5
- Ohne festen Wohnsitz..... 6
- Sonstiges..... 7
- 12. Lebt zusammen mit** **12**
- Lebt allein..... 1
- Wohngemeinschaft..... 2
- (Ehe-)PartnerIn..... 3
- Eltern (-teil)..... 4
- Kinder (-ern)..... 5
- Andere Verwandte..... 6
- 13. Berufliche Situation zur Zeit?** **13**
- Voll berufstätig..... 1
- Teilweise berufstätig (halbtags, stundenweise)..... 2
- In Berufsausbildung..... 3
- Arbeitslos gemeldet..... 4
- Altersrente..... 5
- Erwerbsunfähigkeitsrente..... 6
- Hausfrau / Hausmann..... 7
- Krankgeschrieben..... 8
- 14. Höchster erreichter Schulabschluss** **14**
- Kein Schulabschluss..... 1
- Sonderschule..... 2
- Hauptschule..... 3
- Realschule..... 4
- Handels- / Fachhochschule..... 5
- Gymnasium..... 6

- 15. Derzeitiger Stand der Berufsausbildung** 15
- Lehre begonnen..... 1
- Lehre abgebrochen..... 2
- Lehre abgeschlossen..... 3
- Studium begonnen..... 4
- Studium abgebrochen..... 5
- Studium abgeschlossen..... 6

16. Psychiatrische Aufnahmediagnosen (ICD 10 Schlüssel)?

- Diagnose 1: _____ gesichert 1 fraglich 2
- Diagnose 2: _____ gesichert 1 fraglich 2
- Diagnose 3: _____ gesichert 1 fraglich 2
- Diagnose 4: _____ gesichert 1 fraglich 2

- 17. Suizidalität bei Aufnahme?** 17
- Suizidversuch..... 1
- Suizidal..... 2
- Suizidalität fraglich..... 3
- Nicht suizidal..... 4

- 18. Welche professionellen ambulanten Hilfen sind vorhanden?** 18
- Psychotherapie..... 1
- Nervenarzt/ärztin, Psychiater/in..... 2
- Rechtliche Betreuung..... 3
- Voll- /teilstationäre Wohnbetreuung..... 4
- Ambulante Betreuung..... 5
- Tagesstätte..... 6

- Beratungsstelle / Treffpunkt..... 7
- Selbsthilfegruppe..... 8
- Sonstiges..... 9

19. Anzahl der stationären Behandlungen insgesamt? _____

20. Anzahl und Dauer der stationären Aufenthalte in der Klinik vor Ort?

Akutaufnahme: Anzahl _____ Dauer: Minimum _____
Maximum _____

Geplante Aufnahme (DBT P2 Kiel) Anzahl _____
Dauer _____

21. Art, Dauer, Ort des letzten stationären Aufenthaltes (soweit nicht oben genannt)?

22. Erfahrungen mit DBT?

- Keine DBT-Erfahrung..... 1
- Abgeschlossene stationäre DBT 3 Monate..... 2 Wo? _____
- DBT-Krisenintervention in Kiel 3 wie oft? _____
- Ambulante DBT 4

23. Psychopharmaka?

23

Welche Psychopharmaka nimmt der / die Patient /-in bei Aufnahme (mit Dosierungsangaben)?

- Neuroleptika hochpotent _____ 1
- Neuroleptika niedrig- bzw. mittelpotent _____ 2
- Antidepressiva _____ 3
- Benzodiazepine _____ 4
- Sonstige _____ 5

Wenn die medikamentöse Einstellung zu Beginn geändert wurde, was wurde verändert?

- 24. Geistige Retardierung?** 24
- Keine Hinweise auf geistige Retardierung..... 1
- geistige Retardierung fremdanamnestisch 2
- Hinweise, Testdiagnostik veranlasst..... 3
- 25. Welche Auslöser führen primär zur jetzigen Krise und stationären Aufnahme des / der Patienten / in?** 25
- Zwischenmenschliche Probleme im sozialen Umfeld..... 1
- Gewalterlebnisse oder / und Bedrohung durch Gewalt..... 2
- Verlusterlebnisse / Trennungssituation(en)..... 3
- Sonstige äußere Belastungsfaktoren..... 4
- 26. Wenn zwischenmenschliche Probleme im sozialen Umfeld maßgeblich sind, worum handelt es sich dann?** 26
- Konflikte mit elterlichen Bezugspersonen..... 1
- Konflikte in der Partnerschaft..... 2
- Konflikte mit / um eigene Kinder..... 3
- Konflikte in Freundschaften / Bekanntschaften..... 4
- Konflikte am Arbeitsplatz..... 5
- Konflikte im sozialen Umfeld allgemein..... 6
- Sonstiges..... 7
- 27. Wenn Verlust / Trennungssituation(en) maßgeblich sind, von wem wurde der / die PatientIn getrennt?**
- PartnerIn..... 1
- Elterliche Bezugspersonen..... 2
- Freundschaften / Bekanntschaften..... 3
- Verwandte..... 4
- Ambulante PsychotherapeutIn..... 5
- BetreuerIn..... 6
- Sonstiges:..... 7

27. Um welche Art der Trennung handelt es sich, wenn eine Betreuungsperson maßgeblich ist? **27**

- Geplante Abwesenheit (z.B. Urlaub) 1
- Überraschende Abwesenheit (z.B. Krankheit)..... 2
- Betreuungs- oder Behandlungsabbruch..... 3
- Geplantes Betreuungs- oder Behandlungsende..... 4

28. Wenn Gewalterlebnisse maßgeblich sind, worum handelt es sich dann?

- Aktuelle sexuelle Gewalt erlitten..... 1
- Aktuelle körperliche Gewalt erlitten..... 2
- Erneute Begegnung mit dem Täter..... 3
- Belästigung / Bedrohung..... 4
- ZeugIn von Gewalt..... 5
- Sonstiges..... 6
- Unbekannt..... 7

29. Wenn andere äußere Belastungsfaktoren maßgeblich sind, worum handelt es sich dann? **29**

- Finanzielle Schwierigkeiten spitzen sich zu..... 1
- Obdachlosigkeit droht / tritt ein..... 2
- Überforderung am Arbeitsplatz..... 3
- Arbeitslosigkeit oder Bedrohung durch Arbeitslosigkeit..... 4
- Sorgerechtsprobleme..... 5
- Sonstiges..... 6

30. Wodurch wird aus Ihrer Sicht die stationäre Akutaufnahme gerechtfertigt?

- 30**
- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität / Suizidversuch..... 1
- Hochfrequentes selbstverletzendes Verhalten..... 2
- Hochfrequente psychotische Zustände / flash backs..... 3
- Akute Fremdgefährdung..... 4
- Sonstiges..... 6

31. Über welche Ressourcen verfügt der / die PatientIn aus Ihrer Sicht?

32. Welche Therapieziele sind aus Ihrer Sicht für den / die Patienten /-in relevant? **32**

- Reduktion der Suizidalität..... 1
- Reduktion selbstverletzendes Verhaltens..... 2
- Reduktion von dissoziativen Zuständen..... 3
- Reduktion von psychotischen Zuständen..... 4
- Reduktion der Depressivität..... 5
- Reduktion des Angstniveaus..... 6
- Aufbau einer Psychotherapiemotivation..... 7
- Sonstiges..... 8

Nämlich: _____

33. Inwieweit gibt es Besonderheiten zu Beginn der Behandlung, die Ihnen subjektiv wichtig erscheinen?

34. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Etwa

--	--	--

 Minuten

35. Bemerkungen:

72. Legen Sie nun bitte auf einer Skala von 0-100, die in 10er Schritten definiert wird, ein globales Funktionsniveau (GAF) für die/den Patientin/en fest.

0 Unzureichende Information..... 0

1-10 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen..... 1
(z.B. wiederholte Gewaltnwendung ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht)

11-20 Selbst- oder Fremdgefährlichkeit..... 2
(z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmierender Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent und stumm)

21-30 Verhalten durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst..... 3
ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal kohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit und keine Freunde)

31-40 Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung..... 4
(z.B. Sprache, zeitweise unlogisch unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; z.B. ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und in der Schule)

41-50 Ernsthafte Symptome..... 5
(z.B. Suizidgedanken, schere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernsthafte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, unfähig eine Anstellung zu behalten)

51-60 Mäßig ausgeprägte Symptome..... 6
(z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungen (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen)

61-70 Einige leicht ausgeprägte Symptome..... 7
(z.B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen

71-80 Symptome nur vorübergehend o. normale Reaktion auf Stressoren.... 8
(z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit

81-90 Keine oder nur minimale Symptome..... 9
(z.B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, üblich Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied)

91-100 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum..... 10

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Studie zur Krisenintervention bei Borderline-
Persönlichkeitsstörung**

**Fragebogen D
für TherapeutInnen
nach 3 Wochen**

Nummer des Fragebogens:

--	--

Codenummer des / der PatientIn:

--	--

Name des / der Therapeuten / in:

Lieber Therapeut, liebe Therapeutin!

Wir möchten jetzt nach 3-wöchiger stationärer Therapie um einige Informationen zur PatientIn bitten. Sollte der / die Patient / -in innerhalb der ersten 3 Wochen früher entlassen worden sein, füllen Sie den Fragebogen möglichst kurz nach der Entlassung aus. **Bitte erfragen Sie die folgenden Daten je nach individueller Belastbarkeit Ihrer Patienten. Vorrang hat deren Stabilisierung, nicht die Vollständigkeit der Untersuchungsdaten.** Wenn Sie Informationen aus eigenen oder fremden Vorbehandlungen bereits kennen, tragen Sie diese ein.

MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH!

Die meisten Fragen sind durch Ankreuzen zu beantworten, um die Bearbeitung zu erleichtern. Sollten bestimmte Antwortvorgaben nicht ausreichen, notieren Sie bitte zusätzlich handschriftlich, was Ihnen wichtig erscheint. Der Fragebogen befindet sich in der Erprobungsphase und wird noch überarbeitet werden. Ihre Anregungen sind willkommen!

Verlauf der Behandlung nach 3 Wochen Bei früherer Entlassung vor Ablauf der 3 Wochen ausfüllen

38. Entlassungsstatus des / der Patient / -in nach 3 Wochen

Der / die PatientIn ist nach 3 Wochen entlassen worden..... 1

Entlassungsdatum

--	--	--	--	--	--

Der / die PatientIn ist weiterhin stationär in Behandlung..... 2

Der / die PatientIn ist vor dem Ablauf von 3 Wochen entlassen worden..... 3

Entlassungsdatum

--	--	--	--	--	--

39. Art der Entlassung

Regulär..... 1

Verlegt..... 2

Gegen ärztlichen Rat..... 3

Verstorben..... 4

Entwichen..... 5

40. Wie häufig hat der / die PatientIn Einzelgespräche in den 3 Wochen bei Ihnen wahrgenommen (notfalls geschätzt)?

Anzahl der persönlichen Einzelgespräche gesamt mehr als 20 Min.

Anzahl der Kurzkontakte (keine Visiten) gesamt weniger als 20 Min.

Anzahl der Behandlungswochen bei Ihnen

41. Wie hat der / die PatientIn Bezugspflegegespräche wahrgenommen (notfalls geschätzt)?

Anzahl der Einzelgespräche insgesamt mehr als 20 Min.

Anzahl der zusätzlichen Kurzkontakte insgesamt weniger als 20 Min.

42. Wie häufig hat der / die PatientIn an der psychoedukativen Basisgruppe teilgenommen (notfalls geschätzt)? NUR KIEL

Anzahl der besuchten psychoedukativen Gruppen

43. Wie häufig hat der / die PatientIn am Fertigkeitentraining teilgenommen (notfalls geschätzt)? NUR KIEL

Anzahl der besuchten Fertigkeitentrainings

44. Wie häufig hat der / die PatientIn an der Ergotherapie teilgenommen (notfalls geschätzt)?

Anzahl der besuchten Ergotherapiegruppen

45. Wurden Psychopharmaka im Verlauf verändert? 45

Nein.....

Ja..... 2

Wenn die medikamentöse Einstellung im Verlauf geändert wurde, was wurde warum verändert?

46. Wie häufig kam es in den 3 Wochen zu Entweichungen?

47. Wie häufig waren in den 3 Wochen Fixierungen nötig?

48. Wie häufig kam es zu Suizidversuchen (ernsthafte suizidale Absicht der PatientIn)?

49. Wie häufig kam es zu selbstverletzendem Verhalten?

50. Wie häufig kam es zu fremdaggressiven Handlungen?

51. Besteht bei Entlassung Kontakt zum Täterkreis? 51

Ja..... 1

Nein..... 2

Unbekannt..... 3

52. Wenn ja, von wem geht der Kontakt aus? 52

Von Seiten der Täter..... 1

Von Seiten des / der PatientIn..... 2

Unbekannt..... 3

53. War die Einrichtung einer Unterbringung gemäß Psych KG oder Betreuung nötig? 53

Ja..... 1

Nein..... 2

54. Wurde im Verlauf die EinzeltherapeutIn gewechselt? 54

Ja..... 1

Nein..... 2

55. Wurde im Verlauf die Bezugspflegekraft gewechselt? 55

Ja..... 1

Nein..... 2

56. Gab es im Verlauf gravierende medizinische Komplikationen, die z.B. eine Therapieteilnahme verhinderten?

Ja..... 1

Nein..... 2

Wenn ja, welche? _____

57. Gab es sonstige gravierende Komplikationen?

Ja..... 1

Nein..... 2

Wenn ja, welche? _____

58. Psychiatrische Diagnosen bei Entlassung bzw. nach 3 Wochen (ICD 10 Schlüssel)?

- Diagnose 1: _____ gesichert 1 fraglich 2
- Diagnose 2: _____ gesichert 1 fraglich 2
- Diagnose 3: _____ gesichert 1 fraglich 2
- Diagnose 4: _____ gesichert 1 fraglich 2

59. Suizidalität bei Entlassung bzw. nach 3 Wochen? 59

- Suizidversuch..... 1
- Suizidal..... 2
- Suizidalität fraglich..... 3
- Nicht suizidal..... 4

60. Seit wann besteht die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung?

61. Seit wann ist die PatientIn erstmals psychisch auffällig?

62. Geistige Retardierung? 62

- Keine Hinweise..... 1
- Fremdanamnestisch berichtet..... 2
- Durch Testdiagnostik nachgewiesen..... 3

63. Welche professionellen ambulanten Hilfen sind zur Weiterbehandlung vorhanden? 63

- Psychotherapie..... 1
- Nervenarzt/ärztin, Psychiater/in..... 2
- Rechtliche Betreuung..... 3
- Voll- /teilstationäre Wohnbetreuung..... 4
- Ambulante Betreuung..... 5
- Tagesstätte..... 6
- Beratungsstelle / Treffpunkt..... 7

Selbsthilfegruppe..... 8

Sonstiges..... 9

64. Berufliche Situation? 64

Voll berufstätig..... 1

Teilweise berufstätig (halbtags, stundenweise)..... 2

In Berufsausbildung..... 3

Arbeitslos gemeldet..... 4

Altersrente..... 5

Erwerbsunfähigkeitsrente..... 6

Hausfrau / Hausmann..... 7

Krankgeschrieben..... 8

65. Wohnsituation 65

Eigene Wohnung (privat, WG, Zimmer)..... 1

Bei den Eltern (-teil)..... 2

Teil- / vollstationäre Wohngruppe..... 3

Einrichtung für Kinder und Jugendliche..... 4

Ambulante Betreuung..... 5

Ohne festen Wohnsitz..... 6

Sonstiges..... 7

66. Wodurch ist die bisherige Dauer der Behandlung begründet? 66

Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität / Suizidversuch..... 1

Hochfrequentes selbstverletzendes Verhalten..... 2

Hochfrequente psychotische Zustände / flashbacks..... 3

Akute Fremdgefährdung..... 4

Sonstiges..... 5

Nämlich: _____

67. Über welche Ressourcen verfügt der / die PatientIn aus Ihrer Sicht?

68. Welche Veränderungen können Sie aus Ihrer Sicht wahrnehmen?

- Reduktion der Suizidalität..... 1
- Reduktion von selbstverletzendem Verhalten..... 2
- Reduktion von dissoziativen Zuständen..... 3
- Reduktion von psychotischen Zuständen..... 4
- Reduktion der Depressivität..... 5
- Reduktion des Angstniveaus..... 6
- Aufbau einer Psychotherapiemotivation..... 7
- Einsicht in Krisenauslöser..... 8
- Sonstiges..... 9

Nämlich: _____

69. Inwieweit gibt es Besonderheiten, die Ihnen subjektiv wichtig erscheinen?

70. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?

Etwa

--	--	--

 Minuten

71. Bemerkungen:

72. Bitte legen Sie auf einer Skala von 0-100, die in 10er Schritten definiert wird, ein globales Funktionsniveau (GAF) für die/den Patientin/en fest.

- 0 Unzureichende Information..... 0
- 1-10 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen..... 1
(z.B. wiederholte Gewaltausübung ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht)
- 11-20 Selbst- oder Fremdgefährlichkeit..... 2
(z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmierender Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent und stumm)
- 21-30 Verhalten durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst..... 3
ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal kohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit und keine Freunde)
- 31-40 Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung..... 4
(z.B. Sprache, zeitweise unlogisch unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; z.B. ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und in der Schule)
- 41-50 Ernsthafte Symptome..... 5
(z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernsthafte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, unfähig eine Anstellung zu behalten)
- 51-60 Mäßig ausgeprägte Symptome..... 6
(z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungen (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen)
- 61-70 Einige leicht ausgeprägte Symptome..... 7
(z.B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schulschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen
- 71-80 Symptome nur vorübergehend o. normale Reaktion auf Stressoren.... 8
(z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- 81-90 Keine oder nur minimale Symptome..... 9
(z.B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, üblich Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied)
- 91-100 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum..... 10

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Dokumentationsbogen für ALLE PatientInnen im Untersuchungszeitraum mit BPS
bzw. mit Verdacht auf BPS**

1. Codenummer:
2. Aufnahmedatum:
3. Entlassungsdatum:
4. Warum wurde die Patientin / der Patient entlassen (bitte ankreuzen)?
 - 1 kein Grund für weitere stationäre Therapie
 - 2 auf Wunsch der Patientin / des Patienten, gegen ärztlichen Rat
 - 3 disziplinarische Entlassung
 - 4 Ziele erreicht
 - 5 Sonstiges:
5. Anzahl der stationären Behandlungstage?
6. Handelt es sich um eine Wiederaufnahme im Untersuchungszeitraum (bitte ankreuzen)?
Ja Nein
7. Lebensalter
8. Geschlecht weiblich männlich
9. Beruf (frei formuliert)
10. Wurde BPS durch SKID-II bestätigt (bitte ankreuzen)? Ja Nein
11. War BPS vorab bereits klar diagnostiziert (bitte ankreuzen)? Ja Nein
12. Welche Diagnosen liegen vor? (ICD-10 Schlüssel)
13. Anzahl der Voraufenthalte in der Heider Klinik?
14. Anzahl der Voraufenthalte in anderen Kliniken?
15. Hat der / die Patient/in bereits DBT Vorerfahrung (bitte ankreuzen)? Ja Nein
16. Wenn ja, wo und wann?
17. Wie häufig wurde der / die Patient/in fixiert?
18. Wie häufig wurde der / die Patient/in rechtlich untergebracht?
19. Nahm er / sie teil an der Studie (bitte ankreuzen)? Ja Nein
20. Wenn nein, warum nahm er / sie nicht teil (bitte ankreuzen)?
 - 1 Verdacht auf BPS wurde nicht bestätigt
 - 2 Entlassung erfolgte vor Ablauf der 3 Wochen
 - 3 Drehtürpatient/in
 - 4 Komorbide Diagnosen waren Ausschlussgrund
 - 5 Diagnose wurde zwischendurch in Frage gestellt
 - 6 Wiederaufnahme im Untersuchungszeitraum
 - 7 War schon stationär als die Studie begann
 - 8 War nicht mit der Studie einverstanden

Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. J. Aldenhoff

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie · Universitäts-Nervenlinik
Niemannsweg 147 · D-24105 Kiel

Studie zur Krisenintervention

Ansprechpartner

K. Röhling

Telefon (0431) 597-2588

Fax (0431) 597- 2568

Informationsblatt zur

Untersuchung: Evaluation der stationären Krisenintervention in Anlehnung an die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung"

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Behandlung von Krisen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen gibt es bisher noch kein wissenschaftlich überprüftes, spezifisches Behandlungsverfahren. In unserer Klinik wurde eine Krisentherapie speziell für Sie als Borderline-Patientin entwickelt, das wir mit unserer Studie untersuchen wollen.

Dazu werden wir Ihren Zustand vor Beginn der Therapie, im Verlauf und am Ende mit verschiedenen Fragebögen erfassen und wöchentlich mittels Wochenprotokollen, die Sie hier auf der Station kennenlernen werden, überprüfen. Die Fragebögen füllen Sie selbst aus und Ihre Therapeut/Ihre Therapeutin füllt auch einen Fragebogen aus.

Die Behandlung beinhaltet Einzel- und Gruppentherapien. Ferner haben Sie eine Bezugspflegekraft, die für Sie zuständig ist. Was genau bei diesen Therapien und Gesprächen Thema sein wird, erfahren Sie vom Behandlungsteam.

Wenn Sie entlassen werden, ist es sehr wichtig, dass Sie die Fragebögen zum Therapieende nochmals ausfüllen, weil wir sonst nicht erkennen können, inwieweit Ihnen die Behandlung genützt hat und was für Sie hilfreich war.

Nach 6 Wochen und nach 6 Monaten werden wir sie nochmals befragen. Dabei geht es dann darum, wie es Ihnen dann geht und wie Sie den Aufenthalt bei uns nutzen konnten.

Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. J. Aldenhoff

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie · Universitäts-Nervenlinik
Niemannsweg 147 · D-24105 Kiel

Studie zur Krisenintervention
Ansprechpartnerin
K. Röhling

Telefon (0431) 597-2588
Fax (0431) 597- 2568

Einverständniserklärung

Ich erkläre mein Einverständnis für die Teilnahme an oben beschriebener Untersuchung. Ich bin über Sinn und Ablauf dieser Untersuchung ausreichend aufgeklärt worden, alle meine Fragen wurden beantwortet. Ich weiß, daß ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne daß mir für die weitere Behandlung Nachteile entstehen. Bei im Verlauf der Untersuchung noch auftauchenden Fragen kann ich mich jederzeit an meinen behandelnden und die unterzeichnenden Ärzte wenden.

Ich bin damit einverstanden, daß im Rahmen dieser Untersuchung meine Daten (einschließlich Diagnose, Geschlecht, Alter, Gewicht und Körpergröße) aufgezeichnet und anonymisiert (d.h. ohne Namensnennung) zur Auswertung der Ergebnisse verwendet werden. Alle im Rahmen der Untersuchung erhobenen Daten werden strikt vertraulich gemäß dem Datenschutz behandelt. Einer wissenschaftlichen Auswertung der anonymisierten Daten und einer möglichen Veröffentlichung der Ergebnisse stimme ich zu.

Ich stimme einer schriftlichen Befragung nach 6 und 12 Monaten zu.

Zu

Nicht zu.

Kiel, den

.....

Patient

Name, Vorname:

.....

aufklärender Arzt

.....

Zeuge

LEBENS LAUF

Name **KAREN RÖHLING**
geboren am 27.03.1965
in Schellhorn
Familienstand verheiratet, eine Tochter
Wohnort Hamburger Landstr. 34, 24113 Molfsee
Email k.roehling@zip-kiel.de

SCHUL- UND BERUFS AUSBILDUNG

08/71 – 05/84 Grundschule und Gymnasium in Preetz
Abschluß: Abitur mit Note 2,1
10/84 – 03/86 Studium Diplom-Biologie in Kiel
04/86 – 06/94 Studium Diplom-Psychologie in Hamburg und Kiel, Schwerpunkte in
klinischer Psychologie (Verhaltenstherapie) und pädagogischer Psy-
chologie (systemische Familientherapie)
Abschluß: Diplom mit Note „sehr gut“
06/99 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin
06/2006 Eintragung in das Arztregister der KV Schleswig-Holstein für Verhal-
tenstherapie

BERUFS PRAKTIKA / HOSPITATIONEN IM STUDIUM

1990 Praktikum im Landesjugendwohnheim für Mädchen in Selent
1990 Hospitationen in der Universitäts-Kinderklinik Kiel und im St. Anto-
niuskinderheim
1991 Forschungspraktikum an der psychologischen Fakultät der Universität
in Kiel
1991 Praktikum im Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen und
Frauen
1985 – 1995 Zur Finanzierung des Studiums kontinuierliche Tätigkeiten unter
anderem als wissenschaftliche Hilfskraft (Psychologie, Meeresbiolo-
gie) und Honorarkraft im Frauennotruf

BERUFSTÄTIGKEIT

06/1995 bis 08/2003 Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen und Frauen. Frauen
gegen Gewalt e.V. in Kiel

Anhang S: Lebenslauf

- 09/2000 bis 08/2003 Psychologische Beratungsstelle des Studentenwerks Schleswig-Holstein, Kiel
- 08/2003 bis 03/2007 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Klinik für Psychosomatik der ZIP gGmbH, Kiel im Schwerpunkt Dialektisch-Behaviorale Einzel- und Gruppentherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Seit 04/2007 Medizinisches Versorgungszentrum der ZIP gGmbH (Zentrum für Integrative Psychiatrie und Psychotherapie) als psychologische Psychotherapeutin

THERAPEUTISCHE WEITERBILDUNGEN

- 2004 - 2006 Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Marsha M. Linehan (DBT)
Kompakt I, II und III. Ausbildung mit Zwischenprüfung abgeschlossen
- Seit 2004 Supervision, Fortbildung und Curriculum zur Schematherapie nach J. Young bei Prof. Dr: Heinrich Berbalk
- 2004 - 2006 Erwerb der verhaltenstherapeutischen Fachkunde unter anderem am IVAH in Hamburg
- 2002 – 2003 Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie bei Dr. med. Luise Reddemann (PITT)
- 1996 – 2002 Zusatzausbildung zur Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapeutin (GwG)
- 1995 – 1997 Ausbildung zur Focusing-Begleiterin (DAF)
- 1991 – 1992 Beratungsausbildung auf der Basis transaktionsanalytischer Konzepte

VERÖFFENTLICHUNG

- 1999 Zuhören allein reicht nicht. Das Beratungskonzept des Kieler Frauennotrufs im Spiegel der Nutzerinnen. Zu beziehen über Notruf und Beratung für vergewaltigte Frauen in Kiel (www.frauennotruf-kiel.de)