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


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

- 1 -
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-Sympomatik und kormorbider 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


2. Die Borderline-Persönlichkeitstörung


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 anbelangt, ein Grenzbevohner, 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


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.


---

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.


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.


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.


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 impulsviemen und dem Borderline-Typus unterschieden wird, wie folgt:


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 interpersonalle Störungen (Kriterium 1, 2). Dieser Einteilung, die bereits bei Linehan (1996a) in Anlehnung an das DIB-R von

2.2.1 Störung der Emotionsregulation


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


Störungen der Körperakzeptanz und der Schmerzwahrnehmung


2.2.3 Störungen auf der Verhaltensebene


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 eingegengt. ...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)


2.3 Diagnostik


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-


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

- Leitsymptom ist die schnell einschießende 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


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


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.


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.


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-

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 ließ 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 Katamnesestudien anhand der Akten von etlichen stationär behandelten Psychiatrie-Patienten trotz methodischer Mängel zu der überraschenden Feststellung, dass sich die Borderline-Patienten im Langzeitverlauf stabilisieren (McGlashan, 2000). Im Verlauf des Lebensalters wurde retrospektiv eine Verbesser-
runung 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 Diagnostik \(^3\) erheblich eingeschränkt.


\(^3\) 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 wirken-
der 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 anti-
soziale Verhaltensweisen des Borderline-Patienten. Weitere erschwerende Faktoren seien eine schi-
zoide Komorbidität, extreme sexuelle Gehemmtheit, extreme Impulsivität im Bereich des „Chaoti-
schen“, 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 beschrie-
ben 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 anderer 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 ursprüngli-
chen 290 Personen, von denen 80,3% Frauen waren, konnten nach zehn Jahren noch 249 ausfindig
gemacht werden (Zanarini, Frankenburg, Hennen, 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 Zanari-
ni, 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
to 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

2.5 Ätiologie


2.5.1 Genetische Komponenten

2.5.2 Psychosoziale Belastungsfaktoren


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

2.5.3 Neurobiologische Korrelate


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

Die BPS kann als Teil eines traumassoziierten 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 hippokampaler 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 Posttraumatischen 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.


2.5.4 Ätiologische Modellvorstellungen


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 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 auf, trägt dies zu der Entwicklung einer emotionalen Fehlregulation bei.“ (Linehan, ebd., S. 32). Die eigenen Interpretationen der Betroffenen werden als falsch zurückgewiesen. Emotional verletzliche 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.

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 komplexe 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, Berea, Wulff, Ratzka (2002) diskutieren anhand der Forschungsergebnisse, dass frühe, komplexe Traumatisierungen in der Kindheit eine notwendinge, 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, Küchele (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 Behandlungsversuche 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)_

3.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze

3.1.1 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)


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

Das Prinzip der wechselseitigen Beziehungen und der Ganzheit


Das Prinzip der Polarität


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 widerstreben den Kräften bestehend, so dass der Wandel kontinuierlich ist. Ähnlich wie in der psychodynamischen Theorie, in der Konflikte und Gegengesätze den Prozeß des Wachstums 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.


### 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 Krisenzuständen 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 Verlust erlebnissen 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 Bedeutung der 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**


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


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


- 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 Stress toleranzfertigkeiten

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.


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 Missbrauchsdynamik 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-

Die Therapieziele in der dritten Phase

Zusammenfassung und Fazit

3.1.1.3 Die stationäre DBT
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.


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 resulteren 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.

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.

Die Struktur der stationären DBT


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

Hierarchie der Behandlunzsziele 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 Verhaltensmustern.


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

sen, so dass die Patienten auch hier die dialektische Haltung erfahren lernen. Für Borderline-Patienten ist es wichtig zu lernen, sich situational adäquat 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 Kontingente zu setzen.

3.c) Es sollen Fertigkeiten zur Verringerung von Wiederaufnahmen aufgebaut 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 dissoziiert und/oder 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-

3.1.2 Andere verhaltenstherapeutische Therapieansätze


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 die biographischen Zusammenhängen deutlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird als in der Stabilisierungsphase der DBT.


3.2 Tiefenpsychologische Ansätze


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-


3.3 Psychopharmakologische Behandlung


4. Studien zur Evaluation der Dialektisch-Behavioralen Therapie


4.1 Studien zur ambulanten, Standard-DBT


---

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.


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.


- 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 Katanamnese nach einem Jahr stabil.


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.


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


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


4.3 Studien zur Wirksamkeit der ambulanten DBT bei unterschiedlichen Patientengruppen

Im Folgenden werden randomisierte und quasieperimentelle 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, Dimeff, Craft, Kanter, Comtois legten 1999 ein spezifisches Programm für Borderline-Patienten mit der

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


4.3.2 Studien zur Wirksamkeit der DBT bei Essstörungen


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


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 komorbid 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.


4.3.4 Studien zur DBT in einem ambulanten Netzwerk


4.3.5 Studien zu den Wirkkomponenten Validierung und Veränderung

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.


### 4.3.6 Studien zu ambulanten Kurzformen der DBT


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-Behandlungstrategien und schriftlichem Material erfolgreich sein kann.


\(^5\) Zwei Patienten waren zum Follow up nicht mehr auffindbar.
sie nur eingeschränkt gültig sind, da trotz extrem kleiner Stichprobe mit parametrischen Verfahren gerechnet wurde.


4.4 Studien zur stationären DBT


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).


4.6 Zusammenfassung und Fazit


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


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


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:

- niedrigschwellige 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 psychopharmakologischer 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


### 5.3 Suizidale Krisen, psychiatrische Notfälle und stationäre Krisenintervention

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 ältere...


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
- Kontaktaufgaben als Hilfe zur Selbsthilfe
- Einbeziehung von Angehörigen je nach individueller Situation

5.4 Krisen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung


versuchen durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind: höheres Lebensalter, eigene Kinder, gerin-
gere Schulbildung, geringerer sozioökonomischer Status, häufiger eine akute Depression und zusätzlich eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, in der Familienanamnese eine substanzzähnliche 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 komorbid der 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 unabhän-
gig 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 ist.7 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 Substanzab-


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 invalidierende, schädigen-
de 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.


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


5.6 Das Kieler Modell zur stationären, DBT-orientierten Krisenintervention

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ungeplante Akutaufnahmen</th>
<th>Geplante DBT-Behandlungensaufenthalte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2001</td>
<td>56</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>114</td>
<td>39</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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-

5.6.1 Entwicklung des Kriseninterventionskonzeptes

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 Thera piemodulen 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.


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.


### 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 erwecken
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


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)


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, therats 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

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 диагносесpezifische 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.


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 Akutsaufnahme

- 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 vorangestellt, bevor die Planung der eigenen Untersuchung beschrieben wird.


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.


**Tabelle 2: Versuchsplan**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>T₀ zu Beginn</th>
<th>T₁ nach einer Woche</th>
<th>T₂ nach zwei Wochen</th>
<th>T₃ nach drei Wochen</th>
<th>T₄ nach sechs Wochen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


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


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

\[\text{Beispielsweise wurde in der Untersuchung von Katz, Cox, Guansekara und Miller (2004) ein derartiger, problematischer Versuchsplan gewählt, wo zum Aufnahmezeitpunkt und zur individuell unterschiedlichen stationären Entlassung Daten erhoben wurden.}\]
Stressabhängige pseudopsychotische Zustände
Situativ bedingte Angst
Depressivität
Ausmaß psychopathologischer Belastung
Globales allgemeines Funktionsniveau
Suizidalität und Parasuizidalität


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-


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:

$H_0$: Die DBT-orientierte Krisenintervention führt nach einer Behandlungszeit von drei Wochen zu keiner signifikanten Verringerung des Ausprägungsgrades der abhängigen Variablen.

$H_1$: 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 Normalverteiltheit und Varianzhomogenität. Der Problematik des multiplen Testens wird mittels Bonferoni-Korrektur begegnet, sollte die $H_1$ 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:

H₀: µ₁₁ = µ₁₂
H₁: µ₁₁ < µ₁₂


Tabelle 3: Veranschaulichung der statistischen Beziehungen im Versuchsplan

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>T0 Behandlungsbeginn</th>
<th>T3 nach 3-wöchiger Therapie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT in Kiel</td>
<td>µ₁₁</td>
<td>µ₁₂</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU in Heide</td>
<td>µ₂₁</td>
<td>µ₂₂</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.


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**


**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 Untersuchsungsgruppen**

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 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-

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

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

6.3.1.2 Der Messwiederholungsfaktor


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


6.3.2.2 Stressabhängige dissoziative Zustände


6.3.2.3 Stressabhängige pseudopsychotische Zustände

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

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.


**6.3.2.7 Suizidalität und selbstverletzende Verhaltensmuster**


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

wartungen und –einstellungen mit 8 Items und Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungs-
modellen 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 standardi-
siert mit Auswertungsschablonen, so dass sich Punktewerte für die Subskalen und ein Gesamtscore
erhält. 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 zwi-
schen 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 (Validitätskoefizient für die
Gesamtskala r = .569, für die Subskalen von .371 bis .488). DieKonstruktvalidität mittels factoren-
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 unterdurch-
schnittlicher Intelligenzquotient eine Gruppenmiteilnahme erheblich erschwert. Patienten mit der komor-
biden 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 Medikati-
on, 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 au-
ßerdem 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 Kurzaufenthalten 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 Studienabbrüche 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-


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

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

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


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 Einzelterapeutin 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 aufgenommener 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.


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 Fragebogen 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


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 Pflegeteams 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 Pflegeteam 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-

7.3 Statistische Auswertung


8. Ergebnisse
Zuerst werden die Ergebnisse zu den deskriptiven Fragestellungen vorgestellt, danach folgen die Ergebnisse zu den hypothetisierenden Fragestellungen. Abschließend werden weitere explorative Auswertungen besprochen, 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 hypothetisierende 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 kein 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 Untersuchungsorten ($\chi^2=0,147$, 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

- 105 -
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 (χ²=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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl stationärer Behandlungen</th>
<th>Patienten in Kiel (N=49)</th>
<th>Patienten in Heide (N=65)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>N=16 (32,7%)</td>
<td>N=20 (30,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>N=9 (18,4%)</td>
<td>N=5 (7,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>N=4 (8,2%)</td>
<td>N=3 (4,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>N=2 (4,1%)</td>
<td>N=4 (6,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>N=5 (10,2%)</td>
<td>N=5 (7,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>N=2 (4,1%)</td>
<td>N=3 (4,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td>6-10</td>
<td>N=3 (6,1%)</td>
<td>N=5 (7,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>11-20</td>
<td>N=3 (6,1%)</td>
<td>N=6 (9,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehr als 20</td>
<td>N=5 (10,2%)</td>
<td>N=5 (7,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Unbekannt</td>
<td>N=5 (10,2%)</td>
<td>N=9 (13,8%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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-


**Tabelle 7: Ursachen für den Studienausschluss**

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

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. Da gegen 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.


8.2.3 Ausprägung der Borderline-Sympomatik 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 Prozentang 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kriterien</th>
<th>N=5</th>
<th>N=6</th>
<th>N=10</th>
<th>N=2</th>
<th>N=3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5 Kriterien</td>
<td>19,2%</td>
<td>23,1%</td>
<td>38,5%</td>
<td>7,7%</td>
<td>11,5%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabelle 9. Komorbide Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II

<table>
<thead>
<tr>
<th>Störung</th>
<th>1 weit</th>
<th>2 weit</th>
<th>3 weit</th>
<th>4 weit</th>
<th>5 weit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine</td>
<td>34,6% (N=9)</td>
<td>34,6% (N=9)</td>
<td>0</td>
<td>15,4% (N=4)</td>
<td>11,5% (N=3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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. Esstörungen geben 23,1% (N=6) in der Vorgeschichte an. 19,2% (N=5) leiden unter einer akuten Esstörung (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 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 rechtlichem 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


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 selbstverletzender 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 herzhaft 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.


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich</th>
<th>M</th>
<th>MD</th>
<th>S</th>
<th>N</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbeitssituation</td>
<td>2,8</td>
<td>2</td>
<td>2,0</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnsituation</td>
<td>4,2</td>
<td>5</td>
<td>2,1</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Finanzen</td>
<td>2,8</td>
<td>2</td>
<td>1,9</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Freizeit</td>
<td>3,6</td>
<td>4</td>
<td>1,4</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheit</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1,9</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>1,9</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Soziales Umfeld</td>
<td>2,7</td>
<td>3</td>
<td>1,3</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1,7</td>
<td>37</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8.3 Ergebnisse der Untersuchungsgruppe


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 die jeweiligen Z-Werte und die Signifikanz niveaus für eine einseitige Hypothesentestung angegeben werden.


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**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>BSL-Test</th>
<th>( t_0 ) Beginn</th>
<th>( t_3 ) Wochen</th>
<th>Z</th>
<th>Asymptotische Signifikanz (eins seitig)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Selbstwahrnehmung</td>
<td>M= 1,52</td>
<td>M= 1,11</td>
<td>-1,956</td>
<td>0,025*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 47,38</td>
<td>PR= 32,85</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 6,22</td>
<td>S= 0,78</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Selbstwahrnehmung</td>
<td>M= 1,38</td>
<td>M= 1,41</td>
<td>-0,175</td>
<td>0,4305</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 41,77</td>
<td>PR= 42,62</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,90</td>
<td>S= 1,05</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Affektregulation</td>
<td>M= 2,30</td>
<td>M= 1,68</td>
<td>-3,180</td>
<td>0,0005**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 49,23</td>
<td>PR= 32,00</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,66</td>
<td>S= 0,66</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Affektregulation</td>
<td>M= 2,33</td>
<td>M= 2,11</td>
<td>-0,804</td>
<td>0,2105</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 51,15</td>
<td>PR= 42,54</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,87</td>
<td>S= 0,80</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Autoaggression</td>
<td>M= 1,78</td>
<td>M= 1,18</td>
<td>-1,887</td>
<td>0,0295*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 40,31</td>
<td>PR= 26,23</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 1,09</td>
<td>S= 0,98</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Autoaggression</td>
<td>M= 1,91</td>
<td>M= 1,94</td>
<td>-0,140</td>
<td>0,4445</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 43,15</td>
<td>PR= 44,77</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 1,06</td>
<td>S= 1,22</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Dysphorie</td>
<td>M= 3,23</td>
<td>M= 2,92</td>
<td>-1,575</td>
<td>0,0545*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 52,23</td>
<td>PR= 39,23</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,55</td>
<td>S= 0,74</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Dysphorie</td>
<td>M= 6,3</td>
<td>M= 3,21</td>
<td>-2,280</td>
<td>0,0115**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 65,92</td>
<td>PR= 49,15</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 10,13</td>
<td>S= 0,46</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Soziale Isolation</td>
<td>M= 1,53</td>
<td>M= 1,16</td>
<td>-1,223</td>
<td>0,1105</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 44,54</td>
<td>PR= 34,46</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,92</td>
<td>S= 0,67</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Soziale Isolation</td>
<td>M= 1,69</td>
<td>M= 1,38</td>
<td>-0,904</td>
<td>0,1735</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 51</td>
<td>PR= 40,31</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 1,03</td>
<td>S= 0,94</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Intrusion</td>
<td>M= 1,09</td>
<td>M= 0,57</td>
<td>-2,272</td>
<td>0,0115**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 54,08</td>
<td>PR= 26,69</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,49</td>
<td>S= 0,60</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Intrusion</td>
<td>M= 0,83</td>
<td>M= 1,06</td>
<td>0,941</td>
<td>0,1735</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 39,31</td>
<td>PR= 47,92</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,59</td>
<td>S= 0,79</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Feindseligkeit</td>
<td>M= 1,61</td>
<td>M= 1,46</td>
<td>-0,909</td>
<td>0,1815</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 49,62</td>
<td>PR= 45,85</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,93</td>
<td>S= 0,94</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Feindseligkeit</td>
<td>M= 1,78</td>
<td>M= 1,58</td>
<td>-0,245</td>
<td>0,4035</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 52,85</td>
<td>PR= 48,38</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 1,10</td>
<td>S= 0,90</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Gesamtfaktor BSL</td>
<td>M= 2,87</td>
<td>M= 2,30</td>
<td>-1,852</td>
<td>0,032*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 52,67</td>
<td>PR= 39,23</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,68</td>
<td>S= 0,74</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Gesamtfaktor BSL</td>
<td>M= 2,95</td>
<td>M= 1,81</td>
<td>-0,210</td>
<td>0,4215</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>PR= 44,92</td>
<td>PR= 40,92</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>S= 0,68</td>
<td>S= 0,82</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>t₀ Beginn M</th>
<th>t₁ 1 Woche M</th>
<th>t₂ 2 Wochen M</th>
<th>t₃ 3 Wochen M</th>
<th>t₀ vs. t₄ Z</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>17,26</td>
<td>12,38</td>
<td>10,42</td>
<td>9,1077</td>
<td>-2,830</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7,68</td>
<td>9,52</td>
<td>9,46</td>
<td>8,35</td>
<td>p=0,0025**</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>17,40</td>
<td>17,78</td>
<td>16,31</td>
<td>17,45</td>
<td>-0,175</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>12,76</td>
<td>11,79</td>
<td>13,20</td>
<td>12,76</td>
<td>p=0,4305</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>$t_0$ Beginn</th>
<th>$t_1$ 1 Woche</th>
<th>$t_2$ 2 Wochen</th>
<th>$t_3$ 3 Wochen</th>
<th>$t_0$ vs. $t_3$</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>M=1,07</td>
<td>M=0,86</td>
<td>M=0,92</td>
<td>M=0,73</td>
<td>Z=-2,134, p=0,0165*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,62</td>
<td>S=0,57</td>
<td>S=0,71</td>
<td>S=0,49</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,28</td>
<td>M=1,31</td>
<td>M=1,57</td>
<td>M=1,22</td>
<td>Z=-0,432, p=0,333</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,83</td>
<td>S=0,69</td>
<td>S=0,88</td>
<td>S=0,87</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 Angstreduction 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>t₀ Beginn</th>
<th>t₁ 1 Woche</th>
<th>t₂ 2 Wochen</th>
<th>t₃ 3 Wochen</th>
<th>t₀ vs. t₄</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>M=56,62</td>
<td>M=54,92</td>
<td>M=50,15</td>
<td>M=54,46</td>
<td>Z=-0,865</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=12,312</td>
<td>S=15,88</td>
<td>S=20,54</td>
<td>S=13,91</td>
<td>p=0,1935</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=60,92</td>
<td>M=60,33</td>
<td>M=63,00</td>
<td>M=60,62</td>
<td>Z=-0,223</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=8,558</td>
<td>S=10,73</td>
<td>S=7,69</td>
<td>S=8,81</td>
<td>p=0,412</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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
In sivität / Feindseligkeit, Sek-, obwohl sie nicht hypoth.

tau Heide DBT Kiel tau Heide DBT Kiel tau Heide DBT Kiel tau Heide DBT Kiel tau Heide DBT Kiel

Treatment | t₀ Beginn | t₃ 1 Woche | t₂ 2 Wochen | t₄ 3 Wochen | t₀ vs. t₄
--- | --- | --- | --- | --- | ---
DBT Kiel | M=26,92 S=12,770 | M=21,77 S=13,79 | M=0,145 S=0,086 | M=1,41 S=0,79 | Z=1,961 p=0,025*
TAU Heide | M=31,00 S=10,724 | M=29,62 S=14,36 | M=0,75 S=2,32 | Z=0,491 p=0,312

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>Unterskala</th>
<th>t₀ Beginn</th>
<th>t₁ 1 Woche</th>
<th>t₂ 2 Wochen</th>
<th>t₃ 3 Wochen</th>
<th>t₀ vs. t₄</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Zwanghaftigkeit</td>
<td>M=1,72 S=0,63</td>
<td>M=1,43 S=0,83</td>
<td>M=1,45 S=0,86</td>
<td>M=1,41 S=0,79</td>
<td>Z=1,790 p=0,0365*</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,171 S=0,65</td>
<td>M=1,8 S=0,61</td>
<td>M=1,86 S=0,80</td>
<td>M=1,76 S=0,90</td>
<td>Z=0,839 p=0,4645</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Unsicherheit</td>
<td>M=2,03 S=0,97</td>
<td>M=1,92 S=0,96</td>
<td>M=1,94 S=0,97</td>
<td>M=1,91 S=1,03</td>
<td>Z=0,432 p=0,333</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,55 S=0,76</td>
<td>M=1,20 S=0,97</td>
<td>M=1,28 S=0,95</td>
<td>M=1,09 S=0,82</td>
<td>Z=1,787 p=0,037*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Aggressivität</td>
<td>M=1,70 S=0,97</td>
<td>M=1,86 S=0,88</td>
<td>M=1,76 S=0,93</td>
<td>M=1,67 S=0,91</td>
<td>Z=0,000 p=0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,12 S=0,79</td>
<td>M=1,0 S=0,79</td>
<td>M=0,85 S=0,71</td>
<td>M=0,97 S=0,75</td>
<td>Z=1,123 p=0,131</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Somatisierung</td>
<td>M=1,28 S=0,90</td>
<td>M=1,19 S=0,82</td>
<td>M=1,36 S=1,02</td>
<td>M=1,24 S=0,88</td>
<td>Z=0,079 p=0,4685</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,42 S=0,755</td>
<td>M=1,0631 S=0,85</td>
<td>M=1,26 S=0,89</td>
<td>M=1,077 S=0,71</td>
<td>Z=1,572 p=0,058</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Paranoides Denken</td>
<td>M=1,44 S=0,95</td>
<td>M=1,58 S=1,01</td>
<td>M=1,73 S=0,998</td>
<td>M=1,45 S=1,06</td>
<td>Z=0,551 p=0,2905</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,55 S=0,76</td>
<td>M=1,59 S=0,84</td>
<td>M=1,47 S=0,91</td>
<td>M=1,47 S=0,95</td>
<td>Z=2,170 p=0,015*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Angstlichkeit</td>
<td>M=1,70 S=0,973</td>
<td>M=1,84 S=0,77</td>
<td>M=1,91 S=0,80</td>
<td>M=1,62 S=0,87</td>
<td>Z=0,952 p=0,3705</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,09 S=0,86</td>
<td>M=0,87 S=0,95</td>
<td>M=1,01 S=1,00</td>
<td>M=0,87 S=0,77</td>
<td>Z=0,358 p=0,3605</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Phobische Angst</td>
<td>M=1,13 S=1,00</td>
<td>M=1,23 S=1,04</td>
<td>M=1,48 S=1,17</td>
<td>M=1,22 S=1,10</td>
<td>Z=1,883 p=0,030*</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>M=1,86 S=0,66</td>
<td>M=1,72 S=0,90</td>
<td>M=1,67 S=1,08</td>
<td>M=1,52 S=0,88</td>
<td>Z=1,961 p=0,025*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 Gesamttestwert 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 Gesamttestwertes (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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>Skala</th>
<th>t₀ Beginn</th>
<th>t₁ 1 Woche</th>
<th>t₂ 2 Wochen</th>
<th>t₃ 3 Wochen</th>
<th>t₀ vs. t₄</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Global Severity Index</td>
<td>M=1,54</td>
<td>M=1,32</td>
<td>M=1,29</td>
<td>M=1,19</td>
<td>Z=−2,272</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,51</td>
<td>S=0,69</td>
<td>S=0,73</td>
<td>S=0,63</td>
<td></td>
<td>p=0,0115**</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td></td>
<td>M=1,62</td>
<td>M=1,71</td>
<td>M=1,79</td>
<td>M=1,62</td>
<td>Z=−0,769</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,77</td>
<td>S=0,63</td>
<td>S=0,76</td>
<td>S=0,77</td>
<td></td>
<td>p=0,221</td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Positive Symptom-Distress Index</td>
<td>M=2,26</td>
<td>M=1,93</td>
<td>M=2,01</td>
<td>M=1,86</td>
<td>Z=−2,726</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,36</td>
<td>S=0,61</td>
<td>S=0,54</td>
<td>S=0,42</td>
<td></td>
<td>p=0,003**</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td></td>
<td>M=2,27</td>
<td>M=2,39</td>
<td>M=2,39</td>
<td>M=2,27</td>
<td>Z=−1,153</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,55</td>
<td>S=0,54</td>
<td>S=0,50</td>
<td>S=0,55</td>
<td></td>
<td>p=0,1245</td>
</tr>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Positive Symptom Total</td>
<td>M=61,08</td>
<td>M=57,38</td>
<td>M=54,31</td>
<td>M=54,54</td>
<td>Z=−1,728</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=15,41</td>
<td>S=17,80</td>
<td>S=21,35</td>
<td>S=19,69</td>
<td></td>
<td>p=0,042*</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td></td>
<td>M=61,23</td>
<td>M=63,62</td>
<td>M=65,09</td>
<td>M=61,23</td>
<td>Z=−0,550</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=18,60</td>
<td>S=13,89</td>
<td>S=17,97</td>
<td>S=18,60</td>
<td></td>
<td>p=0,2915</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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 durchfuhren. Dieser Gruppenunterschied ist signifikant ($\chi^2$=4,112, df=1, p=0,043*).

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**

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

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)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Häufigkeit</th>
<th>4 Wo vorher</th>
<th>3 Wo vorher</th>
<th>2 Wo vorher</th>
<th>1 Wo vorher</th>
<th>1. Wo DBT</th>
<th>2. Wo DBT</th>
<th>3. Wo DBT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>10</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>1-10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Häufigkeit</th>
<th>4 Wo vorher</th>
<th>3 Wo vorher</th>
<th>2 Wo vorher</th>
<th>1 Wo vorher</th>
<th>1. Wo DBT</th>
<th>2. Wo DBT</th>
<th>3. Wo DBT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>11</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>1-10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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)**


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Häufigkeit</th>
<th>4 Wo vorher</th>
<th>3 Wo vorher</th>
<th>2 Wo vorher</th>
<th>1 Wo vorher</th>
<th>1. Wo DBT</th>
<th>2. Wo DBT</th>
<th>3. Wo DBT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>1-10</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>11-20</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21-30</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>31-40</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>41-50</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>51-60</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>61-70</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>71-80</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mehr als 80</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mittelwert</td>
<td>8.7</td>
<td>9.5</td>
<td>12.6</td>
<td>14.6</td>
<td>8.2</td>
<td>4.2</td>
<td>5.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Standardabweichung</td>
<td>19.9</td>
<td>19.9</td>
<td>24.0</td>
<td>28.9</td>
<td>17.4</td>
<td>6.8</td>
<td>10.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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 Funktionsfähigkeit nach drei Wochen beobachtbar, während in Heide eher ein gleich bleibendes Funktionsniveau eingeschätzt wird.

Tabelle 22: GAF-Werte im Verlauf der Therapie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>zu Beginn</th>
<th>nach 3 Wochen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel (N=8)</td>
<td>M=3,75</td>
<td>M=5,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=1,6</td>
<td>S=0,9</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide (N=6)</td>
<td>M=4,5</td>
<td>M=5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=2,5</td>
<td>S=2,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8.3.8.2 Veränderungen aus Sicht der Therapeuten


Tabelle 23: Veränderungen aus Sicht der Therapeuten

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

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

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

8.4 Zusammenfassung: Überprüfung der Hypothesen unter Berücksichtigung der Problematic 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 \( (t_1) \) 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 $\alpha$-Fehlerwahrscheinlichkeit, das heißt, je häufiger ein Vergleich statistisch mit verschiedenen Variablen getestet wird, desto höher ist das nominelle $\alpha$-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 Testpakets aus $m$ Einzeltests korrigiert nach $\alpha' = \frac{\alpha}{m}$. Mindestens ein Einzeltest muss auf dem $\alpha'$-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


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 Selbstverletzung 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


Tabelle 25: Psychotherapiemotivation (FMP)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treatment</th>
<th>FMP-Skala</th>
<th>zu Beginn</th>
<th>nach 3 Wochen</th>
<th>p (einseitige Signifikanz)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DBT Kiel</td>
<td>Krankheitserleben</td>
<td>36,38</td>
<td>36,15</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Laienätiologie</td>
<td>30,85</td>
<td>31,46</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Behandlungserwartungen</td>
<td>31,23</td>
<td>33,77</td>
<td>0,036</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychotherapiemotivation</td>
<td>78,15</td>
<td>78,92</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gesamtscore</td>
<td>176,62</td>
<td>180,31</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td>TAU Heide</td>
<td>Krankheitserleben</td>
<td>37,67</td>
<td>38,58</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Laienätiologie</td>
<td>31,08</td>
<td>31,25</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Behandlungserwartungen</td>
<td>31,5</td>
<td>32,33</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psychotherapiemotivation</td>
<td>72,67</td>
<td>74,42</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gesamtscore</td>
<td>172,92</td>
<td>176,58</td>
<td>n.s.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 8.6 Stabilität der Ergebnisse in der Katamnese


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Test</th>
<th>Nach 3 Wochen</th>
<th>Nach 6 Wochen</th>
<th>Spearman’s rho</th>
<th>p (eins. Signifikanz)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FDS</td>
<td>M=12,32</td>
<td>M=11,45</td>
<td>0,619</td>
<td>0,007**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=2,98</td>
<td>S=2,48</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STAI-S</td>
<td>M=55,6</td>
<td>M=55,47</td>
<td>0,862</td>
<td>0,000**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=3,55</td>
<td>S=3,51</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BDI</td>
<td>M=23</td>
<td>M=21,8</td>
<td>0,717</td>
<td>0,001**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=3,4</td>
<td>S=2,57</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R PSD</td>
<td>M=1,98</td>
<td>M=2,02</td>
<td>0,754</td>
<td>0,001**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,13</td>
<td>S=0,16</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90R GSI</td>
<td>M=1,35</td>
<td>M=1,43</td>
<td>0,721</td>
<td>0,001**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,19</td>
<td>S=0,19</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Total</td>
<td>M=57,73</td>
<td>M=59,53</td>
<td>0,721</td>
<td>0,000**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=5,2</td>
<td>S=4,19</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Gesamt</td>
<td>M=1,5</td>
<td>M=1,65</td>
<td>0,578</td>
<td>0,012**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S=0,17</td>
<td>S=0,16</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
8.7 Vergleich der früh entlassenen Patienten („Dropouts“) mit den „Studienteilnehmern“


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Testverfahren</th>
<th>Drop out N=14</th>
<th>Studie N=26</th>
<th>Shapiro-Wilk-Test</th>
<th>t</th>
<th>df</th>
<th>P (zweiseitig)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FDS-Gesamtwert</td>
<td>M=17,8 S=11,4</td>
<td>M=17,8 S=11,0</td>
<td>P Dropout=0,541</td>
<td>-0,009</td>
<td>38</td>
<td>0,993</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>P Studie=0,422</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STAI-S</td>
<td>M=60,86 S=9,36</td>
<td>M=58,77 S=10,61</td>
<td>P Dropout=0,459</td>
<td>0,617</td>
<td>38</td>
<td>0,541</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>P Studie=0,494</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Zwanghaftigkeit</td>
<td>M=1,73 S=0,88</td>
<td>M=1,75 S=0,67</td>
<td>P Dropout=0,812</td>
<td>-0,68</td>
<td>38</td>
<td>0,946</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>P Studie=0,878</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Unsicherheit im Sozialkontakt</td>
<td>M=1,76 S=0,85</td>
<td>M=1,87 S=0,83</td>
<td>P Dropout=0,403</td>
<td>-0,407</td>
<td>38</td>
<td>0,686</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>P Studie=0,338</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Depressivität</td>
<td>M=2,26 S=0,82</td>
<td>M=2,09 S=0,73</td>
<td>P Dropout=0,668</td>
<td>0,683</td>
<td>38</td>
<td>0,498</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>P Studie=0,44</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R PSDI</td>
<td>M=2,33 S=0,62</td>
<td>M=2,35 S=0,48</td>
<td>P Dropout=0,521</td>
<td>-0,106</td>
<td>38</td>
<td>0,916</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>P Studie=0,479</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabelle 28: Mittelwertvergleiche mittels Mann-Whitney-Test Drop outs vs. Studienteilnehmer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Testverfahren</th>
<th>Drop out Mittlerer Rang N=14</th>
<th>Studie Mittlerer Rang N=26</th>
<th>Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteiligkeit</th>
<th>Mann-Whitney-U</th>
<th>Signifikanzniveau P (zweiseitig)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BDI</td>
<td>20,75</td>
<td>20,3</td>
<td>P_{dropout}=0,009</td>
<td>178</td>
<td>0,921</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Somatisierung</td>
<td>2,79</td>
<td>19,27</td>
<td>P_{dropout}=0,442</td>
<td>150</td>
<td>0,364</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Angstlichkeit</td>
<td>16,86</td>
<td>22,46</td>
<td>P_{dropout}=0,01</td>
<td>131</td>
<td>0,147</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Aggressivität / Feindseligkeit</td>
<td>21,36</td>
<td>20,04</td>
<td>P_{dropout}=0,679</td>
<td>170</td>
<td>0,733</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Phobische Angst</td>
<td>21,36</td>
<td>20,04</td>
<td>P_{dropout}=0,08</td>
<td>170</td>
<td>0,733</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Paranoide Denken</td>
<td>20,5</td>
<td>20,5</td>
<td>P_{dropout}=0,088</td>
<td>182</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R Psychotizismus</td>
<td>21,18</td>
<td>20,13</td>
<td>P_{dropout}=0,197</td>
<td>172,5</td>
<td>0,787</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R GSI</td>
<td>20</td>
<td>20,77</td>
<td>P_{dropout}=0,288</td>
<td>175</td>
<td>0,843</td>
</tr>
<tr>
<td>SCL-90-R PST</td>
<td>20,04</td>
<td>20,75</td>
<td>P_{dropout}=0,164</td>
<td>175,5</td>
<td>0,854</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Selbstwahrnehmung</td>
<td>22,11</td>
<td>19,63</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>159,5</td>
<td>0,523</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Affektregulation</td>
<td>20,93</td>
<td>20,27</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>176</td>
<td>0,865</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Autoagression</td>
<td>24,14</td>
<td>18,54</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>131</td>
<td>0,147</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Dysphorie</td>
<td>21,25</td>
<td>20,1</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>171,5</td>
<td>0,765</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL soziale Isolation</td>
<td>23,93</td>
<td>18,65</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>134</td>
<td>0,173</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Intrusion</td>
<td>21,25</td>
<td>20,1</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>171,5</td>
<td>0,765</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Feindseligkeit</td>
<td>23,39</td>
<td>18,94</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>141,5</td>
<td>0,250</td>
</tr>
<tr>
<td>BSL Gesamtfaktor</td>
<td>23,39</td>
<td>18,94</td>
<td>P_{dropout}=0,00</td>
<td>141,5</td>
<td>0,251</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>18</td>
<td>21</td>
<td>P_{dropout}=0,343</td>
<td>147</td>
<td>0,32</td>
</tr>
<tr>
<td>FMP Krankheitserleben</td>
<td>21,14</td>
<td>20,15</td>
<td>P_{dropout}=0,934</td>
<td>173</td>
<td>0,798</td>
</tr>
<tr>
<td>FMP Laienätiologie</td>
<td>17,04</td>
<td>22,37</td>
<td>P_{dropout}=0,695</td>
<td>133,5</td>
<td>0,167</td>
</tr>
<tr>
<td>FMP Behandlungserwartungen</td>
<td>14,32</td>
<td>23,83</td>
<td>P_{dropout}=0,315</td>
<td>95,5</td>
<td>0,014**</td>
</tr>
<tr>
<td>FMP Psychotherapiemotivation</td>
<td>17,14</td>
<td>22,31</td>
<td>P_{dropout}=0,597</td>
<td>135</td>
<td>0,182</td>
</tr>
<tr>
<td>FMP Gesamtwert</td>
<td>15,32</td>
<td>23,29</td>
<td>P_{dropout}=0,084</td>
<td>109,5</td>
<td>0,04*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**P < 0.05, ***P < 0.01, ****P < 0.001**
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?


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


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 rechtlichem Beschluss untergebracht, in Heide nur neun Personen. Neben der...


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 Behandlungsverfahren 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?


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.

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


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

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

9.2 Diskussion

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


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 Zeitt intervall gewählt, weil dieser Um-
fang eine ausreichende Einzel- und Gruppentherapieteilnahme 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.


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


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-

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


11. Literatur


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
Anhang A: Behandlungsvertrag

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 selbtschädigenden Verhalten arbeiten
- 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, Basissgruppe) 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.
7. Selbstverletzendes Verhalten findet nicht in Anwesenheit anderer statt.
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.
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
2.) Nach Drogen- bzw. Alkoholkonsum: Detoxikation, VA  
   ja:  nein:

3.) Bei Dissoziation: notfalls freiwillige Fixierung über 2 h;  
   ja:  nein

4.) Bei provokantem Verhalten: Ansprache, Aufforderung, ins Zimmer zu gehen, 
   VA  ja:  nein

5.) Sonstige Absprachen:

Therapeuten stimmen folgendem zu:
   1. Ich unternehme jede sinnvolle Anstrengung, um kompetente und effektive Psychotherapie 
      durchzuführen.
   2. Ich halte die festgesetzten ethischen und beruflichen Richtlinien ein.
   3. Ich stehe den PatientInnen im vereinbarten Maß für therapeutische Gespräche zur Verfügung. 
      Im Urlaubs- oder Krankheitsfall werde ich vertreten.
   4. Ich gehe mit meinen persönlichen Grenzen offen um.
   5. Ich wahre die Integrität und Rechte der PatientIn.
   6. Ich bewahre die Schweigepflicht.
   7. Ich hole mir Rat und Unterstützung, wann immer das nötig ist.

Die Therapie dauert vereinbarungsgemäß bis zum………………………….

Kiel, den ………………………..

..........................................................  ..........................................................
Unterschrift PatientIn  Unterschrift EinzeltherapeutIn

..........................................................
Unterschrift Bezugsflegekraft
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tag</th>
<th>M</th>
<th>Schlaf</th>
<th>Essen/Trinken</th>
<th>Sport Bewegung</th>
<th>Dissoziation</th>
<th>Suicidgedanken</th>
<th>Selbsterletzendes Verhalten</th>
<th>Alkohol Drogen Medis</th>
<th>Risikoverhalten</th>
<th>Anderes dysfunktionales Verhalten</th>
<th>Not/Elend</th>
<th>Vergnügen Spaß, Freude</th>
<th>Fertigkeiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mo</td>
<td>ja</td>
<td>Dauer</td>
<td>n / n</td>
<td>Dauer</td>
<td>Dauer</td>
<td>maximal</td>
<td>Handlung maximal</td>
<td>j / n</td>
<td>j / n</td>
<td>j / n</td>
<td>Dauer</td>
<td>Dauer</td>
<td>j / n</td>
</tr>
<tr>
<td>Di</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Do</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fr</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sa</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>So</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Einschätzungen auf einer Skala von 0 (minimal) bis 10 (maximal).
Anhang C: Spannungskurve
Anhang D: Verhaltensanalyse für Problemverhalten

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 verendeten?
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 Vorhergegangenem 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 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 Fertigkeitstraining

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)


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.
Anhang E: Inhalt und Struktur der Gruppentherapien

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 Fragebögen, und erhalten auch keine Rückmeldung. Die Anonymität ist gewährleistet, da 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 Personlichkeitsstruktur.
- 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
- Kurznamens lesen, bzw. Umstände der Aufnahme erfragen

Bei BPS- Verdacht:
- Exploration SKID II und BPS- Sektion durchführen
- Ergebnis Therapeutin mitteilen bzw. ins Fach legen
- Bei BSP- Diagnose: Am gleichen oder nächsten Tag anrufen, Termin für AV- Erhebung mit Pflege vereinbaren und Patientin ausrichten 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 ausreichen → 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, Termindaten usw.
- Therapeutenvon ins Fach legen
Anhang H: Leitfaden zum Untersuchungsablauf

- Studienauflöser 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 Entweichungsübungen 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) Videotermian auf P5 in Kalender eintragen
- Wenn PatientIn keinen Ausgang hat, vorher die Raumnutzung besprechen (Kamera in Multifunktionsraum oder im Zimmer von Frau Körber 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
- Videokassettendichtung 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)
Anhang H: Leitfaden zum Untersuchungsablauf

- Beide Diagnosebögen auffüllen, 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
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.

DAGDBT-Freiburg borderline Projekt

27
Anhang I: Liste zu Arten selbstverletzenden Verhaltens aus dem PHI

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
- Gestoßen 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

Sprühen
- Die Handlung wird mit der Absicht oder dem Glauben ausgeführt, sich Schaden zuzufügen
- Die Füße über ein Brückengeländer herabhängen lassen 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 hinausschwimmt, 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
Anhang I: Liste zu Arten selbstverletzenden Verhaltens aus dem PHI

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.
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.
Anhang J: Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten - LPC

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
### Anhang J: Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten

#### Sich absichtlich schneiden

<table>
<thead>
<tr>
<th>Methode</th>
<th>Häufigkeiten</th>
<th>LPC</th>
<th>Art der med. Behandlungen(en)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zeitschiene</td>
<td>Suizidale Absicht</td>
<td>Ambivalent</td>
<td>keine suizidale Absicht</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Methode</th>
<th>Häufigkeiten</th>
<th>LPC</th>
<th>Art der med. Behandlungen(en)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>zurückliegender Monat:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
  - 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
**Anhang J: Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Methode</th>
<th>Häufigkeiten</th>
<th>Art der med. Behandlungen(en)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zeitschiene</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Suizidale Absicht</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambivalent</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>keine suizidale Absicht</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>med. Behandlung(en)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Methode</th>
<th>Häufigkeit</th>
<th>Art der med. Behandlungen(e)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zeitschiene</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Rückstürzen mit der Absicht, sich zu verfechten | vor 1 Woche | keine sozialen Abschnitte |}

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Status</th>
<th>Vor 1 Woche</th>
<th>Vor 2 Wochen</th>
<th>Vor 3 Wochen</th>
<th>Vor 4 Wochen</th>
<th>Vor 2 Monaten</th>
<th>Vor 3 Monaten</th>
<th>Vor 4 Monaten</th>
<th>letzten 2 Jahren insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codier.:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Auf sich selbst schießen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>zurückliegender Monat:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Vor 1 Woche</th>
<th>Vor 2 Wochen</th>
<th>Vor 3 Wochen</th>
<th>Vor 4 Wochen</th>
<th>Vor 2 Monaten</th>
<th>Vor 3 Monaten</th>
<th>Vor 4 Monaten</th>
<th>letzten 2 Jahren insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Datum:</td>
<td>Methode</td>
<td>Häufigkeiten</td>
<td>Art der med. Behandlungen(e)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>---------</td>
<td>--------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zeitschrift</td>
<td>Selbständige</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ambivalent</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Keine soziale</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Absicht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abhängige</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>zurückliegender Monat:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 1 Woche</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 2 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 3 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 4 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 2 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 3 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 4 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>letzten 2 Jahren insgesamt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Versuchen, sich zu ersticken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>zurückliegender Monat:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 1 Woche</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 2 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 3 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 4 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 2 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 3 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vor 4 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>letzten 2 Jahren insgesamt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>-------------</td>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Versuchen, sich zu erfränken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Codier.:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Datum:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Häufigkeiten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anhang J: Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten - LPC
### Anhang J: Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten

**Datum:**

**Codenum:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Methode</th>
<th>Häufigkeiten</th>
<th>Art der med. Behandlungen(en)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zeitschiene</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Absichtlich den Kopf stoßen</th>
<th>zurückliegender Monat:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>vor 1 Woche</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 2 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 3 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 4 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 2 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 3 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 4 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>letzten 2 Jahren insgesamt</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sonstiges</th>
<th>zurückliegender Monat:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>vor 1 Woche</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 2 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 3 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 4 Wochen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 2 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 3 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vor 4 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>letzten 2 Jahren insgesamt</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

Anhang J: Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten - LPC
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 Mitarbeitern 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.


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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sehr hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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
Anhang K: Fragebogen A für PatientInnen zu Beginn der Behandlung

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sehr hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □ 7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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
Anhang K: Fragebogen A für PatientInnen zu Beginn der Behandlung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwortmöglichkeiten</th>
</tr>
</thead>
</table>

### C. Erfahrungen mit ambulanter Betreuung

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

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

<table>
<thead>
<tr>
<th>Betreuungseinrichtung</th>
<th>Nie</th>
<th>1 Mal</th>
<th>2 Mal</th>
<th>öfter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Heim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegefamilie</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauenhaus</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Mädchenhaus</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Obdachlosenheim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Betreutes Wohnen</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Ja, teilstationär

Ja, 3x pro Woche

Ja, 2x pro Woche

Ja, 1x pro Woche

Nein

Weiß nicht

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

Sehr hilfreich

nicht hilfreich

1 2 3 4 5 6 7

24. Welche ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten nutzen Sie zur Zeit?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ambulante Unterstützungsmöglichkeit</th>
<th>Täglich</th>
<th>wöchentlich</th>
<th>14tägig</th>
<th>monatlich</th>
<th>nie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Treffpunkt</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Beratungsstelle</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppe</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Angeleitete Gruppen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 25. Wie bewerten Sie Ihre bisherigen Erfahrungen auf einer Skala von 1-7?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Treffpunkt</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ 1 2 3 4 5 6 7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beratungsstelle</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ 1 2 3 4 5 6 7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppen</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ 1 2 3 4 5 6 7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Angeleitete Gruppen</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>☐ 1 2 3 4 5 6 7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anhang K: Fragebogen A für PatientInnen zu Beginn der Behandlung

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tätigkeit</th>
<th>Nie</th>
<th>Manchmal</th>
<th>Oft</th>
<th>Immer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einen Abend gemütlich zusammen gesessen und sich unterhalten</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammen herzhaft über etwas gelacht</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Sich miteinander sehr nah und vertraut gefühlt</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Fühlen Sie sich in Ihrer Partnerschaft verstanden?</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aussage</th>
<th>Stimmt völlig</th>
<th>trifft eher zu</th>
<th>trifft eher nicht zu</th>
<th>Stimmt gar nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sehr unzufrieden</strong></td>
<td><strong>Sehr zufrieden</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Wie zufrieden sind Sie…**

- mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]

- mit Ihrer Wohnsituation
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]

- mit Ihrer finanziellen Lage
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]

- mit Ihrer Freizeit
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]

- mit Ihrer Gesundheit
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]

- mit Ihrer familiären Situation
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]

- mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]
  - [ ]

**Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen…**

<table>
<thead>
<tr>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sehr unzufrieden</strong></td>
<td><strong>Sehr zufrieden</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?**

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

Sehr stark
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1 2 3 4 5 6 7

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
Liebe Patientin, lieber Patient!

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


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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sehr hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 3</td>
<td>☐ 4</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 5</td>
<td>☐ 6</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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...

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 3</td>
<td>☐ 4</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 5</td>
<td>☐ 6</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Betreuung durch das Pflegepersonal fand ich...

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 3</td>
<td>☐ 4</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 5</td>
<td>☐ 6</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Gruppentherapieangebote fand ich...

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 3</td>
<td>☐ 4</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 5</td>
<td>☐ 6</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Die Ergotherapiegruppe fand ich...

<table>
<thead>
<tr>
<th>sehr hilfreich</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
</table>

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sehr hilfreich</th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Nie 1</th>
<th>Manchmal 2</th>
<th>Oft 3</th>
<th>Immer 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einen Abend gemütlich zusammen gesessen und sich unterhalten</td>
<td>□</td>
<td></td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammen herzhafte über etwas gelacht</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>Sich miteinander sehr nah und vertraut gefühlt</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>Fühlen Sie sich in Ihrer Gemeinschaft/verstanden?</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
</tbody>
</table>
53. Wie schätzen Sie Ihr soziales Umfeld ein, inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stimmt völlig</th>
<th>trifft eher zu</th>
<th>trifft eher nicht zu</th>
<th>Stimmt gar nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich vermissem häufig die Gesellschaft anderer Menschen</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Keine Person</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Person</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2 bis 3 Personen</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehr als 3 Personen</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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?**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1 sehr unzufrieden</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6 sehr zufrieden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer Wohnsituation</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer finanziellen Lage</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer Freizeit</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer Gesundheit</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer familiären Situation</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen…**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?</th>
<th>1 sehr unzufrieden</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7 sehr zufrieden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
</tbody>
</table>
56. Wie stark fühlen Sie sich heute auf einer Skala von 1-7 in Ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sehr stark</th>
<th>fast nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ 1</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 2</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 3</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 4</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 5</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 6</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ 7</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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
Anhang M: Fragebogen F für PatientInnen nach sechs Wochen

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.


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 zum 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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sehr hilfreich</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th>nicht hilfreich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Nie 1</th>
<th>Manchmal 2</th>
<th>Oft 3</th>
<th>Immer 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einen Abend gemütlich zusammen gesessen und sich unterhalten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammen herzhaft über etwas gelacht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sich miteinander sehr nah und vertraut gefühlt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fühlen Sie sich in Ihrer Gemeinschaft/verstanden?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aussage</th>
<th>Stimmt völlig 1</th>
<th>trifft eher zu 2</th>
<th>Trifft eher nicht zu 3</th>
<th>Stimmt gar nicht 4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlass ist</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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!
13. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wie zufrieden sind Sie…</th>
<th>Sehr unzufrieden</th>
<th>Sehr zufrieden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer Wohnsituation</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer finanziellen Lage</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer Freizeit</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer Gesundheit</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihrer familiären Situation</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen…

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?</th>
<th>Sehr unzufrieden</th>
<th>Sehr zufrieden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td>☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
14. Wie stark fühlen Sie sich heute auf einer Skala von 1-7 in Ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sehr stark</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fast nicht</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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!
Anhang N: Fragebogen C für Therapeuten zu Beginn

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!


**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?
   weiblich ........................................................................................................ 4
   männlich ...................................................................................................... 5

5. Familienstand?
   ledig ........................................................................................................... 5
   verheiratet .................................................................................................. 6
   mit PartnerIn lebend ............................................................................... 7
   verwitwet / geschieden / getrennt lebend ............................................... 8

6. Kinder?
   Anzahl und Alter der im Haushalt zu versorgenden Kinder

   Anzahl und Alter der nicht im Haushalt lebenden Kinder

7. Nationalität?
   Deutschland ................................................................................................. 7
   Ausland ........................................................................................................ 8

Woher stammt der / die PatientIn?
### 8. Rechtsstatus bei Aufnahme?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Freiwillige Aufnahme</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>PsychKG</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>BGB</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9. Art der Aufnahme?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PatientIn kommt selbst (allein)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitung durch Angehörige / Bekannte</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztliche Einweisung</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitung durch Betreuungsperson(en)</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Polizei / Amt</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 10. Art der ärztlichen Einweisung?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nervenarzt / Psychiater/-in</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapeut/-in</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Anderer Arzt</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine ärztliche Einweisung</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 11. Wohnort

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kiel</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Bonn</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Deutschland</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausland</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Unbekannt</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 12. Wohnsituation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eigene Wohnung (privat, WG, Zimmer)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei den Eltern (-teil)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Teil- / vollstationäre Wohngruppe</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anhang N: Fragebogen C für Therapeuten zu Beginn

Einrichtung für Kinder und Jugendliche .......................................................... □ 4
Ambulante Betreuung ..................................................................................... □ 5
Ohne festen Wohnsitz ..................................................................................... □ 6
Sonstiges .......................................................................................................... □ 7

12. Lebt zusammen mit
Lebt allein .................................................................................................... □ 1
Wohngemeinschaft ......................................................................................... □ 2
(Ehe-)PartnerIn .............................................................................................. □ 3
Eltern (-teil) .................................................................................................... □ 4
Kinder (-ern) .................................................................................................... □ 5
Andere Verwandte .......................................................................................... □ 6

13. Berufliche Situation zur Zeit?
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
Kein Schulabschluss ....................................................................................... □ 1
Sonderschule .................................................................................................. □ 2
Hauptschule ................................................................................................... □ 3
Realschule ........................................................................................................ □ 4
Handels- / Fachhochschule .......................................................................... □ 5
Gymnasium ..................................................................................................... □ 6
15. Derzeitiger Stand der Berufsausbildung

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?

Suizidversuch................................................................................................... 1
Suizidal................................................................................................................ 2
Suizidalität fraglich.............................................................................................. 3
Nicht suizidal......................................................................................................... 4

18. Welche professionellen ambulanten Hilfen sind vorhanden?

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?

Welche Psychopharmaka nimmt der / die Patient /-in bei Aufnahme (mit Dosierungs-
angaben)?

Neuroleptika hochpotent ________________________________ □ 1

Neuroleptika niedrig- bzw. mittelpotent ______________________ □ 2

Antidepressiva ___________________________________________ □ 3

Benzodiazepine ___________________________________________ □ 4

Sonstige _________________________________________________ □ 5

Wenn die medikamentöse Einstellung zu Beginn geändert wurde, was wurde verän-
der?
24. Geistige Retardierung?
Keine Hinweise auf geistige Retardierung................................................... 1
geistige Retardierung fremdanamnestisch ................................................... 2
Hinweise, Testdiagnostik veranlasst.............................................................. 3

25. Welche Auslöser führen primär zur jetzigen Krise und stationären Aufnah-
me des / der Patienten / in?
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?
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
BetreuterIn................................................................................................. 6
Sonstiges:................................................................................................. 7
27. Um welche Art der Trennung handelt es sich, wenn eine Betreuungsperson maßgeblich ist?
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 erlebt......................................................................... □ 1
Aktuelle körperliche Gewalt erlebt..................................................................... □ 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?
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?
 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?

- Reduktion der Suizidalität ................................................................. ☐ 1
- Reduktion selbstverletzendes Verhalten .................................... ☐ 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skala</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>GAF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-10</td>
<td>Unzureichende Information</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>11-20</td>
<td>Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen…</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>21-30</td>
<td>Selbst- oder Fremdgefährlichkeit</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>31-40</td>
<td>Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>41-50</td>
<td>Ernsthafte Symptome</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>51-60</td>
<td>Mäßig ausgeprägte Symptome</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>61-70</td>
<td>Einige leicht ausgeprägte Symptome</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>71-80</td>
<td>Symptome nur vorübergehend o. normale Reaktion auf Stressoren…</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>81-90</td>
<td>Keine oder nur minimale Symptome</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>91-100</td>
<td>Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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?
Nein.................................................................................................................
Ja........................................................................................................................
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?
Ja......................................................................................................................
Nein..................................................................................................................
Unbekannt........................................................................................................

52. Wenn ja, von wem geht der Kontakt aus?
Von Seiten der Täter.....................................................................................
Von Seiten des / der PatientIn........................................................................
Unbekannt........................................................................................................

53. War die Einrichtung einer Unterbringung gemäß Psych KG oder Betreuung nötig?
Ja......................................................................................................................
Nein..................................................................................................................
54. Wurde im Verlauf die EinzeltherapeutIn gewechselt?  
Ja.................................................................................................................. □ 1
Nein........................................................................................................... □ 2

55. Wurde im Verlauf die Bezugspflegekraft gewechselt?  
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?

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?

Keine Hinweise........................................................................................................... □ 1
Fremdanamnestisch berichtet.................................................................................... □ 2
Durch Testdiagnostik nachgewiesen......................................................................... □ 3

63. Welche professionellen ambulanten Hilfen sind zur Weiterbehandlung vorhanden?

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Voll berufstätig</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilweise berufstätig (halbtags, stundenweise)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>In Berufsausbildung</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslos gemeldet</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Altersrente</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbsunfähigkeitsrente</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausfrau / Hausmann</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankgeschrieben</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 65. Wohnsituation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eigene Wohnung (privat, WG, Zimmer)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei den Eltern (-teil)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Teil- / vollstationäre Wohngruppe</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Einrichtung für Kinder und Jugendliche</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Betreuung</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Ohne festen Wohnsitz</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 66. Wodurch ist die bisherige Dauer der Behandlung begründet?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität / Suizidversuch</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hochfrequentes selbstverletzendes Verhalten</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hochfrequente psychotische Zustände / flashbacks</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Akute Fremdgefährdung</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nämlich: __________________________________________________________________________

- 231 -
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:
Anhang O: Fragebogen D für Therapeuten nach drei Wochen

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 Gewaltanwendung 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 Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit und keine Freunde)

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 Zwangsroutinen, 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. Affekttverflachung, 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 Schulenvergnügen 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. Konzentrationschwächen 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!

- 233 -
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

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.


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.
Einverständniserklärung


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
LEBENSLAUF

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 BERUFSAUSBILDUNG

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 Psychologie (systemische Familientherapie)
Abschluß: Diplom mit Note „sehr gut“
06/99 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin
06/2006 Eintragung in das Arztreister der KV Schleswig-Holstein für Verhaltenstherapie

BERUFSPRAKTIKA / 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, Meeresbiologie) und Honorarkraft im Frauennotruf

BERUFSSTÄTIGKEIT

06/1995 bis 08/2003 Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen und Frauen. Frauen gegen Gewalt e.V. in Kiel
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  