

Aus dem Zentrum für Integrative Psychiatrie

der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Stefan Borgwardt

Untersuchung der Abhängigkeit der Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung von den Therapeut*innen und deren Zusammenhang mit Symptomverlauf im Rahmen einer DBT- Behandlung.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von

Kristina Borchfeld

aus Riga

Lübeck 2021

1. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Philipp Klein

2. Berichterstatterin: Prof Dr. phil. Ruth Deck

Tag der mündlichen Prüfung: 1.11.2021

Zum Druck genehmigt: Lübeck, den 1.11.2021

Promotionskommission der Sektion Medizin

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
1. Einleitung und Fragestellung.....	6
1.1 Einbettung des Konzeptes „Abhängigkeit des*der Patient*in von dem*der Therapeut*in“ im Kontext Psychotherapieforschung.....	6
1.2 Borderline Persönlichkeitsstörung: Symptome und Prävalenz	
1.3 Therapeutische Beziehung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie.....	8
1.4 Ziele und Fragestellungen dieser Untersuchung.....	12
2. Material und Methoden.....	19
2.1 Stichprobe: Ein- und Ausschlusskriterien.....	20
2.2 Fallzahlplanung.....	20
2.3 Studiendesign.....	21
2.4 Erhebungszeitraum.....	22
2.5 Studienablauf und Messinstrumente.....	22
2.5.1 <i>Rekrutierung</i>	22
2.5.2 <i>Intervention</i>	23
2.5.3 <i>Datenerhebung</i>	26
2.5.4 <i>Messinstrumente</i>	28
2.6 Auswertung.....	32
3. Ergebnisse.....	35
3.1 Stichprobe: Teilnahme und Drop out.....	35
3.1.1 <i>Demographische Beschreibung</i>	38
3.1.2 <i>Inanspruchnahme Verhalten</i>	40
3.1.3 <i>Klinische Beschreibung</i>	41
3.2 Fragestellungen.....	42
3.2.1 <i>Fragestellung 1</i>	42
3.2.2 <i>Fragestellung 2</i>	43
3.2.3 <i>Fragestellung 3</i>	43

3.2.4 Fragestellung 4.....	45
4. Diskussion.....	49
4.1 Erläuterung der wichtigsten Ergebnisse und Einbettung im Kontext der Forschung.....	49
4.1.1. <i>Borderline-Symptomatik, Geschlecht und das Alter</i>	49
4.1.2 <i>Frühkindliche Traumatisierung</i>	50
4.1.3 <i>Zentrale Fragestellungen</i>	51
4.1.4. <i>Therapeutische Beziehung</i>	56
4.2 Stärken und Limitationen dieser Studie.....	59
4.3 Weitere Forschung.....	62
4.4 Fazit für die Praxis.....	64
5. Zusammenfassung	66
6. Literaturverzeichnis	68
7. Danksagungen	79
8. Lebenslauf	80
9. Anhang.....	83
Anhang 1. <i>Care Dependency Questionnaire, Version mit 18 Items</i>	83
Anhang 2. <i>Überblick der Subskalen der Care Dependency Questionnaire</i>	85
Anhang 3. <i>Genehmigung der Durchführung dieser Studie von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck</i>	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Kernsymptome einer BPS nach DSM V</i>	8
Tabelle 2. <i>Übersicht der Messzeitpunkte</i>	27
Tabelle 3. <i>Variablen der Fragestellung 1</i>	32
Tabelle 4. <i>Variablen der Fragestellung 3</i>	34
Tabelle 5. <i>Überblick der Prädiktoren für das Kriterium „Drop out“</i>	38
Tabelle 6. <i>Ausprägung der AvT innerhalb der 12 Behandlungswochen</i>	43
Tabelle 7. <i>Überblick der Prädiktoren für das Kriterium „Therapierfolg“</i>	45
Tabelle 8. <i>Korrelationsmatrix Fragestellung 4</i>	47

1. Einleitung und Fragestellung

1.1 Einbettung des Konzeptes „Abhängigkeit des*der Patient*in von Therapeut*innen im Kontext der Psychotherapieforschung

Menschen, die an einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden, wurden zum großen Teil bereits im Kindesalter über den Jahren hinweg multiplen Invalidierungen sowie Misshandlungen unterworfen (Ibrahim, Cosgrave und Woolgar, 2018; Giourou at al., 2018). Ein großer Anteil der untersuchten Betroffenen erlebte eine Belastung extremer überdauernder Natur (Typ II Trauma), die durch Menschenhand verursacht wurde (man made disaster) (Dulz und Jensen, 2000; Barnow, Plock, Spitzer, Hamann und Freyberger, 2005). Die Auswirkungen der Traumatisierung beeinträchtigen die Gestaltung einer sicheren, stabilen Bindung und somit Aufbau und Aufrechterhaltung einer gesunden, tragfähigen Beziehung der Borderline-Erkrankten (Gebauer und Hüther, 2011 erwähnt in Arndt, 2020; Allen, 2013a). Das Leben der Betroffenen wird durch die Versuche und Anstrengungen dem antizipierten Verlassenwerden entgegen zu wirken, von unkontrollierter Impulsivität sowie einem Muster instabiler und intensiver interpersoneller Beziehungen dominiert (American Psychiatric Association, 2013). Die psychotherapeutische Beziehung ist häufig die erste oder sogar die einzige stabile, tragfähige und supportive zwischenmenschliche Bindung im Leben der Betroffenen. Daher stellen sich sowohl die Führung als auch die Beendigung dieser Beziehung als eine große Herausforderung für die Patient*innen dar (Reicherzer, 2013). Häufig entsteht der klinische Eindruck einer Art Abhängigkeit von Behandelten gegenüber deren Behandelnden. Während die Datenlage im Feld der Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie gut belegt ist

(Smith und Glass, 1977; Wampold, 2001), lässt sich allerdings in der Fachliteratur keine systematische Beschreibung einer Entstehung, Entwicklung oder des Verlaufes einer Abhängigkeit vom Therapeuten (AvT) finden (Geurtzen et al., 2018). Auch der aktuelle Forschungsstand bezüglich genereller Nebenwirkungen einer Psychotherapie ist zurzeit noch als rar zu bezeichnen. Nach der gesetzlichen Definition in der pharmakologischen Wirksamkeitsforschung assoziiert man mit Nebenwirkungen „beim bestimmungsgemäßen Gebrauch auftretende schädliche unbeabsichtigte Reaktionen“ (Arzneimittelgesetz (AMG) § 4 Abs. 1, Satz 13). In der Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie gibt es aktuell noch kein einheitliches Verständnis der Nebenwirkungen. Die Abhängigkeit des*der Patient*in vom Therapeut*in – die zu Nebenwirkung der Psychotherapie zählen würde - wurde lediglich in wenigen Studien beschrieben (Schmoll, 2012; Rozental et al., 2016; Geurtzen et al., 2018). Leitner und Kollegen (2013) assoziieren mit risikobehafteten Therapieverläufen u. a. sechs Dimensionen auch „schlechte Qualität der therapeutischen Beziehung“ sowie „Abhängigkeit/Isolation“. Insgesamt 367 Patient*innen (17.9 % der Befragten) fühlten sich stark abhängig von deren Behandler*innen. Bei der Untersuchung von Behandlungen von Menschen mit einer Dependenten Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer clarification-oriented psychotherapy beschreiben Maccaferri und Kollegen (2019) eine Abnahme der Abhängigkeitsmerkmale durch die Zunahme der Qualität des Beziehungsangebots, des inhaltlichen Verständnisses der Therapieinhalte seitens der Patient*innen und der Direktivität des*der Therapeut*in im Verlauf der Arbeitsphase. Schmoll (2012) beschreibt vor dem Hintergrund einer Abhängigkeit eine Unfähigkeit seitens der Behandelten eine eigenständige Entscheidung ohne

den*die Therapeut*in zu tätigen. Eine weitere Nebenwirkung der Psychotherapie ist die Idealisierung des*der Therapeut*in, insbesondere seitens der weiblichen Befragten, einhergehend mit dem Gefühl der Abhängigkeit (Parker et al., 2013).

1.2 Borderline Persönlichkeitsstörung: Symptome, Prävalenz und Psychopathologie

Symptome

Im DSM V (American Psychiatric Association, 2013) ist die Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) neben der histrionischen, narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen im Cluster B angesiedelt. Die Diagnose gilt als erfüllt, wenn mindestens fünf der insgesamt neun Kriterien erfüllt sind. Die Kernsymptome (American Psychiatric Association, 2013) sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1

Kernsymptome einer BPS nach DSM V

-
- 1) Ständige Bemühungen antizipiertem Verlassenwerden vorzubeugen
 - 2) Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen sind geprägt durch rasante Abfolgen der Idealisierungen und Entwertungen
 - 3) Störung der Identität
 - 4) Verhaltensimpulsivität, verankert in mindestens zwei Bereichen, die mit einer Selbstschädigung einhergehen
 - 5) Häufige suizidale Handlungen oder Andeutungen oder Androhungen dieser sowie Selbstverletzungen
 - 6) Labiles, rasch wechselhaftes emotionales Erleben
 - 7) Empfindung der inneren Leere
 - 8) Beeinträchtigte Regulation der Emotion „Wut“
 - 9) Transientes, durch Belastung ausgelöstes dissoziatives oder paranoides Erleben
-

Prävalenz und Verlauf

Die Prävalenz dieser Erkrankung wird in der Allgemeinbevölkerung auf 1.6 % bis 5.9 % geschätzt. Während in der Primärversorgung die Prävalenz bei ca. 6 % liegt, beträgt sie bei ambulanten psychiatrischen Patient*innen ca. 10 % und bei stationären psychiatrischen Patient*innen ca. 20 % (American Psychiatric Association, 2013). Im Alter nimmt die Prävalenz tendenziell ab. Während die klinischen Stichproben einen Anteil von 70 % - 75 % weiblicher Betroffener zeigen, weisen die Feldstudien 45 % Borderline-erkrankte Männer auf (Reicherzer, 2013). Die BPS hat hohe Komorbiditätsraten; gleichermaßen mit Erkrankungen der Achse I als auch der Achse II (Zimmerman und Matia 1999). Häufige sind: depressive und bipolare Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), andere Persönlichkeitsstörungen sowie Posttraumatische Belastungsstörungen (American Psychiatric Association, 2013). Die Suizidrate bei den Erkrankten beträgt 5 % bis 10 % (Lieb et al., 2004).

Das pathologische Beziehungsmuster

Diese Arbeit befasst sich mit Untersuchung des Phänomens der AvT, die sich im Rahmen einer therapeutischen Beziehung entwickeln kann. Für ein tieferes Verständnis soll die Vulnerabilität von Menschen mit einer Borderline-Erkrankung hinsichtlich pathologischer Beziehungsverläufe beschrieben werden. Dabei wird, sofern diese Abgrenzung möglich ist, sowohl auf Beziehungsmuster selbst, als auch auf prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren der Psychopathologie eingegangen werden.

Das Kriterium „pathologische Beziehungsmuster“ manifestiert sich neben der Störung der Identität, der Impulsivität sowie der Affektlabilität, bereits im frühen Erwachsenenalter und ist der wichtigste Aspekt vielerlei klinischer Theorien (Gunderson und Lyons-Ruth, 2008). Die Psychopathologie ist zeitlich überdauernd und kommt zum Vorschein in allen wesentlichen Lebensbereichen der Betroffenen. Menschen mit einer Borderline-Erkrankung sehnen sich nach einer Beziehung und fürchten sie gleichzeitig (Gunderson und Lyons-Ruth, 2008; Dyer et al., 2009). Die Hälfte der 300 im Rahmen des biografischen Interview befragten Borderline-erkrankten Frauen (Dyer et al., 2009) berichten über schwerwiegende körperliche Misshandlungen, 63 % über sexuellen, in meisten Fällen wiederkehrenden, Missbrauch, begleitet durch emotionale Vernachlässigungen sowie Demütigungen. Bei 15 % der Befragten waren die Väter mehrfach polizeilich auffällig oder verbüßten eine Gefängnisstrafe. Über ein Drittel der Befragten war Zeuge*in brutaler Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, die Mehrheit der Frauen erfuhr interpersonelle Ablehnungen in der Schulzeit. Vergleichbare Ergebnisse berichten andere Forscher*innen: die Primärfamilien der Betroffenen waren sowohl durch Psychopathologie und problematische Interaktionen (Hoffman, Fruzzetti und Swenson, 1999; Zanarini und Silk, 2001) als auch wiederholte körperliche oder sexuelle Misshandlungen (Zanarini, Gunderson, Mario, et al., 1989) belastet. Bei den frühkindlich-traumatisierten Erkrankten sind die engsten Bezugspersonen häufig die Täter*innen oder diejenigen, die sie nicht vor den Tätern beschützt haben.

Zanarini et al. (1997) benennen vier Risikofaktoren für die Entstehung der BPS: weibliches Geschlecht, sexueller Missbrauch, der toxische Einfluss von

invalidierenden interpersonellen Erfahrungen mit primären Bezugspersonen und emotionale Ablehnung seitens des Vaters sowie inkonsistente Behandlung seitens der Mutter.

Es wird deutlich, dass die Betroffenen häufig keine valide basale Orientierung sowie Fertigkeiten im Bereich der Beziehungsgestaltung erwerben konnten – weder Merkmale eines normativen Miteinanders noch den Prototyp einer supportiven und zuverlässigen Bezugsperson. Das Verhaltensmuster von Borderline-Betroffenen ist häufig ein Produkt einer reziproken Wechselwirkung zwischen emotionaler Instabilität, Impulsivität, einem Fertigkeitendefizit und invalidierenden Merkmalen des privaten Umfelds. Die Betroffenen entwickeln einerseits eine ängstliche Haltung und sind sensibel und wachsam gegenüber den Anzeichen als Zurückweisung gedeuteter Verhaltensweisen (Jang et al., 1996). Anderseits ist dieses permanente Bedrohungsmonitoring unspezifisch und fehlerbehaftet. So kamen Studien zu den Ergebnissen, dass die Wahrnehmung von neutralen und emotionalen Gesichtsausdrücken im Vergleich mit den gesunden Kontroll-Gruppen mit einer sensibleren, emotionaleren (Kosson, Lejuez, und Lynch, 2005) und fehlerhafteren Einschätzung seitens der Borderline-Erkrankten (Donegan et al., 2003) einhergeht. Zudem weisen die Borderline-Erkrankten eine geringere Genauigkeit (Levine, Marziali und Hood, 1997) bei der Erkennung der Gesichtsausdrücke Ärger, Furcht und Ekel auf. Die proaktive Stabilisierung der Beziehung, um das Verlassenwerden zu vermeiden, steht stets im Fokus der Betroffenen. Schon bei einer Befürchtung einer sozialen Ablehnung oder eines Beziehungsabbruches kann es zu einer massiven Veränderung des Selbstkonzeptes, des Verhaltens, der Emotionen und der Kognitionen führen. Das

Erleben einer zurückweisenden Kritik oder das Alleinsein führt häufig zu extremen aversiven affektiven Zuständen (Stiglmayr et al., 2005). Nicht selten werden Beziehung präventiv beendet, um gefürchtetem oder tatsächlichem „Verlassen werden“ vorzubeugen (American Psychiatric Association, 2013). Auf diese Weise wird deutlich, dass durch mangelnde Differenzierung und fehlenden Fertigkeiten supportive Partnerschaften durch Angriffe und belastende Rückversicherungen der Betroffenen erschüttert werden können, während antisoziale, toxische Partner*innen billigend toleriert werden.

Die sozioökonomischen, interpersonellen sowie gesellschaftlichen Folgen sind gravierend: permanente Verluste oder Abbrüche der Erwerbstätigkeit oder des Ausbildungspflichtes, Trennungen und Scheidungen. Die Untersuchung von Bohus und Kollegen (2001) zeigt, dass von ca. 300 Befragten ein Anteil von 20 % mit einem*einer Partner*in zusammenleben, 13 % verheiratet und nur 28 % berufstätig sind (Bohus et al., 2001). Auch für das Gesundheitssystem verursacht das intensive Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen dieser Patientengruppe hohe Kosten. Laut Bohus (2007) betrugen die Kosten ca. vier Mrd. EUR, dieser Betrag entspricht ca. 20 % der Gesamtausgaben für die stationären Behandlung von psychischen Störungen.

1.3 Therapeutische Beziehung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (1996) hat sich seit Jahren für die Behandlung der BPS etabliert und wird in den AWMF-Leitlinien als Methode der Wahl empfohlen (Bohus et al., 2009). Bei der Entwicklung der DBT orientierte sich Marsha M. Linehan an den Bedürfnissen von schwer erkrankten,

chronisch suizidalen, an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leidenden Betroffenen. Einerseits beinhaltet die DBT ein breites Spektrum an klassischen verhaltensorientierten und kognitiven Strategien der Verhaltenstherapie, anderseits umfasst sie auch Ansätze, die auf fernöstlicher Philosophie basieren - ein Aspekt, der die DBT deutlich von anderen Formen der Verhaltenstherapie unterscheidet. Das eigenständige Charakteristikum der DBT besteht in der Anwendung des dialektischen Ansatzes, insbesondere der Prämisse, den*die Patient*in so zu akzeptieren, wie er*sie ist und ihn*sie zeitgleich zu Veränderungen zu ermutigen (Linehan, 1996).

Trotz der zahlreichen Wirksamkeitsnachweise (Koerner & Dimeff, 2000 zit. im Bohus, 2011; Morey und Zanarini, 2000; Lynch, Trost, Salsman, und Linehan, 2007; Kliem, Kroger, und Kosfelder, 2010; Bohus und Kröger, 2011) bleibt die wissenschaftlich tragbare Abgrenzung der genauen Wirkvariablen bislang ungeklärt (Martens, 2005). Von Marsha Linehan (1996) selbst wird die therapeutische Beziehung hervorgehoben als eine und manchmal die einzige Wirkvariable die Patient*innen in der Therapie und in bestimmten Zeiten am Leben hält. Die Studie von Bedics und Kollegen (2015) unterstützte die Aussage mit Empirie und berichtet über Beziehungen zwischen der therapeutischen Allianz in DBT und einer Reduktion des suizidalen Verhaltens bei 101 untersuchten an Borderline erkrankten Frauen. Weitere Erfolgskriterien für eine Psychotherapeutische Behandlung aus der Patientensicht sind die individuellen Therapieziele und eine allgemeine Therapiezufriedenheit. Diese Aspekte zeigen Zusammenhänge mit der Qualität der therapeutischen Allianz (Linehan, 2006; Meißner, 2014). Im Rahmen einer naturalistischen Untersuchung erforschte

Turner (2000) zwei Therapieformen bei der Behandlung einer BPS: Der Wissenschaftler verglich eine DBT-Behandlung mit einer klientenzentrierten Therapie. Beide Verfahren bewirkten einen Rückgang der Symptomatik, die DBT war der klientenzentrierten Therapie jedoch überlegen. In dieser Studie zeigte sich jedoch auch, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung für ebenso viel Varianz in der Besserung der Symptomatik verantwortlich war, wie die Behandlungen über alle Ergebnisindikatoren hinweg zusammen. Dabei zeigte die therapeutische Beziehung in der DBT keine Überlegenheit gegenüber der therapeutischen Beziehung in der klientenzentrierten Therapie.

Die Rolle einer positiven therapeutischen Beziehung in der DBT ist somit essenziell und dient zwei Hauptfunktionen (Linehan, 1993; Robins und Koons, 2000): zum einen vermittelt der*die Therapeut*in dem*der Patient*in gegenüber eine akzeptierende, nicht-verurteilende und mitfühlende Haltung. Zum anderen zeigt der*die Therapeut*in die Optionen der adaptiven Emotionsregulation und adaptiven Verhaltensweise und unterstützt den*die Patient*in bei der Umsetzung. Der*die Therapeut*in nimmt Einfluss und unterstützt den*die Patient*in bei der Kontrolle, wenn er*sie selbst nicht über diese Fertigkeiten verfügt (Bedics, Atkins, Comtois und Linehan, 2012). Mittels seiner*ihrer Einflussnahme korrigiert der*die Therapeut*in aktiv das dysfunktionale, selbstzerstörerische Verhalten des*der Patient*in in zentralen Lebensbereichen und berät sie*ihn in der akuten Krise (Linehan, 1996).

Eine Untersuchung von Bedics und Kollegen (2012) zeigt, dass der Rückgang parasuizidaler Selbstverletzungen bei Frauen mit einer Borderline-

Erkrankung mit einem höheren Level der wahrgenommenen Wärme, Zustimmung, Liebe und Schutz seitens des*der Therapeut*in assoziiert wird.

Somit ist einerseits die Abhängigkeit von dem*der Therapeut*in als wichtiger Lebensberater*in eine Nebenwirkung, anderseits ist die therapeutische Einflussnahme ein wichtiger Faktor, der die Anwendung der Veränderungsstrategien erst ermöglicht (Linehan, 1996) und die therapeutische Beziehung stärkt. Um ein besseres Verständnis hierfür zu gewinnen, ist eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Phänomen im Rahmen der DBT-Behandlung dringend notwendig.

1.4 Ziele und Fragestellungen dieser Untersuchung

Möglicherweise lösen dieses hohe Maß an Engagement seitens des*der Therapeut*in, die empathische und intensive therapeutische Beziehung, sowie die zentrale Bedeutung der Therapeutenrolle eine Art AvT bei den Patient*innen aus. Berk und Parker (2009) betonen zwar schulübergreifend die Notwendigkeit eines moderaten Grades der AvT, um im Rahmen der Behandlung Einfluss auf den*die Patient*in nehmen zu können, weisen jedoch gleichzeitig auch auf die Risiken dieser Abhängigkeit hin. Sie vermuten, dass je länger ein*e Patient*in sich in Therapie befindet, umso mehr das Risiko steigt, dass ihre*seine Fähigkeit, unabhängige Entscheidungen zu treffen (self-mastery) abnimmt. Zudem bestünde die Gefahr, dass der*die Patient*in weniger Bereitschaft aufweist, eigene Fehler sowie zwischenmenschliche Investitionen in der realen Welt außerhalb des therapeutischen Gefüge zu machen sowie aus diesen Fehlern zu lernen. Wenn man sich mit der Frage von Auswirkungen der Ausprägung der AvT auf den Symptomverlauf befasst, bleibt diese erstmal unbeantwortet, da der aktuelle Stand

der Forschung zu diesem Phänomen als unzureichend zu bezeichnen ist. Wenn man die AvT als eine Nebenwirkung der psychotherapeutischen Behandlung betrachtet, wäre ein Zusammenhang mit der Symptomschwere zu erwarten (vgl. mit Geurtzen et al., 2018). Allerdings ist bislang unklar, mit welchen Kernsymptomen der Borderline Erkrankung genau die AvT assoziiert werden kann.

Es liegt auf der Hand, dass die Hauptsikofaktoren für die Entstehung einer AvT die therapeutische Beziehung und die Zeit sind. Denn die Entstehung einer AvT, genauso wie die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung, nimmt eine gewisse Zeit in Anspruch. Hinweise darauf lassen sich in der Untersuchung von Leitner und Kollegen (2013) finden. Neben den zwei Faktoren - Art der Psychotherapie-Verfahren und eine Konstellation aus einer weiblichen Patientin und einem männlichen Therapeuten - zählt auch der Faktor „Dauer der Psychotherapie“ als Risiko für einen Therapieabbruch seitens des*der Patient*in. Diejenigen Patient*innen, die ihre Behandlung vorzeitig beendeten, hatten weniger Therapiesitzungen besucht als solche, die ihre Therapie erfolgreich beendet hatten. Die Autoren vermuten, dass einer der Gründe für die vorzeitige Abbrüche speziell seitens der Patient*innen, die mittels einer kognitivbehavioralen Therapie (CBT) behandelt wurden, eine zu geringe AvT seien könnte.

Weil das Phänomen der AvT bisher nur wenig untersucht wurde, handelt sich bei dieser Studie um eine explorative Fragestellung. Um einen Grundstein zu legen, befasst sich diese Studie zuerst mit dem Einfluss der soziodemografischen Eigenschaften auf die AvT. Wie bereits beschrieben ist das Beziehungsmuster bei

den Betroffenen einer Psychopathologie unterworfen, daher lässt sich die Form der Entwicklung von AvT nur schwer vorhersagen und muss ebenso exploratorisch untersucht werden. Aus diesen Überlegungen heraus leiten sich drei Ziele dieser Untersuchung ab:

- 1) Untersuchung des Zusammenhangs zwischen klinischen und soziodemografischen Eigenschaften und der Abhängigkeit von Therapeut*innen (AvT)
- 2) Untersuchung des Verlaufs der Abhängigkeit von Therapeut*innen (AvT) im Rahmen einer DBT-Behandlung
- 3) Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Abhängigkeit von Therapeut*innen (AvT) und dem Erfolg der Behandlung

Fragestellungen

Fragestellung 1:

Explorative Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den Prädiktoren Symptomshwere in der Mitte der Behandlung, Alter, Geschlecht und Ausmaß der frühkindlichen Traumatisierung der Patient*innen und der Abhängigkeit von den Therapeut*innen (AvT).

Fragestellung 2:

Explorativ untersucht wird der Verlauf der Ausprägung der AvT zwischen vier Messungen, erhoben innerhalb eines 12-wöchigen stationären oder teilstationären Aufenthalts.

Fragestellung 3:

Explorative Untersuchung des Einflusses folgender Variablen auf den Therapieerfolg: Ausprägung der AvT und der Borderline-spezifischen Symptomschwere jeweils zu Beginn der Behandlung und Entwicklung der AvT während der Behandlung. Dabei wird der Therapieerfolg definiert als Differenz zwischen der dritten und der letzten Behandlungswoche.

Fragestellung 4:

Explorative Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Abhängigkeit der Patient*innen von den Behandler*innen auf den Dimensionen – „passive stance“, „need for contact“ und „lack of perceived alternatives“, „emotional bond“ und den Kernsymptomen der Borderline Persönlichkeitsstörung basierend auf DSM IV.

2. Material und Methoden

Ziel dieses Kapitels ist es, die konkrete Vorgehensweise im Rahmen der Untersuchung der Fragestellungen der vorliegenden Studie zu beschreiben. Dafür werden die in der **Investigating Care dependency And its Relation to outcome** Studie (iCARE DBT-Studie) angewandten Methoden, Erhebungsinstrumente, untersuchte Stichprobe sowie statistische Verfahren näher erläutert.

Im vorliegenden Abschnitt soll eine Übersicht über die Studie iCARE DBT sowie ihre Einbettung in das übergeordnete Projekt geschaffen werden. Zudem soll die an dem Projekt beteiligte Arbeitsgruppe vorgestellt werden.

Daten, die dieser Untersuchung zu Grunde liegen, wurden im Rahmen der iCARE-Studie erhoben. Ziel dieser Studie war, das Phänomen der Abhängigkeit von den Therapeut*innen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen zu erforschen. Untersucht wurden die Patient*innen, die sich im Rahmen einer teil- oder vollstationären störungsspezifischen Behandlung im Zentrum für die integrative Psychiatrie (ZiP) in Lübeck aufhielten.

Die iCARE DBT-Studie, die in dieser Arbeit beschrieben wird, ist ein Teil der iCARE-Studie. iCARE DBT befasst sich mit der Untersuchung der AvT bei Patient*innen mit einer BPS und weiteren Komorbiditäten.

Die Durchführung dieser Studie wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck genehmigt. (Aktenzeichen 17-271). Der Zeitraum der angestrebten Untersuchung wurde auf die Dauer von drei Jahren geplant.

2.1 Stichprobe: Ein- und Ausschlusskriterien

Untersucht wurden Patient*innen mit der Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung nach ICD 10 (World Health Organization, 2007), die sich in die störungsspezifische voll- oder teilstationäre Regelbehandlung in das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) Lübeck begeben haben. Dort erhielten die Patient*innen eine, für die BPS spezifische, Psychotherapie – DBT nach Marsha Linehan (1996).

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Untersuchung waren:

- die Diagnose einer BPS
- Volljährigkeit

Ausschlusskriterien waren:

- unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache
- eine akute psychotische Störung
- eine akute Intoxikation
- demenzielle Erkrankungen
- Minderbegabung im Sinne der leichten Intelligenzminderung F70 (IQ 50–69) nach ICD 10 (World Health Organization, 2007)

2.2 Fallzahlplanung

Untersucht wurden Patient*innen, die eine DBT-Behandlung (Intervention) auf der Station mit Behandlungsfokus auf Borderline Persönlichkeitstörung erhielten. Daraus ergab sich eine Fallzahl von 110 Proband*innen. Die Größe der Stichprobe wurde vor allem durch die internen Abläufe der Station determiniert. Zu den internen Abläufen zählen beispielsweise die Bettenbelegung, die Erfüllung der

diagnostischen Kriterien sowie mögliche, störungstypische vorzeitige ungeplante Beendigungen der Behandlung seitens der Patient*innen bereits in den ersten Behandlungstagen. Die Kapazitäten der Station belaufen sich auf 19 Betten. Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel maximal 12 Wochen. Um die Zeitspanne der Datenerhebung zu verkürzen und die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen, wurde die Rekrutierung der Proband*innen auf die Tagesklinik (TK) erweitert. Die TK ist ebenso auf die Behandlung von BPS- oder/und Essstörungserkrankten Patient*innen mittels DBT (Linehan, 1993) spezialisiert. Die Aufnahmekapazität der Tagesklinik ist auf 22 Behandlungsplätze limitiert. Für die Datenerhebung wurden 15 Monate geplant. In diesem Zeitraum wäre eine Stichprobengröße von ca. 150 Patient*innen zu erwarten. Da die mögliche Nicht-Teilnahme oder ein Dropout in dieser Planung berücksichtigt werden müssen, ergab sich ein erwarteter Stichprobenumfang von 110 Proband*innen. Post-hoc führt eine Poweranalyse, bezogen auf Fragestellung drei, auf Grundlage von 110 Proband*innen zu einer statistischen Power von .99.

2.3 Studiendesign

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine naturalistische prospektive Längsschnittstudie. Die Auswertung wurde mittels quantitativer Methoden durchgeführt. Dabei wurde die Entwicklung der AvT in Abhängigkeit des Verlaufes der BPS-typischen Symptome sowie der traumatischen Erfahrungen in der Kindheit analysiert. Da es bei der Abhängigkeit von den Therapeut*innen um ein nur wenig untersuchtes Phänomen handelt, wurde beschlossen, die Entwicklung der Abhängigkeit möglichst systematisch zu verfolgen. Die AvT ab

der dritten Behandlungswoche und daraufhin im dreiwöchigen Abstand erhoben – in der sechsten, neunten und zwölften Behandlungswoche. Die BPS-Symptomatik wurde über den gesamten Aufenthalt erfasst – in der ersten, sechsten sowie zwölften Woche. Zum Baseline-Zeitpunkt (erste Behandlungswoche) wurden zudem soziodemographische Daten sowie retrospektive Erfahrungen und das Ausmaß einer frühkindlichen Traumatisierung erfasst (s. Tabelle 2).

2.4 Erhebungszeitraum

Der Zeitraum der Datenerhebung erstreckte sich von September 2017 bis Februar 2019. Aus Kapazitätsgründen konnte mit der Erhebung in dem teilstationären Setting erst mit einer Verzögerung von acht Monaten begonnen werden.

2.5 Studienablauf und Messinstrumente

In diesem Abschnitt werden die Fragebögen, die in dieser Studie eingesetzt wurden, genauer beschrieben. Zudem wird das Prozedere der Rekrutierung, sowie die Kriterien für die Teilnahme und des Abbruches an der Studie, Aspekte des Datenschutzes und der Ethik sowie der Intervention erläutert.

2.5.1 Rekrutierung

Rekrutiert wurde durch die Autorin dieser Arbeit im UKSH, ZiP mit dem Standort Lübeck im Zeitraum von Oktober 2017 bis Dezember 2018. Zum Teil – von Juni 2018 und bis November 2018 – unterstützten bei der Rekrutierung zwei Masterstudentinnen, die ebenso der Arbeitsgruppe angehörten.

Die Patient*innen wurden in der ersten Behandlungswoche von der Verfasserin dieser Arbeit oder von einer der beiden Masterstudentinnen bezüglich des Interesses an der Studienteilnahme angefragt. In diesem Zuge wurden die potenziellen Teilnehmer*innen über die Fragestellung und den Ablauf der Studie informiert. Ebenso wurden die Patient*innen bezüglich des Datenschutzes und der Freiwilligkeit der Teilnahme und der Möglichkeit des Abbruches der Teilnahme ohne persönliche Nachteile aufgeklärt. Die Informationen wurden schriftlich sowie mündlich mitgeteilt. Im Falle einer positiven Rückmeldung, unterschrieben die Patient*innen eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie. Die Patient*innen erhielten keine finanzielle Aufwandsentschädigung.

2.5.2 Intervention

Für diese Studie wurde keine spezifische Behandlungsintervention implementiert. Die Teilnehmer*innen der Studie waren Patient*innen der DBT-Station und der DBT-Tagesklinik. Die Station und die Tagesklinik bieten sowohl eine DBT-Behandlung für Borderline Persönlichkeitstörung bei Erkrankten als auch zusätzliche verhaltenstherapeutische Angebote für die Behandlung der komorbidien psychischen Störungen, insbesondere der Essstörungen, an. Der stationäre Aufenthalt für Proband*innen hat regulär stattgefunden. Das stationäre Therapieangebot bestand einerseits aus DBT-charakteristischen Gruppentherapieangeboten. Zu diesen typischen Angeboten zählten die Achtsamkeitsgruppe, die Bezugsgruppe, sowie das Fertigkeitstraining (Skills). Anderseits wurden Patient*innen auch konzeptübergreifende Gruppentherapien wie Sportgruppen, Entspannungstrainings (Progressive Muskelrelaxation),

Kreativgruppen im Rahmen der Ergotherapie oder Kochgruppen angeboten. Außerdem wurden die Patient*innen nach individueller symptombedingter Indikation mit Einzelphysiotherapie behandelt.

Das therapeutische Vorgehen richtete sich grundsätzlich nach den Behandlungskonzepten der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Die DBT ist der dritten Welle der Verhaltenstherapie zuzuordnen. In diesen Konzepten ist eine hierarchisierte Vorgehensweise der Behandlung vorgesehen. Die höchste Priorität ist dem Abbau (para-)suizidaler Handlungen, selbstschädigender Verhaltensweisen und dem Aufbau der emotionalen Stabilisierung zugewiesen. Die Betroffenen wurden angeleitet und unterstützt, bisherige dysfunktionale Strategien (z. B. Selbstverletzungen, Essanfälle, Erbrechen, Fasten, Untergewicht, Missbrauch legaler sowie illegaler Substanzen, Pflege schädigender Kontakte und Lebensverhältnisse) zu reduzieren und gleichzeitig die neuen, funktionalen Verhaltensweisen aufzubauen. Die Herausforderung für die behandelnden Psychotherapeut*innen besteht in der DBT darin, eine Balance zwischen der Akzeptanz des Ist-Zustandes der Patient*innen und der Implementierung der Veränderung dessen zu finden. Die Psychotherapeut*innen wendeten aktiv DBT-spezifische, interpersonelle Techniken an. Zu den prominentesten Techniken zählen Validierungsstrategien sowie das Wahrnehmen der Patient*innen durch das Prisma der Grundannahmen der DBT. Diese therapeutische Art ermöglicht es den Patient*innen eine neue Erfahrung zu machen - sich verstanden und bestätigt zu fühlen und gleichzeitig das Streben und den Mut zum Erlernen neuer Fertigkeiten zu entdecken. Die Anwendung dieser interpersonellen Techniken ist eine der bedeutsamsten Kernmerkmale einer DBT-spezifischen-Behandlung. Ein

weiterer wesentlicher Bestandteil der DBT-spezifischen Behandlung ist die Philosophie der Achtsamkeit. Das Konzept der Achtsamkeit hat seinen Ursprung im Buddhismus und ist in der dritten Welle der Verhaltenstherapie weit verbreitet. Das Konzept wird zur Behandlung von psychischen sowie körperlichen Erkrankungen eingesetzt. Im Verlauf der Behandlung erlernen die Patient*innen einerseits die Philosophie der Achtsamkeit (z. B. Akzeptanz der Gegebenheiten anstatt die Situation „nicht- haben-zu-wollen“), anderseits erwerben die Betroffenen die praktischen Fertigkeiten (Skills), die diese z. B. zur Regulation der Emotion oder zur Strategie des Stress-Managements, in allen relevanten Bereichen einzusetzen lernen. Diese Fertigkeiten werden den Patient*innen sowohl während der Einzeltherapie-Sitzungen als auch in Gruppentherapie-Sitzungen und in Pflegegesprächen vermittelt und praktisch geübt. Diese Fertigkeiten auf der Achtsamkeitsbasis ermöglichen den Patient*innen ein eigenständiges Management eigener Problembereiche und könnten somit die Rolle des Behandlers am Ende der Behandlung weniger prominent gestalten. Daher variiert der Grad der Involvierung oder Präsenz des*der Therapeut*in über den gesamten Verlauf der Behandlung.

Im Laufe der Behandlung wurde die Auswahl der DBT-konzeptübergreifenden Gruppentherapien typischerweise auf die Probleme und Bedürfnisse des*der Patient*in abgestimmt. Die individuell geeigneten therapeutischen Maßnahmen wurden dabei in dem DBT-Team ausführlich besprochen und anschließend implementiert. Die DBT-konzeptbasierten Maßnahmen waren für alle Patient*innen der Station einheitlich. Die Versuchsleiter der Studie hatten keinen Einfluss auf die angewendeten therapeutischen Techniken und deren

Durchführung. Grundsätzlich ist eine DBT-Behandlung als eine so genannte „Team-Behandlung“ zu verstehen ist. Im Unterschied dazu sind die behandelnden Psychotherapeut*innen in den meisten anderen Subformen der Verhaltenstherapie allein für die Planung und die Durchführung der Interventionen verantwortlich (Linehan, 1996; Reicherzer, 2013).

2.5.3 Datenerhebung

Zu Beginn der Behandlung erhielten die Patient*innen den demographischen Fragebogen sowie den Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 2003; Wingenfeld et al., 2010) zur eigenständigen Beantwortung. In der ersten Aufenthaltswoche fand die Diagnostik einer BPS mithilfe der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10) (World Health Organization, 2007) statt. Zur Erhebung der Baseline-Symptomatik wurden die BPS-Kernsymptome mittels der Borderline Personality Disorder Checklist (BPD-Checklist) (Giesen-Bloo, Arntz und Schouten, 2006b) gemessen. In der dritten Woche wurde die AvT mit dem Care Dependency Questionnaire (CDQ) (Geurtzen et al., 2018) erhoben. Ein vollständiger Überblick der Messzeitpunkte kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2*Übersicht der Messzeitpunkte*

Messinstrumente	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8	W9	W10	W11	W12
<i>Baseline</i>												
Demographische Daten (DEM)					x							
Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)				x								
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)		x										
<i>Nebenwirkungen der Psychotherapie</i>												
Care Dependency Questionnaire (CDQ)	x				x		x		x		x	
<i>Outcome-Maß</i>												
Borderline Personality Disorder Checklist (BPD-CL)	x				x		x		x		x	

Anmerkung. Aufenthaltswoche (W1-W12)

2.5.4 Messinstrumente

Alle in der Studie eingesetzten Fragebögen wurden im Paper-Pencil-Format dargeboten. Alle hier erläuterten Messinstrumente sind Selbstbeurteilungsfragebögen.

Demographische Daten (DEM)

Mit Hilfe dieses Fragebogens können folgende demographische Charakteristika erfasst werden: Geschlecht, Familienstatus, Bildungsgrad, Nationalität, Muttersprache, Beschäftigungsverhältnis, Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung sowie die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Der Fragebogen wurde entwickelt von Bernstein und Fink (1998), die deutsche Version ist auf Wingenfeld und Kollegen (2010) zurückzuführen. Der (CTQ) erfasst auf einer fünfstufigen Likert-Skala retrospektiv die subjektive Häufigkeit, mit der die Befragten verschiedene Formen von Kindheitstraumatisierungen erlebten. Der Original-Fragebogen umfasst 31 Items. Diese können den Subskalen „sexueller Missbrauch“ (SM), „körperliche Misshandlung“ (KM), „emotionaler Missbrauch“ (EM), „körperliche Vernachlässigung“ (KV) sowie „emotionale Vernachlässigung“ (EV) (mit jeweils fünf Items) zugeordnet werden. Laut der Autoren (Bernstein und Fink, 1998) beträgt Cronbachs Alpha .847 für EM, $\alpha = .828$ für KM, $\alpha = .840$ für SM, $\alpha = .931$ für EV und $\alpha = .522$ für KV. In unserer Stichprobe weist die Skala „körperliche Vernachlässigung“ mit einem Cronbachs Alpha von .749 die geringste interne

Konsistenz auf, ist mit diesem Wert aber als akzeptabel (Blanz, 2015) zu bezeichnen. Am höchsten liegt Cronbachs Alpha bei der Skala „sexueller Missbrauch“ ($\alpha = .968$). Die Werte der Skalen „emotionaler Missbrauch“ mit $\alpha = .867$; „körperliche Misshandlung“ ($\alpha = .881$) und „emotionale Vernachlässigung“ ($\alpha = .892$) sind als hoch bis exzellent zu bezeichnen.

Borderline Personality Disorder Checklist (BPD-CL)

Die BPD Checklist (Giesen-Bloo, Arntz und Schouten, 2006b) ist ein Selbstauskunftsinventar zur Erfassung der subjektiven Belastung durch die BPS-spezifischen Symptome. Der Test umfasst 47 Items auf einer fünf-stufigen Likert Skala (von eins „gar nicht“ bis fünf „sehr stark“). Die Subskalen des Fragebogens entsprechen den neun Kriterien einer BPS nach Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (American Psychiatric Association, 2000): (1) Verlassenwerden, (2) Zwischenmenschliche Beziehungen (Partnerbeziehung, andere Beziehungen), (3) Identität, (4) Impulsivität, (5) Parasuizidales Verhalten, (6) Affektive Instabilität, (7) Gefühl der Leere, (8) Wutausbrüche und (9) Dissoziation und paranoide Vorstellungen. Dieser Fragebogen wurde ursprünglich in der holländischen Sprache entwickelt. Zu einem späteren Zeitpunkt wurde er in weitere sechs Sprachen, darunter auch in die deutsche, übersetzt (Bloos, Arntz und Schouten, 2017). Es handelt sich um eine validiertes Messinventar mit einer internen Konsistenz mit einer Range von Cronbachs Alpha = .69 (für die Skala „Impulsivität“) bis $\alpha = .93$ (Skala „Affektive Instabilität“) für die neun Subskalen. In diese Studie liegt die interne Konsistenz in der ersten Behandlungswoche für alle Skalen zwischen $\alpha = .506$ für „Impulsivität“ und $\alpha = .843$ für „Identität“. In der

letzten Behandlungswoche zeigt die Auswertung etwas höher ausfallende Werte: Skala „Identität“ mit $\alpha = .898$; „Dissoziation und paranoide Vorstellungen“ mit $\alpha = .877$ sowie „Zwischenmenschliche Beziehungen“ mit $\alpha = .853$. Den geringsten Wert ($\alpha = .600$) weist die Skala „Impulsivität“ auf, gefolgt von den Skalen „Parasuizidales Verhalten“ mit $\alpha = .727$ und „Wutausbrüche“ ($\alpha = .749$).

Laut Autoren eignet sich dieser Fragebogen gut, um die Symptombelastung innerhalb des letzten Monats zu erheben. Zudem kann man mit Hilfe der BPD-CL Veränderung in der Symptomatik, zum Beispiel als Folge einer psychotherapeutischen Behandlung, erfassen. Daher wurde im Falle eines dreimonatigen Aufenthaltes entschieden, den Fragebogen drei Mal einzusetzen – am Anfang, in der Mitte und zum Abschluss der Behandlung. Das Ziel dabei war, die Veränderungen möglichst genau zu erfassen, gleichzeitig die Teilnehmer*innen nicht unnötig zu belasten.

Care Dependency Questionnaire (CDQ)

Der Fragebogen wurde von Geurtzen et al. (2018) entwickelt. Der zu Beginn der Studie noch unveröffentlichte Fragebogen (Geurtzen et al., 2018) wurde von der Arbeitsgruppe der vorliegenden Studie in die deutsche Sprache übersetzt. Zu dem Zeitpunkt der Auswertung unserer Daten wurde das Instrument im Rahmen der Validierung von den Autoren gekürzt, da einige Fragen sich nicht als konstruktkonform erwiesen haben (vgl. Geurtzen et al., 2018). Der aktuelle CDQ erfasst die Abhängigkeit des Behandelnden von seinem*seiner Therapeut*in auf drei Dimensionen mit insgesamt 18 Items: „submissive dependency“ (deutsch „unterwürfige Abhängigkeit“) in der Behandlung „need for

contact with the therapist“, (deutsch „benötigter Kontakt mit dem*der Behandler*in“) „the lack of perceived alternatives“ (deutsch „Mangel an wahrgenommen Alternativen“). Die Items lassen sich mit Hilfe einer siebenstufigen Likert Skala (von eins „stimme überhaupt nicht zu“ bis sieben „stimme voll zu“) beantworten.

Die ursprüngliche Version des Selbstbeurteilungsinstruments (zu Beginn der Studie) umfasste 29 Items. Die Items waren folgenden Subskalen zugeordnet: „Unterwürfige Abhängigkeit“, „Passive Abhängigkeit“, „Aktive emotionale Abhängigkeit“, „Mangel an wahrgenommen Alternativen“, „Emotionale Bindung“.

Die interne Konsistenz der niederländischen Version, ausgedrückt durch Cronbachs Alpha, beträgt für die Subskala „unterwürfige Haltung“ $\alpha = .74$. Für die Subskalen „benötigte Kontakt mit dem*der Behandler*in“ und „Mangel an wahrgenommen Alternativen“ $\alpha = .84$ und $\alpha = .86$. Validiert wurde die holländische Version des Fragebogens an einer klinischen Stichprobe, die aus Patient*innen mit einer primären affektiven Störung, Angst- oder Persönlichkeitsstörung bestand (Geurtzen et al., 2018).

Die deutsche Version des Fragebogens wird aktuell von der Arbeitsgruppe psychometrisch validiert.

Die interne Konsistenz für die drei Dimensionen der CDQ (Baseline) bei den von uns untersuchten Proband*innen hat eine Range von $\alpha = .690$ für die Skala „lack of perceived alternatives“ („Mangel an wahrgenommen Alternativen“) bis $\alpha = .887$ für „need for contact“ („benötigter Kontakt mit dem*der Behandler*in“).

Die interne Konsistenz der Skala „submissive dependency“ („unterwürfige

Abhängigkeit“) beläuft sich auf $\alpha = .723$. Die Bewertung der Konsistenz (Beltz, 2015) fällt dabei zwischen „akzeptabel“ und „hoch“ aus.

2.6 Auswertung

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS 25 (IBM Corporation) von der Verfasserin durchgeführt.

Fragestellung 1

Die Vorhersage des Kriteriums AvT durch die Prädiktoren Alter, Geschlecht, frühkindliche Traumatisierung und Schwere der Borderline PS-Symptomatik wurde mittels einer multiplen linearen Regression berechnet. Im Folgenden wird das hypothetische Modell zur besseren Übersicht tabellarisch (s. Tabelle 3) dargestellt.

Tabelle 3

Variablen der Fragestellung 1

Name der Variable	
AV	CDQ W6
	BPD-CL W6
UV	Alter
	Geschlecht
	fünf Subskalen der CTQ

Anmerkung. Abhängige Variable (AV); Unabhängige Variable (UV)

Fragestellung 2

Die Überprüfung der Fragestellung, ob Unterschiede zwischen der Ausprägung der AvT zu den vier Zeitpunkten bestanden, erfolgte mit Hilfe einer Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA mit Messwiederholung).

Fragestellung 3

Mittels einer multiplen linearen Regression wurde der Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable „Therapieerfolg“ und den drei folgenden unabhängigen Variablen untersucht: „AvT in der dritten Behandlungswoche (W3)“; „BPS-Symptome-Baseline“; „Entwicklung der AvT während der Behandlung zwischen der dritten und der letzten (12.) Behandlungswoche“.

Kriterium

Die abhängige Variable „Therapieerfolg“ wurde als Wertedifferenzen der BPD-CL zwischen Aufnahme- (W1) und letzter Behandlungswoche (W12) definiert.

Prädiktoren

Die unabhängige Variable „Entwicklung der AvT während der Behandlung“ wurde als Differenz der Werte des CDQ zwischen der dritten und der letzten Behandlungswoche operationalisiert.

Für die Berechnung der Ausprägung der Borderline-spezifischen Symptomschwere wurden die Werte der BPD-CL zu Beginn der Behandlung, ausgewertet. Ein Überblick wird durch die Tabelle 4 ermöglicht.

Tabelle 4*Variablen der Fragestellung 3*

		Name der Variable
AV		Δ BPD-CL W1– W12 Therapieerfolg
UV		Δ CDQ W12 – W3
		CDQ W3
		BDP-CL W1
<i>Anmerkung.</i>	Abhängige Variable (AV);	Unabhängige Variable (UV);
Aufenthaltswoche (W1-W12)		

Fragestellung 4

Die Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der AvT und den Kernsymptomen der Borderline Persönlichkeitsstörung wurden mittels Korrelationskoeffizienten ausgewertet.

Die Dimensionen der AvT wurden durch die Skalen der CDQ „submissive dependency“, „need for contact“ und „lack of perceived alternatives“ (in der ursprünglichen Version „passive stance“; „emotional bond“) abgebildet.

Die Ausprägung der Kernsymptome der Borderline Persönlichkeitsstörung wurden mit Hilfe der BPD-CL berechnet.

Die Ausprägung beider Variablen wurden jeweils in der sechsten Behandlungswoche für die Analyse herangezogen.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der in dieser Studie durchgeführten Untersuchung dargestellt. Dabei wird eine demografische Beschreibung der Stichprobe, die Darstellung der Resultate der Überprüfungen der Fragestellungen, sowie die psychometrische Beschreibung der eingesetzten Fragebögen erfolgen.

3.1 Stichprobe: Teilnahme und Drop out

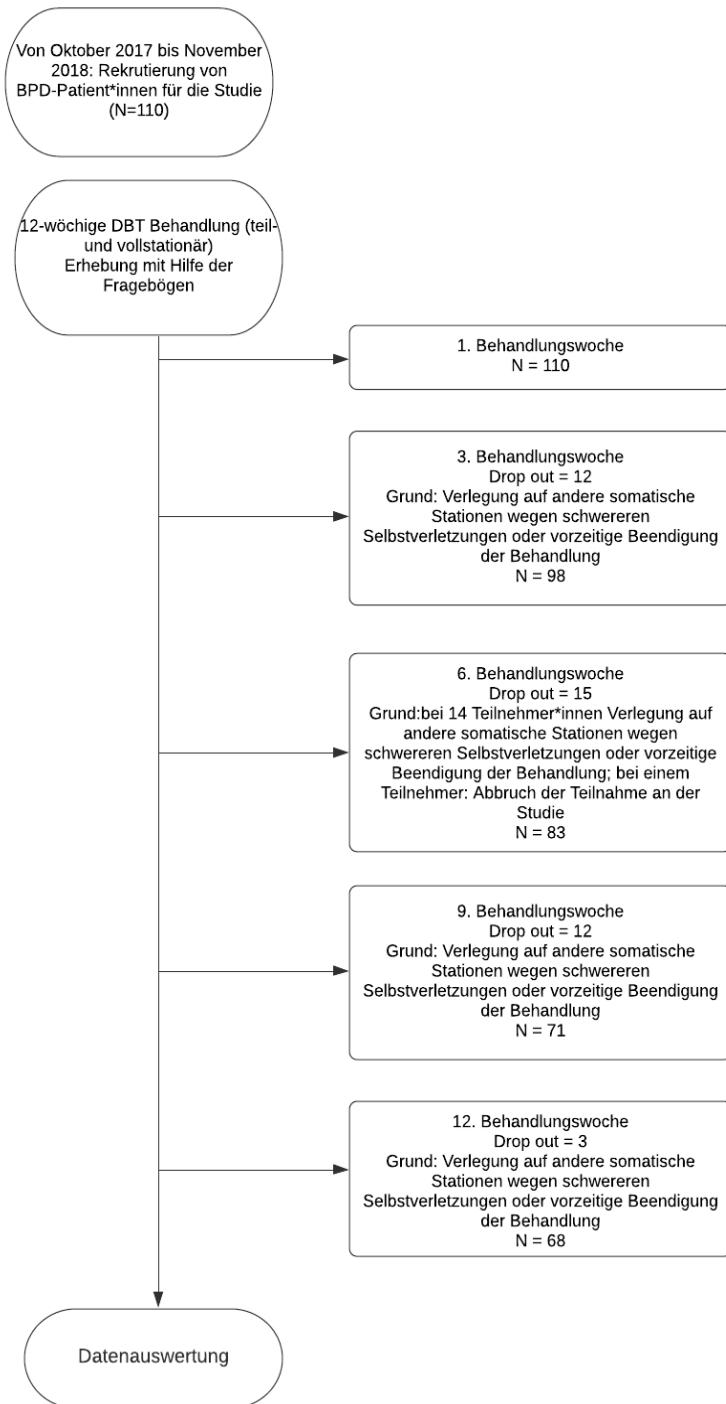
Es wurden insgesamt 110 Patient*innen für die Studie rekrutiert. Dabei stammten 36 Patient*innen aus dem teilstationären und 76 aus dem stationären Setting. Über den gesamten geplanten Zeitraum — zwölf Wochen — haben 68 Patient*innen an der Studie teilgenommen und die Behandlung beendet. Zwischen den ersten und zweiten Messzeitpunkten (Behandlungswochen eins und drei) zeigt sich ein Drop out von zwölf Teilnehmer*innen. Die Gründe dafür waren zu einem eine Verlegung auf die somatischen Stationen der UKSH als Folge schwerer Selbstverletzungen und daher eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme an den Studien. Dies geschah entweder vor dem Hintergrund der BPS-typischen Impulsivität oder im Rahmen einer disziplinarisch bedingten Entlassung (z. B. beim Verstoß gegen die stationären Regeln). Zum anderen führte eine vorzeitige Beendigung der Behandlung seitens der Patient*innen zu einem Abbruch der Teilnahme an der Studie. In der Zeitspanne zwischen der dritten und der sechsten Behandlungswochen haben weitere 15 Patient*innen die Teilnahme beendet. Davon 14 Personen aus den oben beschriebenen Gründen. Ein männlicher Teilnehmer (als einziger von der gesamten Anzahl von Drop outs)

brach ab, ohne die Behandlung vorzeitig zu beenden. Zwischen den Wochen sechs und neun erfolgten weitere Drop outs von zwölf Teilnehmerinnen. Zwischen den Wochen neun und zwölf – drei (s. Flowchart Diagramm).

Der Vergleich der Dropout-Patient*innen mit denen, die diese Untersuchung regelmäßig in der 12. Aufenthaltswoche beendet haben, wurde mit Hilfe einer multiplen linearen Regression durchgeführt. Das Kriterium Drop out und mögliche Einflussvariablen wie soziodemographische und klinische Daten sowie das Setting des Aufenthaltes der Patint*innen wurden auf Zusammenhänge untersucht. Zu den klinischen Daten zählten die initiale Symptomschwere der BPS, die initiale Ausprägung der AvT, Frühkindliche Traumatisierung sowie das Vorhandensein einer Diagnose der PTBS zu dem Zeitpunkt der Baseline. In dieser Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen dem Kriterium Drop out und angenommenem klinischen und soziodemographischen Einflussvariablen gefunden werden. Das Modell ermöglichen keine statistisch signifikante ($F(7, 51) = 0.359, p = .922$) Voraussage des Kriteriums. Für eine bessere Überschaubarkeit sind die Prädiktoren mit den dazugehörigen statistischen Kennwerten der Tabelle zu entnehmen (s. Tabelle 5).

Flowchart Diagramm

Participant Flow



Anmerkung. Borderline Persönlichkeitstörung (BPD)

Tabelle 5*Überblick der Prädiktoren für das Kriterium „Drop out“*

UV	Koeffizient	T	Sign.	95 % Konfidenzintervalle	
				Nicht standardisiert	
				Untergrenze	Obergrenze
				Regressions- Koeffizient (B)	Standard- Fehler
1 (Konstante)	.012	.464	.025	.980	-.918 .941
Alter	-.002	.005	-.052	-.377	.707 -.013 .009
Geschlecht	-.134	.274	-.071	-.491	.625 -.683 .414
Behandlungssetting (teil)stationär	-.014	.125	-.016	-.109	.913 -.264 .236
CTQ	.007	.006	.201	1.284	.205 -.004 .018
CDQ W3	.001	.003	.076	.531	.598 -.004 .007
BPD-CL W1	-.001	.002	-.101	-.659	.513 -.005 .003
PTBS	-.1	.127	-.122	-.793	.431 -.354 .153

Anmerkung. Drop out - Abhängige Variable; Unabhängige Variable (UV); Behandlungswoche 1 (W1); Behandlungswoche 3 (W3); Signifikanz (Sign.); t-Tests (T)

3.1.1 Demographische Beschreibung

Zu Beginn haben insgesamt sechs männliche (5.5 %) und 104 weiblichen Proband*innen (N = 110) an der iCARE DBT-Studie teilgenommen. Die Altersverteilung reichte von 18 bis 61 Jahren, im Durchschnitt waren die Teilnehmer*innen 31.4 Jahre alt (M = 31.4; SD = 11.32).

Lediglich 5.5 % der Patient*innen waren verheiratet und mit einem*einer Partner*in zusammenlebend, fünf Personen (4.5 %) waren verheiratet, lebten

jedoch getrennt. Geschieden waren 7.3 % der Teilnehmer*innen. Die Mehrheit (mit 81.8 %) war ledig.

Die meisten Teilnehmer*innen (107 von 110) sprachen Deutsch als Muttersprache, eine Person - Türkisch und die zweite – Griechisch. Ein*eine Teilnehmer*in hat die Frage nicht beantwortet.

Der größte Anteil der Teilnehmer*innen (40.9 %) gab als höchsten Schulabschluss, einen Realschulabschluss oder eine Fachschulreife an. Dabei beendeten die Haupt- oder Volkshochschule 24 Personen (21.8 %), die 10. Klasse lediglich 3 Personen (2.7 %). Das Abitur erreichte über ein Viertel der Teilnehmer*innen (28.2 %). Eine Schule besucht, jedoch ohne einen Abschluss beendet haben zwei Personen und eine hat noch keinen erreicht.

In einer beruflichen Ausbildung befanden sich 13.6 % aller Patient*innen, 30 Personen (27.3 %) haben eine Ausbildung abgeschlossen, 11.8 % beendeten eine Ausbildung an einer Fach-, Techniker- oder Masterschule. Über ein Drittel der Teilnehmer*innen (37.3 %) besaßen weder eine abgeschlossene Ausbildung noch befanden sie sich im Erwerb dieser. Jeweils zwei Personen konnten Bachelor und Master Abschlüsse vorweisen. Andere Teilnehmer*innen gaben „einen anderen“ Ausbildungsabschluss (3.6 %) oder „sonstigen universitären oder hochschulischen“ Abschluss (1.8 %) an.

Knapp ein Viertel (23.4 %) hat bei der Frage zur Art der Erwerbstätigkeit „arbeitslos“ als Antwort angegeben. Eine Rente oder Pension bezogen 23 Personen (20 %), zwei Teilnehmer*innen befanden sich in einer Umschulung, drei Personen waren „Hausfrau oder -mann“. Die Hälfte der Befragten antworteten mit „trifft nichts davon zu“. Fünf Befragte haben die Frage nicht beantwortet.

Zum Zeitumfang der Erwerbstätigkeit haben 108 von 110 Proband*innen beantwortet. Eine Mehrheit (67.3 %) war nicht erwerbstätig, 10.9 % und 8.2 % (12 und neun Personen) waren Vollzeit und Teilzeit erwerbstätig, zwei Patient*innen befanden sich in einer Lehre oder Ausbildung. Die restlichen vier Proband*innen waren entweder geringfügig (eine Person) oder gelegentlich/unregelmäßig beschäftigt.

3.1.2 Inanspruchnahme Verhalten

Auf die Frage bezüglich der Häufigkeit von Arztkontakten mit niedergelassenen Ärzt*innen, inklusive Hausbesuche, während der letzten 12 Monate antworteten 60 % der Befragten die Behandlung eines*einer Hausarztes*Hausärztin in Anspruch genommen zu haben. Im Durchschnitt belaufen sich die Besuche auf 9.39 (SD = 13.51) mit maximal 92 und null, als Untergrenze. Die Anzahl der Kontakte mit einem*einer Psychotherapeut*in war durchschnittlich 13.36 (SD = 18.072) mit einem Range von null bis 70. Die Inanspruchnahme eines*einer Nervenarzt*Nervenärztin oder eines*einer Psychiater*in haben jeweils 58 von 96 Befragten mit durchschnittlich 5.84 (SD = 9.77) Besuche innerhalb des letzten Jahres beantwortet. In Bezug auf Besuche „sonstige*r Ärzt*innen“ gaben 26 von 81 Patient*innen durchschnittlich 2.21 (SD = 4.34) Kontakte an.

Lediglich ein*eine Befragte*r (von insgesamt 110, sieben fehlend) hatte keinen Arztkontakt innerhalb des letzten Jahres gehabt.

Durchschnittlich haben die Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate 31.12 (SD = 65.49) Arbeitsunfähigkeitstage (minimal keinen und maximal 365

Tage) angegeben. Die Anzahl der stationär verbrachten Nächte belief sich durchschnittlich auf 47.18 (SD = 76.21), mit einer Range von null bis 365.

3.1.3 Klinische Beschreibung

Alle teilgenommenen Patient*innen (100 %) erfüllen die Kriterien einer Borderline Persönlichkeitstörung. An anderen Persönlichkeitsstörungen leiden 16 der 110 (drei Werte fehlend) befragten Personen (15 %). Sieben davon (6.4 %) an einer kombinierten oder anderen; sechs (5.5 %) an einer ängstlich-vermeidenden und drei (3 %) an einer anakastischen Persönlichkeitsstörung. Symptome einer Generalisierten Angststörung wiesen sieben Patient*innen (6.5 %), einer Zwangsstörung sechs von 110 (drei Werte fehlend) (5.5 %) auf.

Von den 107 Patient*innen leiden 73 an einer affektiven Störung, davon drei Personen (2.7 %) an einer Bipolaren Störung und 70 (63.6 %) an einer Depression. Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) hatten 41.8 % der Befragten (46 Betroffenen). 16 Personen (14.5 %) litten an einer Sozialen Phobie. Die diagnostischen Kriterien einer Essstörung, darunter fallen Anorexia und Bulimia Nervosa sowie eine Nicht näher bezeichnete Essstörung, erfüllten insgesamt 72 Personen (jeweils 24 Personen, jeweils 21.8 %).

Klinische Kennwerte der CTQ

Der Mittelwert der Stichprobe auf der Subskala der „körperlichen Vernachlässigung“ betrug 11.89 (SD = 2.57) und entspricht Häuser, Schmutzer, Brähler und Glaesmer zufolge (2011) einer moderaten bis schweren Traumatisierung. Der Mittelwert für „emotionalen Missbrauch“ lag bei 16.10 (SD =

5.90) und entspricht somit einer schweren bis extremen Traumatisierung. Anhand der Auswertung der Skala „körperlicher Missbrauch“ ($M = 9.71$; $SD = 5.85$), lässt sich durchschnittlich eine moderate bis schwere Traumatisierung ableiten. Die Auswertung der Skala „sexueller Missbrauch“ ($M = 11.61$; $SD = 7.67$) zeigt in diesem Bereich durchschnittlich eine moderate bis schwere Traumatisierung. Der Mittelwert der Skala „emotionale Vernachlässigung“ belief sich auf 13.89 ($SD = 5.81$) und lässt laut Häuser et al. (2011) auf eine geringe bis moderate Traumatisierung schließen.

Symptomveränderung während der Behandlung

Im Durchschnitt wiesen die Patient*innen einen BPD-CL Wert von 131.6 ($SD = 34.29$). Im Laufe der Behandlung nahm dieser Wert signifikant ab. Berechnet wurde die Abnahme mit einer ANOVA mit Messwiederholung. In die Berechnung eingegangen sind die Werte der Messzeitpunkte von W1 (Baseline) ($M = 131.6$; $SD = 34.29$) W6 ($M = 117.02$; $SD = 36.47$) und W12 ($M = 115.52$; $SD = 37.79$), ($F(2, 78) = 12.226$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .239$, $d = .45$).

3.2 Fragestellungen

3.2.1 Fragestellung 1

Das Modell mit den Prädiktoren „Symptomschwere der BPS in der sechsten Behandlungswoche“, „Ausmaß der frühkindlichen Traumatisierung“, „Geschlecht“ und „Alter“, ermöglichen keine statistisch signifikante ($F(7, 51) = 1.753$, $p = .118$) Voraussage des Kriteriums AvT.

3.2.2 Fragestellung 2

Zwischen den vier Erhebungszeitpunkten besteht kein statistisch signifikanter Unterschied ($F (3, 147) = 1.796, p = .150$). Die Effektstärke entspricht $d = .22$ (Cohen, 1988). Ein kontinuierlich absteigender Trend kann bei Betrachtung deskriptiver Statistiken (Mittelwerte) von der dritten bis zur 12. Behandlungswoche beobachtet werden. Die Ausprägung der AvT wird tabellarisch (Tabelle 6) dargestellt.

Tabelle 6

Ausprägung der AvT innerhalb der 12 Behandlungswochen

Behandlungswoche	Mittelwert	Standardabweichung
Behandlungswoche drei	$M = 3.47$	$SD = 1.06$
Behandlungswoche sechs	$M = 3.33$	$SD = 1.07$
Behandlungswoche neun	$M = 3.23$	$SD = 1.04$
Behandlungswoche 12	$M = 3.22$	$SD = 1.17$

3.2.3 Fragestellung 3

Das Modell mit den Prädiktoren Symptomschwere der BPS zu Beginn der Behandlung, Ausprägung der AvT in der dritten Woche, sowie Entwicklung der AvT von Baseline bis zu der letzten Behandlungswoche sagen statistisch signifikant das Kriterium „Therapieerfolg“ voraus, $F (3, 42) = 4,184, p < .001$. Das Modell hat mit einem korrigierten $R^2 = .175$ eine mittlere Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Nur die Prädiktoren „Symptomschwere der BPS zu Beginn der Behandlung“ sowie „Ausprägung der AvT in der dritten Woche“ sagen das

Kriterium „Therapieerfolg“ mit nicht standardisierten Regressionskoeffizienten von jeweils .334 und -.497 (standardisierte Koeffizienten jeweils = .364 und = -.299) signifikant ($p < .00$) voraus (s. Tabelle 6). Wie aus der Überprüfung dieser Fragestellung hervorgeht, leistet der Prädiktor „Entwicklung der AvT von Baseline bis zu der letzten Behandlungswoche“ keinen statistisch signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Kriteriums ($p = .056$).

Tabelle 7*Überblick der Prädiktoren für das Kriterium „Therapierfolg“*

	Regressions-Koeffizient (B)	Standard-Fehler	Nicht standardisiert	standardisiert	95 % Konfidenzintervalle für B			
					T	Sign.	Untergrenze	
							Obergrenze	
1 (Konstante)	3.393	19.753			.172	.864	-36.469	43.255
BPD-CL W1	.334	.131		.364	2.55	.014	.070	.598
CDQ W3	-.497	.239		-.299	-2.08	.044	-.980	-.014
Δ CDQ W12–W3	-.461	.234		-.275	-1.97	.056	-.933	.012

Anmerkung. Δ BPD-CL W1 – W12 Therapieerfolg – Abhängige Variable; Signifikanz (Sign.); t-Tests (T).

3.2.4 Fragestellung 4

Es wurde eine Korrelationsmatrix mittels SPSS berechnet. Um einer Alpha-Fehler Kumulierung entgegenzuwirken wurde eine Bonferroni-Korrektur genutzt. Im Folgenden werden hochsignifikante Ergebnisse vorgestellt. Die komplette Übersicht kann Tabelle 7 entnommen werden. Es konnten signifikante (2-seitig getestet) Korrelationen zwischen der Dimension CDQ „lack of perceived alternatives“ und den Dimensionen der BPD-CL „Affektive Instabilität“ Pearson's $r = .316^{**}$, „Verlassenwerden“ $r = .449^{**}$ und „Dissoziation und paranoide

Vorstellungen $r = .309^{**}$ festgestellt werden. Nach Cohen (1988) sind diese Zusammenhänge als mittel bis stark zu beschreiben.

Die Subskala der CDQ „passive stance“ weist einen signifikanten Zusammenhang mit den Dimensionen „Affektive Instabilität“ $r = .359^{**}$ und „Identität“ $r = .401^{**}$ auf.

Die Subskala „passive stance“ (CDQ) korreliert mit einem der Kernsymptome einer BPS – „Verlassenwerden“ und weist mit $r = .298^{**}$ ($p < .001$) die schwächste Korrelation (nach Cohen zwischen gering und moderat) auf.

Tabelle 8*Korrelationsmatrix Fragestellung 4*

Pearson-Korrelation													
	CDQ_Need	CDQ_Emot	CDQ_Lack	CDQ_Submiss	CDQ_Passive	BPD_Impuls	BPD_Mood	BPD_Anger	BPD_Paranoid	BPD_Para	BPD_Identity	BPD_Aban	BPD_Emptiness
	Contact	Bond	Alternat	Depend	Stance				Diss	suicid		donment	
CDQ_EmotBond	.415**	--											
CDQ_LackA	.669**	.297**	--										
Internat													
CDQ_Submiss	.435**	.348**	.511**	--									
Depend													
CDQ_Passive	.200	-.099	.425**	.292**	--								
Stance													
BPD_Impuls	.263*	.032	.264*	.045	.242*	--							
BPD_Mood	.137	-.065	.316**	.071	.359**	.477**	--						
BPD_Anger	.178	.066	.212	-.030	.214	.571**	.617**	--					
BPD_Paranoid	.178	-.070	.309**	.197	.287*	.505**	.777**	.557**	--				
Diss													
BPD_Parasuicid	.113	-.045	.233*	.090	.257*	.471**	.453**	.350**	.555**	--			
BPD_Identity	.085	-.111	.247*	.127	.401**	.445**	.840**	.537**	.777**	.517**	--		
BPD_Aban	.298**	.022	.449**	.167	.267*	.570**	.681**	.612**	.752**	.423**	.585**	--	
donment													
BPD_Emptiness	-.033	-.121	.149	-.009	.181	.197	.510**	.308**	.436**	.357**	.487**	.502**	--
BPD_Relations	.209	.030	.268*	.120	.247*	.479**	.635**	.639**	.682**	.332**	.628**	.761**	.480**

Anmerkung. Die Daten beider Fragebögen wurden in der sechsten Behandlungswoche erhoben. Subskalen der Borderline Personality Disorder Checklist (BPD) (Bloo, Arntz und Schouten, 2017); „Impulsivität“ (BPD_Impuls); „affektive Instabilität“ (BPD_Mood); „Wutausbrüche“ (BPD_Anger); „Dissoziation und paranoide Vorstellungen“ (BPD_ParanoidDiss); „parasuizidales Verhalten“ (BPD_Parasuicid); „Identität“ (BPD_Identity); „Verlassenwerden“ (BPD_Abandoment); „Gefühl der Leere“ (BPD_Emptiness); „Zwischenmenschliche Beziehungen“ (BPD_Relations). Subskalen der Care Dependency Questionnaire ¹(CDQ) (Geurtzen et al., 2018). „benötigter Kontakt mit dem*der Behandler*in“ (CDQ_NeedContact); „emotionale Bindung“ (CDQ_EmotBond); „Mangel an wahrgenommen Alternativen“ (CDQ_LackAlternat); „Unterwürfige Abhängigkeit“ (CDQ_SubmissDepend); „passive Haltung“ (CDQ_PassiveStance). *p < .05; **p < .01.

¹ Der aktuelle Version der CDQ umfasst drei unidimensional Subskalen mit insgesamt 18 Items: „submissive dependency“ (deutsch „unterwürfige Abhängigkeit“); „need for contact“, (deutsch „benötigter Kontakt mit dem*der Behandler*in“); „the lack of perceived alternatives“ (deutsch „Mangel an wahrgenommen Alternativen“). Die ursprüngliche Version des Selbstbeurteilungsinstruments (zu Beginn der Studie) umfasste 29 Items. Die Items waren drei Dimensionen mit fünf folgenden Subskalen zugeordnet: „unterwürfige Abhängigkeit“, „passive stance“ (deutsch „passive Haltung“), „emotional bond“ (deutsch „emotionale Bindung“), „the lack of perceived alternatives“; „need for contact“ (Geurtzen et al., 2018).

4. Diskussion

4.1 Erläuterung der wichtigsten Ergebnisse und Einbettung im Kontext der Forschung

4.1.1. *Borderline-Symptomatik, Geschlecht und das Alter*

Es lässt sich eine signifikante Symptomreduktion vom Behandlungsbeginn sowohl zur sechsten Behandlungswoche als auch zum Ende des Aufenthaltes feststellen. Dieses Ergebnis spricht für die allgemeine Wirksamkeit der DBT-Behandlung, sowohl im stationären als auch im teilstationären Setting. Die Symptom-Veränderung zwischen der sechsten und letzten Behandlungswoche ist nicht signifikant. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit einer Untersuchung im Rahmen der Berliner Borderline-Studie (Stiglmayr et al., 2014). Die BPS-Betroffenen, die eine DBT-Behandlung in einem ambulanten Setting erfuhrten, erlebten eine signifikante Besserung der BPS-Symptomatik zwischen dem Zeitpunkt vor dem Beginn der Behandlung „pre-assessment“ und der fünften Sitzung, jedoch nicht über den weiteren untersuchten Behandlungs-Zeitraum hinaus. Die durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen betrug 38.5, mit einer wöchentlichen Taktung ($n = 47$; $SD = 9.2$; Range 17 bis 55) (Stiglmayr et al., 2014). Die moderate Effektstärke ($d = .45$) der Veränderung von der Baseline zur letzten Behandlungswoche in der hier untersuchten Stichprobe ist ebenso vergleichbar mit dem Ergebnis der Effektivitätsstudie Studie von Stiglmayr und Kollegen (2014). Die Wissenschaftler berichten von einer Besserung der Borderline-typischen Symptome bei Patient*innen, mit einem moderaten Effekt

von $d = .49$. Berechnet wurde diese Symptombesserung von dem „pre-assessment“ und den 12 Monaten nach dem Abschluss der Behandlung.

Auch Kliem und Kollegen (2010), die im Rahmen einer Metaanalyse die Wirksamkeit der DBT untersucht haben, berichten von einem moderaten Effekt dieser Behandlung. Berechnungen dieser moderaten Effektgröße basieren auf der Auswertung von 16 Studien: acht davon waren randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und weitere acht waren weder randomisiert noch kontrolliert (nRCT) (Kliem et al., 2010).

Auch die Geschlechterverteilung und das Durchschnittsalter in der vorliegenden Untersuchung (5.5 % männliche und 94.5 % weibliche Teilnehmer*innen, Durchschnittsalter $M = 31.4$; $SD = 11.32$) korrespondieren mit der Stichprobe, die von Stiglmayr und Kollegen (2014) beschrieben wurde (8.5 % männliche und 91.5 % weibliche Teilnehmer*innen Durchschnittsalter $M = 30.1$; $SD = 8.1$). Friedrich und Kollegen berichten von einem Durchschnittsalter von 33 Jahren (2003), das im Rahmen ihrer durchgeführten naturalistischen Studie beobachtet wurde.

4.1.2 Frühkindliche Traumatisierung

Aus der Retrospektive wurde mit Hilfe der CTQ Missbrauch sexueller, körperlicher und emotionaler Natur sowohl körperliche und emotionale Vernachlässigung im Kindesalter erhoben. Die Schweregrade der Subskalen, die in dieser Studie beobachtet wurden, korrespondieren mit allen Subskalen, außer einer, mit den Ergebnissen von Wingenfeld und Kollegen (2010). Die Wissenschaftler beschreiben eine diagnostische Subgruppe von 150 an

Borderline-erkrankten Menschen, davon sind 78.7 weiblichen Geschlechts, das Alter beträgt im Schnitt 29 Jahre ($M = 29$), die Standardabweichung beläuft sich auf 9.7. Während sich der Mittelwert der Subskala „emotionale Vernachlässigung“ in der vorliegenden Untersuchung auf 13.89 ($SD = 5.81$) beläuft und hiermit einer geringen bis moderaten Traumatisierung entspricht, berichten die Forscher (Wingenfeld et al., 2010) von einem Mittelwert von 15.8 ($SD = 6.3$). Diese Ergebnisse deuten auf eine moderate bis schwere Traumatisierung hin.

4.1.3 Zentrale Fragestellungen

Fragestellung 1

Das Modell, bestehend aus den Prädiktoren – Alter, Geschlecht sowie Ausmaß der frühkindlichen Traumatisierung sowie BPS-spezifische Symptom Schwere in der sechsten Woche, leisten zur Erklärung der AvT keinen Beitrag. Anhand dieser Ergebnisse lässt sich für die untersuchten Stichprobe schlussfolgern, dass eine Kombination aus dem Alter, Geschlecht und retrospektiv beschriebenen frühkindlichen Traumatisierungen keinen Zusammenhang mit der in der Mitte der Behandlung berichteten AvT aufweist.

Insbesondere in Bezug auf die frühkindliche Traumatisierung und die BPS-spezifische Symptom Schwere ist dieses Ergebnis interessant und aus dem aktuellen Stand der Forschung noch nicht verständlich. Wie bereits beschrieben wurde, wird die AvT als eine Nebenwirkung der Psychotherapie betrachtet. Aus dieser Perspektive würde man einen Zusammenhang der AvT mit der Psychopathologie erwarten (Geurtzen et al., 2018; Geurtzen et al., 2019). Die vorhandene Borderline-Symptomatik stellt einen „Ist-Zustand“ dar und ist klar als

Psychopathologie eingeordnet. Für ein besseres Verständnis der Assoziation zwischen den berichteten frühkindlichen Erfahrungen und den aktuellen psychischen Belastungen der Betroffenen ist eine Erklärung erforderlich.

Mehrere Forscher haben bereits eine zentrale Rolle von Misshandlungen im Kindesalter in der Entwicklung von psychopathologischen Auffälligkeiten im Erwachsenenalter beschrieben (Arnow, 2004; Joraschky et al., 2014; Egle et al., 2015). Über einen kausalen Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und einer Reihe von psychischen Störungen, Drogenkonsum, Suizidversuchen, sexuell übertragbaren Infektionen und riskantem Sexualverhalten haben Normann und Kollegen, im Rahmen einer von ihnen durchgeführten Metaanalyse berichtet (Normann et al., 2012). In der Arbeit von Wingenfeld und Kollegen, die unter anderem die klinische Subgruppe von BPS-Patient*innen untersuchte, konnten korrelative Zusammenhänge des CTQ mit Fragebögen zu PTBS - Symptomatik, Dissoziation und Psychopathologie beobachtet werden. Die Korrelationen lagen im niedrigen bis mittleren Bereich (Wingenfeld et al., 2010).

Auch in dieser Stichprobe wurden multiple Komorbiditäten, unter anderem bei 41.8 % der Befragten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), beobachtet. In Anlehnung an die Ergebnisse der Voruntersuchungen ist anzunehmen, dass die frühkindlichen Misshandlungen auch bei Patient*innen aus dieser Studie, eine bedeutsame Rolle bei der Manifestationen von psychischen Erkrankungen gespielt haben.

Die Vermutung, dass die Personen mit dieser Art von aversiven Vorerfahrungen und Multimorbiditäten prädestiniert dafür sind, eine Abhängigkeit vom Gesundheitssystem und den Behandelnden zu entwickeln und somit höhere

Werte in CDQ zu erzielen, liegt nahe. Diese Vermutung wird von Arnow (2004) in seinem Review gestützt. So berichtet er, dass Betroffene von frühkindlichen Misshandlungen, insbesondere mit sexuellem Missbrauch, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit medizinische Versorgung sowie Notdienste in Anspruch nehmen als Personen ohne diese Erfahrungen. Allerdings wird das nicht durch die Ergebnisse dieser Untersuchung gestützt.

Fragestellung 2

Bei der explorativen Untersuchung der Ausprägung der AvT, in der dritten, sechsten, neunten und 12 (letzten) Behandlungswoche konnten keine statistisch bedeutsamen Differenzen zwischen den vier Messzeitpunkten gefunden werden. Die Ausprägung wird stetig niedriger, jedoch geringfügig, die Effektstärke entspricht .22 ($d = .22$) und ist nach Cohen (1988) als klein zu bewerten. Es lässt sich schlussfolgern, dass die AvT in dieser untersuchten Stichprobe im Laufe der Behandlung relativ stabil bleibt. Die Ausprägung der AvT in der vorliegenden Studie beläuft sich anfangs auf 3.47 (Range 1 bis 7; SD = 1.06). Der Wert in einer klinischen Stichprobe, die von niederländischen Kollegen im Jahr 2018 untersucht wurde, befindet sich in einem ähnlichen Bereich und beträgt bei den Menschen, die an einer Persönlichkeitstörung leiden 4.15 (SD = 1.01) (Geurtzen et al., 2018). Die Ähnlichkeit der Werte in beiden klinischen Stichproben deutet auf eine gute Qualität der erhobenen Daten hin. In der Stichprobe von Student*innen, die von Geurtzen und Kollegen (2019) untersucht wurde, konnte dagegen eine signifikante, jedoch geringe Veränderung in den Subskalen, der ebenfalls mit CDQ (Geurtzen et al., 2018) gemessener AvT, während der Zeit der

psychotherapeutischen Behandlung, beobachtet werden. Bei den Studierenden beträgt der AvT-Wert 2.09 zu Anfang der Behandlung und weist eine geringe Streuung auf ($SD = .61$).

Fragestellung 3

Im Rahmen dieser Untersuchung war eine Erklärung des Therapieerfolges durch das antizipierte Modell möglich. Während die Schwere der Borderline-Erkrankung zu Beginn der Behandlung sowie AvT in der dritten Woche signifikant zur Vorhersage des Therapieerfolgs beitrugen, verfehlte der Prädiktor „Entwicklung der AvT von Woche drei bis zu Entlassung“ mit ($p = .056$) knapp den statistisch bedeutsamen Bereich. Es lässt sich ableiten, dass die Höhe der AvT zu Anfang der Behandlung das Therapieoutcome negativ beeinflusst.

Bezüglich der BPS-Symptomschwere verhält sich das umgekehrt – offensichtlich profitieren die initial Schwersterkrankten am meisten von der DBT-Behandlung. Die anfänglich hoch geplagten Betroffenen erzielten die größte Symptomreduktion. Ähnliche Tendenzen beschreiben Verheul und Kollegen bei dem Vergleich von DBT und Treatment-As-Usual (TAU) bei der Behandlung der BPS-Betroffenen. Die Forscher stellten fest, dass die Betroffenen mit einer stärkeren initialen Symptombelastung in einzelnen Symptomgruppen von einer DBT-Behandlung stärker profitierten als von der Vergleichsmethode. Bei einer weniger starken initialen Symptombelastung konnte dieser Effekt nicht beobachtet werden (Verheul et al., 2003). Diese Befunde könnten einen Hinweis darauf liefern, dass bei schwerkranken Borderline Patient*innen DBT eine bessere Wirkung erzielen könnte als bei weniger starken Betroffenen.

Fragestellung 4

Bei der Untersuchung der Zusammenhänge der BPS-typischen Psychopathologie und den Subskalen der CDQ zeichneten sich zwischen den Subskalen „lack of perceived alternatives“ („Mangel an wahrgenommenen Alternativen“) und „Angst vom Verlassenwerden“ die prägnantesten Assoziationen ab. Auch wenn diese Vermutung lediglich eine Annahme ist, könnte diese Verbindung ein Hinweis darauf liefern, dass wenn die Betroffenen kaum Alternativen für eine Genesung unabhängig von deren Behandler*in sehen, dann geht das mit der ohnehin krankheitstypischen Angst vor dem Verlassenwerden einher. Auch im umgekehrten Fall wäre die Schlussfolgerung logisch. Wenn die Betroffenen durch die Angst vom Verlassenwerden gequält werden, haben sie subjektiv kaum andere Handlungsalternativen, als in dieser psychotherapeutischen Behandlung zu bleiben.

Die Subskalen „Dissoziation und paranoide Vorstellungen“ und „Affektive Instabilität“ weisen moderate Korrelationen zu der Skala „lack of perceived alternatives“ („Mangel an wahrgenommenen Alternativen“) auf. Auch diese Verbindung scheint nachvollziehbar zu sein – die dissoziative sowie Paranoianmutenden Zustände gehen bei Menschen mit einer BPS typischerweise mit einer starken Angst oder Anspannung einher (American Psychiatric Association, 2013; Braakmann et al., 2007). Es wäre denkbar, dass das Erleben des „Mangels an Alternativen“ bei emotional labilen, vulnerablen Borderline-Betroffenen zu einer starken Angst und Anspannung führen kann und somit auch mit dissoziativen Zuständen einhergehen würde. Weitere starke Zusammenhänge weisen die Subskalen „Affektive Instabilität“ sowie „Störung der Identität“ mit der

Skala „passive stance“ auf. Die Subskala „passive stance“ gehörte der ersten ursprünglichen Version des CDQ-Fragebogens an. Im Rahmen der Validierung des Fragebogens berichten Geurtzen und Kollegen (Geurtzen et al., 2018), dass diese Subskala nur schwach mit dem Konstrukt AvT assoziiert ist und eliminierten sie infolgedessen aus dem Fragebogen. Die Natur des Konstruktet, das dieser Skala zugeordnet werden kann, ist noch nicht gänzlich verstanden, was eine Interpretation dieser Zusammenhänge erschwert.

Vergleichbare Tendenzen beschreiben auch Geurtzen und Kollegen (2018), in ihrer klinischen Stichprobe ging ein höheres Level der AvT mit einer höheren Symptombelastung ($r = .21$) einher.

4.1.4. Therapeutische Beziehung

Wenn man bei der Betrachtung der Ergebnisse den Aspekt der therapeutischen Beziehung, die möglicherweise die erste oder sogar die einzige tragfähigen Beziehung im Leben dieser Menschen ist, als einen weiteren Erklärungsansatz heranzieht, dann lässt sich der Zusammenhang zwischen der AvT und seitens des*der Patient*in subjektiv wahrgenommenen Mangel an Alternativen besser verstehen. Wenn der*die Therapeut*in die einzige zugewandte, kümmende und vor allem zuverlässige Person im Leben der Betroffenen ist und der therapeutische Versorgungskontext ein Raum für Lösungen der Probleme und, viel wichtiger, für validierende zwischenmenschliche Erfahrungen darstellt, dann ist es nachvollziehbar, dass Menschen mit einer Borderline-Erkrankung sich davor fürchten, diesen Raum zu verlieren. Diese Erklärungshypothese lässt sich sowohl durch die Ergebnisse zur der Fragestellung

4 untermauern – eine starke Assoziationen zwischen den Subskalen „lack of perceived alternatives“ („Mangel an wahrgenommen Alternativen“) und „Angst vor dem Verlassenwerden“ ($r = .449$). Als auch durch die Ergebnisse aus Fragestellung 2 – relative Stabilität der AvT im Laufe der Behandlung. Wenn sich die Betroffenen nur in diesem konkreten Versorgungskontext eine Verringerung des Leidensdrucks und die Lösung ihrer Probleme sowie eine stabile und sichere Bindung erhoffen, dann ist es logisch, dass die um den Verlust dieses Rahmens bangen. Diese Vorstellung würde nachvollziehbar mit einer starken Angst vor „Verlassenwerden“ einhergehen. Vergleichbare Überlegungen und Hinweise auf empirische Evidenzen lassen sich bei Geurtzen und Kollegen (Boisvert und Faust, 2002; Linden, 2013 in Geurtzen et al., 2018 Geurtzen et al., 2018) finden. Die Forscher*innen argumentieren, dass im Vergleich zu therapeutischer Unterstützung analoge Unterstützungen aus dem nicht-therapeutischen, privaten Umfeld von den Betroffenen als weniger attraktiv und wertvoll empfunden werden. Durch diese Wahrnehmung wird dem*der Therapeut*in und der therapeutischen Beziehung ein besonderer Stellenwert zugeschrieben. Die Forschungsergebnisse von Leitner und Kollegen (2013) stehen im Einklang mit dieser Argumentation. Sie identifizierten den Faktor „Abhängigkeit/Isolation“, der eine risikoreiche Entwicklung in der Psychotherapie beschreibt und sich auf die Überzeugung der Patient*innen bezieht, dass der*die Therapeut*in die wichtigste Person im Leben ist und dass sie keine Hilfe und Unterstützung von ihrem Netzwerk außerhalb der Therapie erhalten (Leitner et al., 2013).

Es soll ergänzend erwähnt werden, dass die in diesem Projekt untersuchte Stichprobe zu einem Großteil aus nicht-erwerbstätigen und nicht-in der

Partnerschaft eingebundenen Menschen bestand. Die Vermutung, dass viele Patient*innen deshalb über kein ausgeprägtes supportive, soziales Netzwerk verfügen und somit einsam seien könnten, liegt nahe, wurde in diese Studie jedoch nicht explizit überprüft.

Dass der Prädiktor „Schwere der AvT zu Anfang der Behandlung“ das Therapieoutcome negativ beeinflusst, lässt sich durch weitere Erklärungsansätze interpretieren.

Eine Kombination aus der Borderline-typischen Angst vor dem Verlassenwerden sowie einem empfundenen Mangel an Alternativen zur aktuellen Behandlung, könnte dazu führen, dass die Betroffenen, die niederschwellig ihren Leidensdruck, ihre Symptombelastung und ihre Hoffnungslosigkeit wahrnehmen, sich gezwungen fühlen, diese Wahrnehmungen zum Ausdruck zu bringen (response-bias), um diese therapeutische Beziehung nicht zu verlieren. Hiermit wird dem*der Behandler*in seitens der*des Patient*in eine fehlende Symptomreduktion suggeriert. Diese Vorgehensweise entspricht auch dem klinischen Alltag. Das Verhaltensmuster wurde bereits in der Fachliteratur beschrieben (Braakmann et al., 2007). Diese Aggravationstendenz stellt eine Borderline-spezifische Beziehungsgestaltung dar und wird durch die Angst vom Verlust der therapeutischen Unterstützung ausgelöst.

Interessante Ergebnisse zur Forschung der AvT berichten die Entwickler*innen der CDQ (Geurtzen et al., 2018) aus den Niederlanden. Geurtzen und Kollegen (2019) untersuchten 136 Student*innen, die sich in der Ausbildung zum*zur Psychotherapeut*in befanden und die psychotherapeutische Behandlung als Bestandteil der Curricula wahrgenommen haben. Die Ergebnisse

zeigen, dass die AvT, in der Mitte der Behandlung, insbesondere die Subskala „Mangel an wahrgenommenen Alternativen“, den Wunsch die Behandlung fortzuführen zwar vorhersagte, jedoch nicht mit einer geringeren Abnahme der Symptome einherging. Diese Diskrepanz zwischen unseren Ergebnissen und den Befunden der Kolleg*innen bezüglich der Symptomschwere am Ende der Behandlung, lässt sich vermutlich auf die Charakteristika der Stichproben zurückführen. Die „Psychotherapie“ von Geurtzen et al. (2019) zielte auf psychische Probleme oder subklinische Symptome gesunder und hochfunktionaler Studierender. Im Gegensatz dazu gehören alle in dieser Studie untersuchten Menschen einer schwerbetroffenen Subkategorie der psychiatrischen Patienten*innen an. Die Mehrheit von ihnen hat keinen Berufsabschluss, sondern vielmehr eine lange psychiatrische Anamnese sowie Traumatisierungen hinter sich. Zudem lässt sich vermuten, dass die soziale Vernetzung der Studierenden, die in dem Artikel (Geurtzen et al., 2019) nicht explizit erwähnt wurde, besser ausgebaut ist und sich nicht mit der von chronisch Erkrankten vergleichen lässt.

4.2 Stärken und Limitationen dieser Studie

Der überwiegende Anteil der Untersuchten ist weiblich. Aus diesem Grund ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf Personen nicht-weiblichen Geschlechts eingeschränkt. Zudem spezialisiert sich unsere Klinik traditionell auf die Behandlung von schwerstkranken Borderline-Betroffenen. Dieser klinische Fokus lässt sich in der Beschreibung der Stichprobe wiederfinden. Die im Schnitt 31 Jahre alten Betroffenen weisen eine hohe Anzahl an Komorbiditäten, ein intensives Inanspruchnahmeverhalten (mit Durchschnitt von 47 stationäre

verbrachten Nächten im Jahr; 31 Arbeitsunfähigkeitstagen) sowie ein niedriges Level an sozioökonomische Integrität, z. B. kaum Ausübung der Erwerbstätigkeit (67.3 % nicht erwerbstätig) oder Egebundenheit in eine Partnerschaft (über waren 80 % ledig), auf.

Friedrich und Kollegen untersuchten die DBT - Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk, welches aus niedergelassenen Psychotherapeut*innen aus Darmstadt bestand. In diesen Rahmen beschreiben Wissenschaftler eine Stichprobe von Borderline-Betroffenen. Diese Stichprobe umfasst 33 Männer und Frauen, die durchschnittlich 33.4 Jahre alt ($SD = 8.8$) waren. Die Zahl der Alleinstehenden beläuft sich auf 58 % (Friedrich et al., 2003).

Stiglmayr und Kollegen (2014) berichten bei der Beschreibung der soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe, die in der Berliner - Borderline - Studie untersucht wurde, über 61.7 % der Untersuchten als „Verheiratet oder in einer festen Beziehung“ bestehend, 17 % hatten einen Student*in - Status, 19.1 % gingen einer Erwerbstätigkeit nach und 40 % waren „nicht erwerbstätig“. Während in der Studie von Stiglmayr und Kollegen (2014) nur 2.1 % der untersuchten Betroffenen über keinen formalen Abschluss verfügten, waren es in der vorliegenden Untersuchung 37.3 %. Das heißt, die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen sich nur begrenzt auf andere an einer BPS leidenden Menschen übertragen, da es sich hierbei um eine selektive Stichprobe handelt.

Eine weitere Limitation stellen die Patient*innen dar, die den (teil)stationären Aufenthalt und hiermit auch die Behandlung vorzeitig beendet

haben. Für diese Studie bedeutet diese Tatsache, dass die missing data auf Grund von Drop-outs nicht in alle Berechnungen einfließt. Die Drop-outs in der vorliegenden Untersuchung umfassen verschiedene Kategorien der vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an der Studie. Die häufigsten von diesen Kategorien sind: Abbruch der Behandlung seitens der*des Patient*innen, eine Notwendigkeit der Verlegung auf die somatische Station, zum Beispiel auf Grund der massiven Selbstverletzungen oder kritischen Laborwerten, sowie eine disziplinarisch begründete Entlassung. Der Abbruch der Teilnahme in der Studie begrenzt sich dagegen auf eine Person. Ein differenzierter Vergleich mit Drop-out - Raten anderer Untersuchungen ist daher nur limitiert möglich. Jedoch korrespondieren die Daten aus dieser Studie (38.2 % Drop-outs) mit den Ergebnissen von Kröger und Kollegen (2014). Die Wissenschaftler untersuchten 541 stationäre BPS-Patient*innen, die sich in einer dreimonatigen stationären DBT Behandlung befanden, und beschreiben eine vorzeitige Abbruchquote bei stationären DBT-Programmen in Höhe von über 30 %. Gewonnen aus der Metaanalyse berichten Kliem et al. (2010) über einen geringeren Drop-out von 27.3 % bei DBT-Behandlungen.

Wie bereits beschrieben wurde, zählt ein instabiles Beziehungsmuster zu den Kern-Symptomen dieser Erkrankung. Es ist davon auszugehen, dass höhere Symptombelastungen zu einer vermehrten Beeinträchtigung und Destabilisierung einer Beziehung führt. Weil die in dieser Studie untersuchte Stichprobe aus schwerkranken Menschen besteht, stellt sie womöglich eine eher selektive Stichprobe in Bezug auf das Abhängigkeitserleben von dem*der Therapeut*in dar.

Die teilnehmenden Therapeut*innen kannten die zentralen Fragestellungen dieser Studie. Es könnte sein, dass ihr übliches Verhalten im Kontakt mit Patient*innen dadurch beeinflusst wurde und die Ergebnisse dieser Untersuchung deshalb veränderten. Eine weitere Einschränkung ist, dass die CDQ in der deutschen Sprache noch nicht validiert wurde. Dabei können die Übersetzungsungenauigkeiten Antwortverzerrungen verursachen, da ein sinngemäßes Verständnis des Items die Wahl der Skalenpunkte auf der Likert-Skala erheblich beeinflusst. Alle in dieser Untersuchung eingesetzten Instrumente sind Selbstbeurteilung- Fragebögen und beziehen daher nicht die Perspektive der behandelnden Therapeut*innen ein, welche sich durchaus von der der Patient*innen unterscheiden könnte.

Diese Studie befasst sich, als eine der wenigen, systematisch mit der Untersuchung und Beschreibung der Entwicklung und dem Verlauf einer AvT bei schwererkranken, psychiatrischen Patient*innen. Einerseits leisten die Ergebnisse der iCARE DBT-Studie damit einen Beitrag zum besseren Verständnis der AvT als einen Aspekt von Nebenwirkungen von Psychotherapie. Anderseits leistet die vorliegende Arbeit Gedankenanstöße für die Implikationen von der Behandlung einer BPS sowie für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei der Arbeit mit Menschen, die an eine BPS leiden.

4.3 Weitere Forschung

Die vorliegende Untersuchung lässt einige Fragen unbeantwortet. So existiert zum Beispiel eine breite Überlappung zwischen der Borderline und der abhängigen (dependenten) Persönlichkeitsstörung. Eine Implikation für die

weiteren Untersuchung wäre eine Kontrolle der komorbidien Persönlichkeitsstörung. Da einerseits die klinische Erscheinung einer BPS mit prominenten, häufig somatisch und sozioökonomisch massiv beeinträchtigenden Symptomen einhergeht und die Spezialisierung der Station und der TK im Bereich der Behandlung der BPS liegt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine dependente Persönlichkeitsstörung übersehen und unterdiagnostiziert bleibt. Womöglich haben wir hier nicht oder nicht nur ein Phänomen, das sich in dem Gefüge einer psychotherapeutischen Beziehung entwickelt, sondern mit einer zeitlich überdauernden persönlichkeitsstörungstypischen Psychopathologie. Somit bleibt das Ausmaß der Auswirkung des dependennten Verhaltensmusters auf die Entstehung sowie den Verlauf der AvT bisher ungeklärt. Eine ähnliche Fragestellung untersuchten bereits Geurtzen et al. (2018) in einer Stichprobe aus 742 ambulanten Patient*innen, die an einem breiten Spektrum an verschiedenen psychischen Erkrankungen, darunter 46.9 % an einer, nicht explizit beschriebenen Persönlichkeitsstörung, litten. Die Autor*innen konnten in dieser Mix-Stichprobe eine moderate Korrelation ($r = .28$) zu einer dependennten Persönlichkeitsstörung beobachten. Es ist denkbar, dass in der vorliegenden Stichprobe, dieser Zusammenhang bedeutsam höher ausfallen könnte. Offen bleibt der Einfluss dependenter Verhaltensmuster als Symptom einer Persönlichkeitsstörung auf die Stabilität der AvT im Laufe der Behandlung, die in dieser Untersuchung beobachtet wurde.

Um den bereits beschriebenen vermuteten Zusammenhang zwischen geringerem Therapieerfolg, genauer ausgedrückt Symptomreduktion, und der Subskala „Mangel an Alternativen“ zu untersuchen, wäre es sinnvoll diese Frage

als eine gerichtete Hypothese – je grösser die Werte in diese Skala umso geringer die Symptomreduktion – zu überprüfen.

4.4 Fazit für die Praxis

Eine weitere Überlegung aus den gewonnenen Erkenntnissen wäre eine verstärkte Unterstützung dieser Patient*innen bei dem Aufbau eines supportiven sozialen Netzes außerhalb der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Versorgung. Eine valide Möglichkeit dafür ist der Weiterausbau gruppentherapeutischer Angebote. In einem geschützten, geleiteten Rahmen lernen die Betroffenen eine zum Teil gänzlich neue Umgangsform miteinander. Dieser Umgang ist durch Klarheit, Empathie und Verlässlichkeit geprägt und könnte der bereits erwähnten „Abhängigkeit/Isolation“, als eine der Dimensionen von riskanten Folgen der Psychotherapie (Leitner et al., 2013), entgegenwirken. Diese Überlegungen finden sich auch in den Wirkfaktoren von Gruppentherapien wieder. So werden neben der Zusammengehörigkeit zur Gruppe (Kohäsion), gegenseitige Akzeptanz und Empathie sowie interpersonelles Lernen (Sipos und Schweiger, 2018) als maßgeblich für den Aufbau der neunen Fertigkeiten angesehen und die daraus resultierende Besserung des Symptommanagements betont.

Eine weitere Implikation wäre eine Sensibilisierung des*der Behandler*innen für die Konsequenzen einer Idealisierung ihrerseits seitens des*der Patient*innen. Eine Konsequenz dessen, auf der Ebene der Intervention, wäre eine Psychoedukation und Fertigkeitenzugewinn sowie Empowerment des*der Patient*innen bzgl. der Aufbau von supportiven und tragfähigen sozialen

Kontakten. Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung sollte darauf geachtet werden, dass die Gefahren der AvT und damit einhergehende Konsequenzen thematisiert und hiermit transparent und zugänglich gemacht werden.

Eine weitere Möglichkeit wäre es, die auf der Station, in der Tagesklinik oder im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Gruppen entstandenen soziale Vernetzungen zwischen Patient*innen auch außerhalb der Behandlungsdauer, im Sinne eines Peer-to-Peer-Expertentum, zu fördern. Eine Herausforderung bei der Umsetzung könnte die Findung der dafür geeigneten Rahmen sein. Mit „geeignet“ versteht sich einerseits ein niederschwelliger Zugang für den Betroffenen, anderseits die Gewährleistung eines geschützten und sicheren Raumes für das konstruktive Miteinander. Eine geeignete Möglichkeit dafür stellt, meiner Ansicht nach, ein regelgeleitetes und von Therapeut*innen anmoderiertes und unterstütztes Internetforum dar. Wobei mit Therapeut*innen nicht nur psychologische Psychotherapeut*innen, sondern auch Co-therapeutische Gesundheitspfleger*innen, Sozialpädagogen*innen sowie Ärzt*innen, also alle Berufsgruppen, die mit diesen Patient*innen arbeiten, gemeint sind.

5. Zusammenfassung

Einleitung und Fragestellung

In dieser naturalistischen, prospektiven Längsschnittstudie wurde die Abhängigkeit der Patient*innen (AvT) mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) von den Therapeuten*innen und deren Zusammenhang mit dem Symptomverlauf im Rahmen einer Behandlung mittels Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) untersucht.

Methoden und Ergebnisse

110 Proband*innen im (teil)stationärem Setting wurden per Fragebögen über den 12-wöchigen Aufenthalt befragt. Die AvT wurde mit dem Care Dependency Questionnaire (CDQ) erhoben (Geurtzen et al., 2018).

1) Die Vorhersage der AvT durch die Prädiktoren Alter, Geschlecht, frühkindliche Traumatisierung und BPS-Symptomschwere wurde mittels einer multiplen linearen Regression berechnet. Das Modell verfehlte die Signifikanzgrenze. 2) Der Verlauf der AvT innerhalb der 12-Aufenthaltswochen wurde mit einer ANOVA mit Messwiederholung analysiert. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Messzeitpunkten gefunden. 3) Mittels einer multiplen linearen Regression wurde der Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable „Therapieerfolg“ und den drei unabhängigen Variablen „AvT in der dritten Behandlungswoche“; „BPS-Symptome-Baseline“; „Entwicklung der AvT während der Behandlung“ untersucht. Das Modell ist signifikant und hat eine mittlere Anpassungsgüte. 4) Die Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der AvT und den Kernsymptomen der BPS wurden mittels Korrelationskoeffizienten ausgewertet. Es konnten signifikante Zusammenhänge gefunden werden.

Diskussion

Patient*innen mit initial höheren AvT-Werten haben eine geringere Symptomreduktion zu Ende der Behandlung. Die BPS-typische Symptomatik geht mit einigen Dimensionen der AvT einher. Die AvT bleibt über die 12 Wochen relativ stabil. Frühkindliche Traumatisierung weist keinen Zusammenhang mit der AvT auf.

6. Literaturverzeichnis

- Arndt, P. (2020). *Die therapeutische Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn mit einem frühkindlichen Bindungsstrauma*, München: GRIN Verlag.
- Arnow, B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 12, 10–15.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. American Psychiatric Publishing. Washington, DC
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Forth Edition, Text Revision. Washington, DC.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23 – 32.
- Barnow, S., Plock, K., Spitzer, C., Hamann, N., & Freyberger, H. J. (2005). Traumatic life events, temperament and character in patients with borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Verhaltenstherapie* 15, 148–156.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus

nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(1), 66-77.

Bedics JD, Atkins DC, Harned MS, Linehan MM. The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy* (Chic). 2015 Mar;52(1):67-77

Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787–794.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia et. al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.

Bernstein, D.P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire – A retrospective self-report*. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Braakmann, D., Ludewig, S., Milde, J., Stiglmayr, C. E., Hüppe, M., Sipos, V., & Schweiger, U. (2007). Dissociative symptoms during treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57(3-4), 154-160.

Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., & Stieglitz, R. D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51(5), 201-211.

- Bohus, M. (2007). Zur versorgungssituation von borderline-patienten in Deutschland [Health care utilisation of patients with borderline personality disorders in Germany]. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 11(3), 149–153.
- Bohus, M., Doering, S., Schmitz, B., Herpertz, S. & die Leitlinien-Kommission Persönlichkeitsstörungen (2009). Allgemeine Prinzipien in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatrie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 59, 1–9.
- Bohus, M. (2011). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störungen. In Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, F., O. & Sachsse, U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Ausgabe, S. 619 - 639). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Bohus, M., & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, 82 (1), 16-24.
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Arzneimittelgesetz (AMG) (o. J.). § 4 Abs. 1, Satz 13. Abgerufen am 4.06.2017, von https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/__4.html.
- Bloo, J., Arntz, A., & Schouten, E. (2017). The borderline personality disorder checklist: Psychometric evaluationand factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 311-336.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Dulz B, Jensen M (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 167-193). Schattauer, Stuttgart – New York

Dyer, A., Priebe, K., Steil, R., Krüger, A. & Bohus, M. (2009). Dialektisch Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schweren Störungen der Emotionsregulation. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 41 (2), 283-307.

Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (2005). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*, (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Friedrich, J., Gunia, H. & Huppertz, M. (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24 (3), 289 - 306.

Geurtzen, N., Keijsers, G. P., Karremans, J. C., Hutschemaekers, G. J. (2018) Patients' care dependency in mental health care: development of a self-report questionnaire and preliminary correlates. *Journal of Clinical Psychology* 74:1189–206.

Geurtzen, N., Keijsers, G. P. J., Karremans, J. C., & Hutschemaekers, G. J. M. (2019). Care dependency may help and hurt psychological treatment: A

treatment-analogue study with students in clinical training. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(4), 374–388.

Giesen-Bloo, J., Arntz, A. & Schouten, E.(2006b). *The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric Evaluation and Factorial Structure in Clinical and Nonclinical Samples*. Ph. D. thesis, Maastricht University, Department of Clinical Psychological Sciences.

Giourou E, Skokou M, Andrew SP, Alexopoulou K, Gourzis P & Jelastopulu E (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *The World Journal of Psychiatry* 8(1): 12–19.

Giorgio E. Maccaferri, Daniela Dunker-Scheuner, Yves De Roten, Jean-Nicolas Despland, Rainer Sachse & Ueli Kramer (2020) Psychotherapy of Dependent Personality Disorder: The Relationship of Patient–Therapist Interactions to Outcome. *Psychiatry*, 83:2, 179-194.

Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 22–41.

Hoffman PD, Fruzzetti AE, Swenson CR. *Dialectical behavior therapy--family skills training*. Family Process. 1999 Winter;38(4):399-414.

Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical child psychology and psychiatry*, 23(1), 57-76.

- Jenkinson, C., & Layte, R. (1997). Development and testing of the UK SF-12. *Journal of Health Services Research*, 2 (1), 14–18.
- Joraschky, Peter & Egle, Ulrich. (2014). Somatic and psychic longterm effects of early adverse childhood experiences. *Internistische Praxis* 54. 97-110.
- Kliem, S., Körger, C. & Kosfelder., J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality: A metaanalysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (78): 936–951.
- Koerner, K. & Dimeff., L. A. (2000) Further data on dialectical behavior therapy. *Clinical Psychology: Science & Practice* (7): 104-112.
- Koerner, K. (2013). *Praxisbuch DBT: Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie* (gebundene Ausgabe). Weinheim, Basel: Beltz.
- Kröger C, Roepke S, Kliem S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, Sep; 60:46-52.
- Levine, D., Marziali, E. & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185:240–246.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavior treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (Broschiert). München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (2006). *Dialektisch- Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (2. Auflage). München: CIP- Medien.
- Leitner, A., Märkens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., & Schnyder, U. (2013). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 43(2), 95–105.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology* (62): 459–480
- Martens, W. H. J. (2005). Therapy on the borderline: effectiveness of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 8(4) 5-13.
- Meißner, J. (2014). *Differenzielle Wirkung und Wirkungsweise dialektisch-behavioral orientierter Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Patientenperspektive*. Dr. rer. nat. thesis. Humboldt-Universität zu Berlin, Lebenswissenschaftliche Fakultät
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D. ;Glassman, S. L. & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitiveand Behavioral Practice*, 7(2): 183–187.

- Morey, L. C. & Zanarini, M. C. (2000). Borderline personality: Traits and disorder. *Journal of Abnormal Psychology*; 109:733–737.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., et al. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine* 9(11).
- Reicherzer, M. (2013). Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der DBT. *Psychotherapie*. Bd 18, Heft 1: 9 - 34, München CIP: Medien.
- Robins, C. J.& Koons, C. R. (2000). The therapeutic relationship in dialectical behavior therapy. In Sabo, A. N., Havens, L. (Hrsg.). *The real world guide to psychotherapy practice* (237-266). Cambridge: Harvard Press.
- Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative Effects of Psychological Treatments: An Exploratory Factor Analysis of the Negative Effects Questionnaire for Monitoring and Reporting Adverse and Unwanted Events. *PLoS ONE*, 11(6).
- Schmoll, D. (2012). Nebenwirkungen bei psychoanalytisch orientierten Therapien. *Psychotherapeut*. (57): 395–401.
- Sipos, V., Schweiger, U. (2018). Gruppentherapie. *Ein Handbuch für die ambulante und stationäre verhaltenstherapeutische Praxis* (2., überarbeitete Auflage). Verlag W Kohlhammer Stuttgart.
- Smith, M. L. & Glass, G., V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*. 32(9) 752-760.

Stiglmayr CE, Grathwoll T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M.

Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;3:372.

Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meißner, J., Spretz, D., Steffens, C.,

Roepke, S., Fydrich, T., Salbach-Andrae, H., Schulze, J., Renneberg, B.

(2014). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. Dec 18;1:20.

Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA Psychiatry*. 282 (18):1737-1744

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 7 (4): 413-419.

Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Research*, 206, 293–301.

Verheul, R., Van Den Bosch., L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., Van Den Brink, W. (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, Feb;182:135-40

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. New Jersey: Mahwah.

Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T. & Driessen, M. (2010) Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychiatrie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, Aug;60(8).

World Health Organization. (2007). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. rev. Aufl.). Geneva: WHO. (Original erschienen 1993: The International Classification of Diseases).

Zanarini, M. C., Gunderson, J. , Marino, M. F. , Schwartz, E. O. & Frankenburg, F. R. (1989) Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 30, 18-25 pp.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 154, 1101–1106.

Zanarini, M. C., & Silk, K. R. (2001). The difficult-to-treat patient with borderline personality disorder. In M. J. Dewan & R. W. Pies (Eds.), *The difficult-to-treat psychiatric patient* (pp. 179–208). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Zimmerman, M., Mattia, J. I. (1999). Axis I comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 40. 245-252.

7. Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen danken, die mich bei der Anfertigung meiner Doktorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt PD Dr. med. Philipp Klein für die hervorragende Betreuung bei der Umsetzung meiner gesamten Arbeit und für alles, was ich in dieser Zeit lernen durfte.

Zudem möchte ich mich bei dem gesamten Team der ehemaligen Station 4 bedanken. Mein Dank gilt hierbei insbesondere Professor Dr. med. Ulrich Schweiger, der mich auf meinem beruflichen Wege stets befähigt und ermutigt hat.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei allen meinen Freunden, meinen Eltern und meinem lieben Ehemann bedanken. Sie waren immer bedingungslos für mich da und haben mich unterstützt.

8. Lebenslauf

Geburtsdatum und -ort 15.07.1978 in Riga
Nationalität deutsch, lettisch



BERUFLICHE ENTWICKLUNG

<i>Oktober 2020 bis heute</i>	Tätigkeit als niedergelassene Psychotherapeutin in Hamburg
<i>2015 bis 2020</i>	DBT-Station (Schwerpunkte BPS und Essstörung) im Zentrum für integrative Psychiatrie ZiP, UKSH Lübeck Stationspsychologin
<i>2018 bis 2019</i>	UKSH-Akademie, Fakultät Gesundheits- und Krankenpflege. Unterricht zum Thema „Psychotrope Substanzen“ • Dozententätigkeit
<i>2016 bis 2019</i>	DRK-Schule, Goslar (Rettungsassistenten), Unterricht zum Thema Umgang mit kulturellen Diversitäten im Rahmen eines Rettungseinsatzes (Interkulturelle Kompetenzen, Konfliktdeeskalationsmanagement) • Dozententätigkeit
<i>Januar bis Juli 2015 und</i>	Schulische Gewaltprävention, Verein für Jugendhilfe Pinneberg e.V.
<i>2011 bis 2013</i>	• Psychologin
<i>2014 bis 2015</i>	AG Sucht und Rehabilitationsforschung, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE, Hamburg • Mitwirkung (im Rahmen der Masterarbeit) im Projekt „Entwicklung des ICF Core Sets Sucht“

<i>September bis Oktober 2014</i>	Schön Klinik Bad Bramstedt, Station F3 (Essstörung und Depression) <ul style="list-style-type: none"> • Klinisches Praktikum im Rahmen des Studiums
<i>2010 bis 2011</i>	Institut für Neuro- und Pathophysiologie, UKE, Hamburg <ul style="list-style-type: none"> • Studentische Hilfskraft
<i>Februar bis September 2010</i>	Verhaltenstherapeutische Gemeinschaftspraxis, Sina und Wolfgang Zaworka, Hamburg <ul style="list-style-type: none"> • Klinisches Praktikum im Rahmen des Studiums

AKADEMISCHE LAUFBAHN UND SCHULISCHE AUSBILDUNG

<i>2017 bis 2021</i>	Promotion im Rahmen des Projektes iCARE DBT-Studie (Investigating Care Dependency And its Relation to outcome- Dialectical Behavior Therapy), Zentrum für integrative Psychiatrie ZiP, UKSH Lübeck
<i>2013 bis 2015</i>	Studium der Psychologie (Master of Science) an der Universität zu Lübeck
<i>2008 bis 2011</i>	Studium der Psychologie (Bachelor of Science) an der Universität Hamburg
<i>2002 bis 2003</i>	Studium der Psychologie an Rigas Fachhochschule, Russisch-Baltisches Institut
<i>1996 bis 1999</i>	Rigas Abendgymnasium N1 (Abitur)

BERUFSBEGLEITENDE FORT- UND WEITERBILDUNGEN

<i>April 2019 bis heute</i>	Fortbildung zur Trauma-Therapeutin, AWP, Frankfurt
<i>2018</i>	Fortbildung zur CBASP-Therapeutin, IVAH, Hamburg
<i>2016 bis 2019</i>	Fortbildung zur DBT-Therapeutin, AWP, Berlin
<i>2016 bis 2019</i>	Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DGVT, Hamburg. Approbation am 11. Oktober 2019

2012	Fortbildung „Konflikt und Körpersprache“, Training im Bereich Deeskalation, Stress- und Konfliktbewältigung
<i>Oktober bis November 2012</i>	Gruppentraining-Programm für Opfer von Schüler-Mobbing Zertifizierte Stand-up® Trainerin

9. Anhang

Anhang 1

Care Dependency Questionnaire, Version mit 18 Items (Geurtzen et al., 2018)

Fragebogen zu Ihren Therapieerfahrungen

Menschen können sich darin unterscheiden, wie Sie ihre Therapie wahrnehmen und den Kontakt zu ihrem Therapeuten erleben. Das Ziel des Fragebogens ist es, dies besser zu verstehen.

Der Fragebogen verwendet den Begriff „Therapeut“. Wenn Sie von einem Team aus Therapeuten behandelt wurden, meint der Begriff „Therapeut“, den ärztlichen oder psychologischen Therapeuten, mit dem Sie die Einzelgespräche geführt haben. Der Begriff „Behandlung“ deckt Therapie, Hilfe, Beistand und Unterstützung ab.

In diesem Fragebogen geht es um ihre eigenen Erfahrungen. Es gibt also keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, jede Frage zu beantworten, auch wenn Sie sich nicht sicher sind. Kreisen Sie die passende Nummer ein, die von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll zu) geht.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme voll zu					
	1	2	3	4	5	6	7
2. Mir graut es davor, am Ende der Behandlung den Kontakt mit meinem Therapeuten abzubrechen							
3. Meiner Meinung nach ist die Behandlung der einzige Weg, um mich von meinen Beschwerden zu befreien	1	2	3	4	5	6	7
6. Auch ohne die Hilfe meines Therapeuten glaube ich, meine Probleme bewältigen zu können	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich lege meinem Therapeuten alle meine Entscheidungen vor	1	2	3	4	5	6	7
9. Außer dieser Behandlung sehe ich keine anderen Möglichkeiten, meine Probleme zu bewältigen	1	2	3	4	5	6	7
10. Mein Therapeut stellt sicher, dass ich keine falschen Entscheidungen in meinem	1	2	3	4	5	6	7

Leben treffe

11. Ich werde den Kontakt zu meinem Therapeuten vermissen, wenn die Behandlung vorbei ist	1	2	3	4	5	6	7
12. Ich lebe von Therapiesitzung zu Therapiesitzung	1	2	3	4	5	6	7
14. Ich brauche den Kontakt zu meinem Therapeuten	1	2	3	4	5	6	7
15. Ohne die Behandlung werden meine Probleme weiterhin bestehen	1	2	3	4	5	6	7
18. Nur mein Therapeut kann mir mit meinen Problemen helfen	1	2	3	4	5	6	7
19. Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, brauche ich den Rat von meinem Therapeuten	1	2	3	4	5	6	7
21. Ohne meine Therapeuten würde alles was ich tue, zum Erliegen kommen	1	2	3	4	5	6	7
22. Tatsächlich weiß mein Therapeut besser als ich, was gut für mich ist	1	2	3	4	5	6	7
23. Der Gedanke, nach der Behandlung den Kontakt zu meinem Therapeuten zu beenden, macht mir Angst	1	2	3	4	5	6	7
24. Nur mein Therapeut kann sicherstellen, dass ich nicht aufgebe	1	2	3	4	5	6	7
27. Diese Behandlung ist das Einzige, an dem ich festhalten kann, wenn es darum geht, meine Beschwerden zu bewältigen	1	2	3	4	5	6	7
28. Wenn ich eine Entscheidung treffe, überlege ich, was mein Therapeut mir raten würde	1	2	3	4	5	6	7

Anmerkung. Um die Nachvollziehbarkeit der Überarbeitung des Fragebogens zu unterstützen wurde in diesem Anhang zu Veranschaulichung die ursprüngliche Nummerierung der Items beibehalten.

Anhang 2

Überblick der Subskalen der Care Dependency Questionnaire (Geurtzen et al., 2018)

Subskala „unterwürfige Abhängigkeit“

7. Ich lege meinem Therapeuten alle meine Entscheidungen vor
10. Mein Therapeut stellt sicher, dass ich keine falschen Entscheidungen in meinem Leben treffe
19. Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, brauche ich den Rat von meinem Therapeuten
22. Tatsächlich weiß mein Therapeut besser als ich, was gut für mich ist
28. Wenn ich eine Entscheidung treffe, überlege ich, was mein Therapeut mir raten würde

Subskala „benötigter Kontakt mit dem*der Behandler*in“

2. Mir graut es davor, am Ende der Behandlung den Kontakt mit meinem Therapeuten abzubrechen
11. Ich werde den Kontakt zu meinem Therapeuten vermissen, wenn die Behandlung vorbei ist
14. Ich brauche den Kontakt zu meinem Therapeuten
23. Der Gedanke, nach der Behandlung den 24. Kontakt zu meinem Therapeuten zu beenden, macht mir Angst

Subskala „Mangel an wahrgenommenen Alternativen“

3. Meiner Meinung nach ist die Behandlung der einzige Weg, um mich von meinen Beschwerden zu befreien
6. Auch ohne die Hilfe meines Therapeuten glaube ich, meine Probleme bewältigen zu können
9. Außer dieser Behandlung sehe ich keine anderen Möglichkeiten, meine Probleme zu bewältigen
12. Ich lebe von Therapiesitzung zu Therapiesitzung

- 15. Ohne die Behandlung werden meine Probleme weiterhin bestehen
 - 18. Nur mein Therapeut kann mir mit meinen Problemen helfen
 - 21. Ohne meine Therapeuten würde alles was ich tue, zum Erliegen kommen
 - 24. Nur mein Therapeut kann sicherstellen, dass ich nicht aufgebe
 - 27. Diese Behandlung ist das Einzige, an dem ich festhalten kann, wenn es darum geht, meine Beschwerden zu bewältigen
- Subskala „passive Haltung“

- 1. Ich bringe eigene Vorschläge und Ideen während der Einzelsitzungen mit meinem Therapeuten ein
 - 4. Ich mag es nicht, die Initiative in den Gesprächen mit meinem Therapeuten selber zu ergreifen
 - 13. Während der Behandlung ergreife ich die Initiative, um meine Probleme bewältigen zu können
 - 16. Wenn es darum geht, meine eigenen Beschwerden oder Probleme zu bewältigen, wage ich es nicht, meinem eigenen Urteil zu trauen
 - 25. Wahrscheinlich ist es das Beste, wenn mein Therapeut die Initiative in den Sitzungen ergreift
 - 29. Ich habe Schwierigkeiten zu entscheiden, wie ich meine Beschwerden am besten bewältigen kann
- Subskala „emotionale Bindung“

- 5. Mein Therapeut kümmert sich um mich
- 8. Bei meinem Therapeuten kann ich gut ich selber sein
- 17. Ich fühle mich nicht mit meinem Therapeuten verbunden
- 20. Ich habe eine enge Bindung zu meinem Therapeuten
- 26. Mein Therapeut versteht mich wirklich

Anmerkung. Die Reihenfolge Nummerierung der Items entspricht der Nummerierung der ursprünglichen Version der CDQ mit 29 Items. Der überarbeiteten Version der CDQ mit 18 Items gehören die Subskalen „passive Haltung“ (englisch „passive stance“) und „emotionale Bindung“ (englisch „emotional bond“) nicht mehr an.

Anhang 3

Genehmigung der Durchführung dieser Studie von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Dr. med. Klein
Zentrum für Integrative Psychiatrie

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Geschäftsstelle:
Dr. phil. A. Hüppe
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 17-271
Datum: 28. September 2017

Sitzung der Ethik-Kommission am 07. September 2017
Antragsteller: Herr Dr. Klein

Titel: Untersuchung der Abhängigkeit des Patienten von dem Therapeuten und deren Zusammenhang mit Symptomverlauf im Rahmen einer störungsspezifischen DBT-Behandlung (Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung)

Hier: Nachreichung Fragebögen

Sehr geehrter Herr Dr. Klein,

die Kommission nimmt die vorgelegten Fragebögen zustimmend zur Kenntnis und äußert keine Bedenken gegenüber der Durchführung der Studie.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.
Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.
Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).
Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Herr Prof. Dr. Katalinic (Soz.med. u. Epidemiologie, Vorsitzender)
 Hr. Prof. Dr. Gieseler (Medizinische Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
 Hr. Prof. Habermann (Chirurgie, Biobank)
Hr. PD Dr. Bausch (Chirurgie)
Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte u. Wissenschaftsforschung)
 Fr. Farries (Amtsgericht Eutin)
 Fr. PD Dr. Jauch-Chara (Psychiatrie)
Hr. Prof. Dr. Lauten (Kinder- u. Jugendmedizin)

Frau Martini (Caritas)
Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)
Herr Prof. Obleser (Psychologie)
 Hr. Prof. Dr. Raasch (Pharmakologie)
Hr. Prof. Dr. Rehmann-Sutter (MGWF)
Hr. Schneider (Landgericht Lübeck)
Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)
 Hr. Dr. Vonthein (Med. Biometrie u. Statistik)