

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Professor Dr. med. F. Hohagen

**Effektivität der Dialektischen Verhaltenstherapie
bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung
im Langzeitverlauf**

Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Medizinischen Fakultät-

vorgelegt von
Eva Faßbinder
aus Frankfurt am Main

Lübeck 2007

1. Berichterstatter

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

2. Berichterstatter/Berichterstatterin:

Prof. Dr. med. Detlef O. Nutzinger

Tag der mündlichen Prüfung: 31.10.2007

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 31.10.2007

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG 5

1.1 Geschichtlicher Überblick zum Begriff „Borderline-Störung“ 5

1.2 Die diagnostischen Kriterien 7

1.3 Epidemiologie 8

1.4 Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung 9

1.5 Verlauf und Prognose 11

1.6 Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung 11

1.7 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) 13

 1.7.1 Das biosoziale Modell als theoretische Grundlage der DBT 13

 1.7.2 Das Behandlungskonzept der dialektischen Verhaltenstherapie 15

 1.7.3 Die Behandlungsstrategien der dialektischen Verhaltenstherapie 17

 1.7.4 Aktueller Forschungsstand auf dem Gebiet der dialektischen Verhaltenstherapie 18

1.8 Spezifische Aspekte der dialektischen Verhaltenstherapie in Lübeck 21

 1.8.1 Die Behandlungsstruktur des adaptierten Therapiekonzeptes 22

2 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN 24

3 METHODIK 26

3.1 Patientenkollektiv 26

3.2 Messzeitpunkte und Procedere 28

3.3 Messinstrumente 29

 3.3.1 Fremdbeurteilungsinstrumente 29

 3.3.1.1 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I : Psychische Störungen (SKID-I) 29

 3.3.1.2 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) .. 29

 3.3.1.3 Die Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) 30

 3.3.2 Selbstbeurteilungsinstrumente 30

 3.3.2.1 Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) 31

 3.3.2.2 Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) 32

 3.3.2.3 Das Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) 33

 3.3.2.4 Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) 35

 3.3.2.5 Die zweite Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI-II) 37

3.4 Statistische Auswertung 38

4 ERGEBNISSE 39

4.1 Fremdbeurteilungsinstrumente 39

 4.1.1 Achse-I-Störungen 39

 4.1.2 Achse-II-Störungen 42

 4.1.3 Die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus 43

4.2 Selbstbeurteilungsinstrumente.....	43
4.2.1 Der Verlauf der allgemeinen Symptombelastung.....	44
4.2.2 Der Verlauf der Depressivität.....	45
4.2.3 Die Ausprägung der Borderline-typischen Kognitionen im Verlauf.....	46
4.2.4 Das Ausmaß der Dissoziation im Verlauf.....	47
4.2.5 Die Ausprägung von Essstörungen im Verlauf.....	48
4.3 Der Einfluss von komorbiden Störungen auf den Therapieerfolg.....	48
5 DISKUSSION	49
5.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Komorbidität	49
5.2 Der Verlauf des psychosozialen Funktionsniveau	52
5.3 Der Verlauf der allgemeinen Symptombelastung	54
5.4 Der Verlauf der Depressivität	54
5.5 Die Ausprägung der Borderline-typischen Kognitionen im Verlauf	55
5.6 Das Ausmaß der Dissoziation.....	56
5.7 Die Ausprägung von Essstörungen im Verlauf	57
5.8 Der Einfluss von komorbiden Störungen auf den Therapieerfolg.....	58
5.9 Diskussion der Methodik.....	58
5.10 Ausblick für die zukünftige DBT-Forschung	60
6 ZUSAMMENFASSUNG	62
7 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	63
8 LITERATURVERZEICHNIS	64
9 ANHANG	74
10 VOTUM DER ETHIKKOMMISSION	96
DANKSAGUNG	97
LEBENS LAUF	98

1 EINLEITUNG

Die Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie (dialectical behavior therapy, DBT) in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist durch mehrere Studien belegt (Linehan et al., 1991, 1993, 1994; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003). Allerdings weiß man nur wenig über die Kontinuität der Therapieerfolge über einen längeren Zeitraum und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Patientengruppen mit hoher psychiatrischer Komorbidität. Aus diesem Grund führten wir eine katamnestic Untersuchung an 50 psychiatrisch-multimorbiden Patienten mit BPS durch, die stationär mit DBT behandelt wurden.

In diesem Abschnitt soll zunächst das Phänomen der BPS erörtert werden. Hierzu wird ein geschichtlicher Überblick zum Störungsbegriff gegeben, dem sich eine Beschreibung der heute geltenden diagnostischen Kriterien anschließt. Des Weiteren werden Daten zur Epidemiologie und Komorbidität sowie zu Prognose und Verlauf der BPS dargestellt. Abschließend sollen die verschiedenen Therapiemöglichkeiten vorgestellt werden, wobei das Hauptinteresse der dialektisch-behavioralen Psychotherapie nach M. Linehan und der daran adaptierten, in Lübeck durchgeführten Form gilt.

1.1 Geschichtlicher Überblick zum Begriff „Borderline-Störung“

Kaum ein anderes Störungsbild in der Psychiatriegeschichte verzeichnet eine so lange Historie der Verwirrung von Begrifflichkeit und Störungsverständnis wie das der „Borderline-Störung“. Die Ursprünge des Begriffs „Borderline“ werden auf den Psychoanalytiker Adolph Stern (1938) zurückgeführt. Er verwendete den Begriff, um eine Patientengruppe zu beschreiben, die sich nicht in das übliche Klassifikationssystem der damaligen Psychotherapie einordnen ließ. Dieses Klassifikationssystem diente vornehmlich dazu, die Neurosen von den Psychosen abzugrenzen. Stern vermutete aber einen Grenzbereich („borderline“) im Übergang von der Neurose zur Psychose.

Nach den Arbeiten von Robert Knight (1953, 54) in den fünfziger Jahren wurde der Begriff „Borderline“ immer mehr zum Synonym für untypische, klinisch schwierige Patienten. Diese negative Stigmatisierung haftet der BPS teilweise bis heute an.

Ende der sechziger Jahre erschienen drei voneinander unabhängige Arbeiten, die die psychiatrische Diskussion um die Diagnose „Borderline“ erneut entfachten.

Die erste stammte von Otto Kernberg (1967): Er definierte drei Persönlichkeitsorganisationen. Dabei grenzte er die „Borderline Persönlichkeitsorganisation“ gegen die „psychotische Persönlichkeitsorganisation“ bei schwerer erkrankten Personen und gegen die „neurotische Persönlichkeitsorganisation“ bei gesünderen Patienten ab. Die „Borderline Persönlichkeitsorganisation“ zeigt dabei als Hauptmerkmale Identitätsstörungen, primitive Abwehrprozesse wie Spaltung, Projektion und Verleugnung sowie unter Stress vorübergehend aussetzende Realitätsprüfung.

Grinker et al. (1968) arbeiteten vier wesentliche Kriterien des Kern-Borderline-Patienten heraus:

1. mangelnde Ich-Identität
2. extrem distanzierte oder extrem nahe affektive Beziehungen
3. eine Depression im Sinne von Einsamkeits- und Leeregefühl
4. Wut als Hauptaffekt

Diese Arbeit war grundlegend für die Erfassung der Psychopathologie der BPS, und die Kriterien finden sich bis heute in ähnlicher Form im DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual für Psychische Störungen in der 4. Auflage; APA, 1994) wieder.

Die dritte Arbeit von Kety et al. (1971) versuchte, wie schon so viele Arbeiten zuvor, die Borderline-Störung als „Borderline-Schizophrenie“ dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen. In Adoptiv-Studien hatten Kinder schizophrener Eltern nicht das Vollbild einer Schizophrenie ausgebildet, sondern nur einige Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, die man heute am ehesten der Schizotypen Persönlichkeitsstörung zuordnen würde.

1975 erstellten Gunderson und Singer eine Merkmalsliste, welche das Störungsbild auf phänomenologische, deskriptive Weise abbildete und sich in fünf Dimensionen zergliedern ließ: dysphorische Affekte, impulsive Handlungen, zwischenmenschliche Beziehungen, psychose-ähnliche Kognitionen und Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. In einer weiteren Arbeit wurden daraus sieben Kriterien entwickelt, mit deren Hilfe sich die Diagnose zuverlässiger stellen ließ (Gunderson & Kolb, 1978).

Spitzer et al. (1979) brachten als achtetes Kriterium noch das von Kernberg angeführte Kriterium der „instabilen Identität“ ein und grenzten die BPS trennscharf von der Schizotypen Persönlichkeitsstörung ab. Diese acht Kriterien wurden als Kriterienkatalog für die BPS in das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen in der dritten Auflage (DSM-III; APA, 1980) aufgenommen. Hierdurch wurden die Kommunikation und die Definition des Störungsbildes erstmals vereinheitlicht.

Im DSM-IV (APA, 1994) wurde als einzige Veränderung noch das neunte Kriterium (vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome) ergänzt.

1.2 Die diagnostischen Kriterien

Die DSM-IV-Kriterien für die BPS sind nach Ansicht vieler Experten denen des ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten in der 10. Auflage, WHO, 1994) in klinischer und wissenschaftlicher Hinsicht deutlich überlegen (Bohus, 2002). Aus diesem Grunde wurden in der vorliegenden Studie nur die DSM-IV-Kriterien verwendet.

Die Diagnose der BPS kann durch die kriteriumsbezogene Überlappung mit vielen anderen psychiatrischen Diagnosen erschwert sein. So schließen die DSM-IV-Kriterien beispielsweise Substanzmissbrauch, krankhaftes Essverhalten, Stimmungsabnormalitäten und vorübergehende paranoide Vorstellungen mit ein (Skodol et al., 2002a).

Nachfolgend sind die Kriterien des DSM-IV aufgelistet:

Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung

(DSM IV: 301.83)

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradig episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronisches Gefühl von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

1.3 Epidemiologie

Bei der BPS handelt es sich im klinischen Alltag keineswegs um eine seltene Störung. Die Prävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung liegt zwar nur bei 0,7% (Konfidenzintervall 0,3-0,7; aktuelle Übersicht in Coid et al., 2006), allerdings erfüllen etwa 10% der ambulanten und 15-20% der stationären Patienten gemäß Schätzungen von Widiger & Weissman (1991) die diagnostischen Kriterien einer BPS. Damit stellt die BPS die am häufigsten vorkommende Persönlichkeitsstörung im klinischen Alltag dar (Skodol et al., 2002a).

Die BPS zeigt eine hohe Mortalität: Etwa einer von 10 Patienten mit BPS vollendet einen Suizid (Übersicht in Paris, 2002). Dies entspricht in etwa der Suizidrate für Patienten mit Schizophrenien (Wilkinson, 1982) oder schweren affektiven Störungen (Guze & Robins, 1970) und ist fast 50mal so hoch wie die Suizidrate in der Allgemeinbevölkerung (American Psychiatric Association, 2001). Zu beachten ist hierbei allerdings auch das hohe Maß an Komorbidität bei Patienten mit BPS, welches zusätzlich zu einer Steigerung der Mortalität beitragen könnte.

Ungefähr 76% der behandelten Personen sind weiblichen Geschlechtes (Widiger & Weissmann, 1991). Diese Angabe unterliegt womöglich einigen Verzerrungen und wird kontrovers diskutiert. Zum einen könnte sie durch einen Selektionsprozess bedingt sein, da Frauen möglicherweise schneller professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen (Torgerson et al., 2001). Zum anderen könnte infolge geschlechtsspezifischer Einstellungen der Untersucher ein Fehler bei der Diagnosevergabe vorliegen, so dass diese vorrangig bei Frauen gestellt wird. Borderline-typische, impulsive Verhaltensweisen werden bei Männern eher toleriert als bei Frauen und zumeist als „normales“ Verhalten eingestuft (Henry & Cohen, 1983).

Wie Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen ist auch die BPS mit niedriger sozialer Stellung und einem geringen Bildungsniveau assoziiert (Torgerson et al., 2001).

1.4 Komorbidität der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Krankheitsbild der BPS unterliegt einer hohen Komorbiditätsrate. In einer Studie von Zimmerman & Mattia (1999) erfüllten ambulante Patienten mit BPS zusätzlich die Kriterien für 3,4 (SD=1,5) aktuelle und 4,8 (SD=1,8) im Laufe ihres Lebens aufgetretene (lifetime) Achse-I-Störungen nach DSM-IV. Auf der Achse-I des DSM-IV sind die psychischen Störungen kodiert. Dazu gehören Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen und optionale Störungen. Im Vordergrund stehen hierbei in der Studie von Zimmerman & Mattia (1999) sowohl für ambulante als auch für stationäre Patientengruppen mit BPS affektive Störungen, Angst- und Essstörungen sowie Substanzabhängigkeiten.

Die Komorbiditätsraten für die jeweiligen Störungen werden im Folgenden ausführlich dargestellt, da das Vorliegen spezifischer, komorbider Diagnosen möglicherweise Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen und somit die Prognose verschlechtern kann.

Fast jeder Patient mit BPS hatte bereits einmal im Leben eine affektive Störung: bis zu 83% berichten über mindestens eine Major Depression Episode und 12-39% über eine Dysthymie. Auch die Angststörungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von fast 90% sehr häufig. Etwa die Hälfte der Betroffenen leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, bis zu 48% unter einer Panikstörung und 23-47% unter einer sozialen Phobie. Bei ca. 65% der Patienten bestand schon einmal eine Substanzabhängigkeit oder ein –missbrauch (Alkoholabhängigkeit/-missbrauch 52-56%, Drogenabhängigkeit/-missbrauch 44-46%). Bei den Essstörungen wird eine Lebenszeitprävalenz mit einer Spannbreite von 29-53% angegeben (Zanarini et al., 1998a; Zimmerman & Mattia, 1999).

In der bisher größten Stichprobe von Zanarini et al. (1998a) ergab sich zudem ein Geschlechtseffekt: Männer mit BPS zeigten häufiger Substanzabhängigkeiten/-missbrauch, während Frauen mehr Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen aufwiesen.

Diese hohen Komorbiditätsraten haben nicht selten zur Folge, dass die BPS übersehen wird und Patienten mit BPS nur wegen anderer Störungen behandelt werden. Gerade hierbei ergeben sich aber häufig therapeutische Sackgassen (Gunderson, 2005). So belegen mehrere Studien, dass depressive Patienten mit komorbider BPS wesentlich schlechter auf antidepressive Therapien ansprechen als depressive Patienten ohne BPS (Shea et al., 1990; Phillips & Nierenberg, 1994; Sullivan et al.; 1994). Ähnliche Verläufe zeigen sich für eine Vielzahl anderer komorbider Achse-I-Störungen wie beispielsweise Panikstörungen (Noyes et al., 1990), Essstörungen (Gartner et al., 1989; Steiger et al., 1993) oder Alkoholmissbrauch (Linehan et al., 1999). Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines störungsspezifischen Therapiekonzeptes.

Viele Patienten mit BPS erfüllen gleichzeitig die Kriterien für andere Achse-II-Störungen nach DSM-IV (Persönlichkeitsstörungen). Hierbei sind die dependente (16-51%), die vermeidend-selbstunsichere (43-47%) und die paranoide Persönlichkeitsstörung am häufigsten (Zanarini et al., 1998b; McGlashan et al., 2000).

1.5 Verlauf und Prognose

Das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation der BPS ist unklar. Es gibt Hinweise darauf, dass die Erkrankung oder zumindest einige ihrer Symptome schon in der späten Kindheit beginnt, therapeutische Hilfe jedoch wird zumeist erst wesentlich später gegen Ende der Adoleszenz in Anspruch genommen (Zanarini et al., 2001).

Unbehandelt kann die Prognose als ungünstig bezeichnet werden; die Suizidrate liegt bei bis zu 10% (Paris, 2002). Dennoch scheint der Verlauf der Erkrankung besser zu sein, als bisher angenommen wurde: In einer prospektiven Follow-up-Studie beobachteten Zanarini et al. (2003) über 6 Jahre den Langzeitverlauf an 290 Patienten mit BPS. Bereits nach 2 Jahren erfüllte etwa ein Drittel der Patienten nicht mehr die Kriterien für eine BPS gemäß DSM-III-R, nach 4 Jahren fast die Hälfte und nach 6 Jahren zwei Drittel. Über die gesamte Follow-up-Zeit waren es letztlich 73,5%. Nur 5,9% dieser von Zanarini et al. (2003) als remittiert definierten Patienten erlebten eine erneute Exazerbation der Erkrankung. 4% des Ausgangskollektives verstarben durch Suizid.

Paris et al. (1987) setzten zur Diagnostik den DIB (Diagnostic Interview for Borderlines, Gunderson, 1981) ein und fanden nach 15 Jahren bei 75% der von ihnen beobachteten Patienten mit BPS eine Remission, nach 27 Jahren waren es über 90% (Paris & Zweig-Frank, 2001). Die Symptomatik scheint nach diesen Ergebnissen ab dem vierzigsten Lebensjahr abzunehmen.

1.6 Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer BPS stellen nach wie vor eine schwer zu behandelnde Gruppe von Patienten und somit eine große therapeutische Herausforderung dar. Die hohe Komorbiditätsrate, eine erhöhte Suizidgefahr, chronische Selbstverletzungen, der langsame und schwer zu erarbeitende Therapieerfolg und die häufigen Therapieabbrüche v.a. in nicht spezifischen Einzeltherapien sind unter anderen als Gründe hierfür zu nennen. Die herkömmlichen psychiatrischen Therapien erwiesen sich in Outcome-Studien als unzureichend (Perry & Cooper, 1985; Tucker et al., 1987). Auch Patienten, die intensive Gesprächs- und Pharmakotherapie erhalten haben, zeigten sogar eher Verschlechterungen im psychosozialen Bereich (Skodol et al., 2002b).

Wie bereits erwähnt profitieren Patienten mit komorbider BPS wesentlich weniger von störungsspezifischen Behandlungskonzepten für Achse-I-Störungen als Patientengruppen ohne diese Persönlichkeitsstörung.

Die schweren Beeinträchtigungen der Betroffenen, die hohe Suizidrate, die anfallenden Therapie- und volkswirtschaftlichen Folgekosten sowie die Schwierigkeiten der Behandelnden machen ein spezielles Therapiekonzept, das die BPS mitsamt der komorbiden Erkrankungen in den Mittelpunkt stellt, dringend notwendig.

Es gibt bisher nur wenige kontrolliert randomisierte Studien für die Psychotherapie der BPS, v.a. verglichen mit der Vielzahl an Studien für die Behandlung anderer psychiatrischer Krankheitsbilder (Lieb et al., 2004). Die dialektisch behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan (1987a,b) ist die bislang am besten evaluierte Therapieform für BPS, deren Wirksamkeit in mehreren kontrollierten Studien nachgewiesen werden konnte. Sie soll im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt werden. Andere Formen der kognitiven Verhaltenstherapie befinden sich derzeit in klinischer Erprobung, wie beispielsweise ein Konzept, das von Aaron Beck entwickelt wurde (Brown et al., 2004), die Schematherapie (Young, 1999) oder das STEPPS-Programm (Blum et al., 2002).

Obwohl sich die psychotherapeutische Behandlung der BPS lange Zeit an psychodynamischen Therapieansätzen orientierte, gibt es hierzu nur eine einzige kontrolliert randomisierte Studie: Bateman & Fonagy (1999, 2001) verglichen eine herkömmliche psychiatrische mit einer 18-monatigen, teilstationären psychodynamischen Behandlung, an die sich eine ebenso lange ambulante psychodynamische Therapie mit insgesamt 180 Sitzungen anschloss. Kontroll- und Untersuchungsgruppe bestanden jeweils aus 19 Personen. Die Zahl der Suizidversuche und Selbstverletzungen, die Ausprägung der Depressivität sowie die Dauer der stationären Aufenthalte verringerten sich in der Experimentalgruppe. Eine andere Studie jedoch zeigte, dass diese Ergebnisse auf das teilstationäre Setting begrenzt sind (Piper et al., 1996). Des Weiteren wurden die Ergebnisse nicht in einer zweiten Untersuchung überprüft oder durch ein unabhängiges Forschungsteam bestätigt.

Die übertragungsfokussierte Therapie („Transference-Focused Psychotherapy“, TFP), eine andere psychoanalytische Methode zur Behandlung von Patienten mit BPS, wird zur Zeit in einer kontrolliert randomisierten Studie mit der DBT verglichen (Clarkin et al., 2004).

Psychotherapeutische Behandlungsverfahren stehen derzeit im Zentrum der Interventionsmöglichkeiten. Schwerwiegende psychopathologische Symptome wie Depressivität, dissoziative oder psychotische Symptomatik erfordern jedoch häufig den ergänzenden Einsatz von Psychopharmaka.

1.7 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Die dialektische Verhaltenstherapie („dialectical behavior therapy“, DBT) wurde in den achtziger Jahren von Marsha Linehan als störungsspezifische ambulante Behandlungsform für chronisch suizidale Frauen mit BPS entwickelt. Die Therapie basiert auf einem biosozialen-ätiopathologischen Modell, verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien und spezifischen Interventionstechniken, die Linehan als „dialektisch“ bezeichnet. „Dialektisch“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Aufrechterhaltung einer schwierigen Balance zwischen der Akzeptanz der jeweiligen Gegebenheiten, die dem Patienten Wärme und Empathie vermittelt, und der Verdeutlichung der Notwendigkeit von Veränderungen.

Gegenwärtig stellt die DBT das am besten evaluierte Behandlungskonzept für BPS dar (Linehan et al., 1991, 1993, 1994; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003), zudem liegt es in manualisierter Form (Linehan, 1993a,b) vor.

Im Folgenden wird ein Überblick über das biosoziale Modell, das die theoretische Grundlage für die DBT bildet, gegeben. Im Anschluss wird das Behandlungskonzept mit Behandlungsstruktur, Therapiephasen und Behandlungsstrategien skizziert. Eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes bildet den Abschluss.

1.7.1 Das biosoziale Modell als theoretische Grundlage der DBT

Als ursächlich für die Entstehung der BPS beschreibt Linehan (1993a) ein Zusammenspiel von psychosozialen Faktoren, die sie unter dem Begriff „*invalidierende Umwelt*“ zusammenfasst, und einer Störung der Emotionsregulation, die sie als „*emotionale Vulnerabilität*“ bezeichnet.

Patienten mit BPS wachsen häufig in einem Umfeld auf, das dazu neigt, Emotionen zu missachten, zu verzerren oder zu bestrafen. Häufig wird übermäßig stark auf Gefühle reagiert oder diese werden verleugnet. Die wachsende Diskrepanz zwischen den persönlichen Erfahrungen des Kindes und dem, was durch die Umwelt bestätigt wird, hindert das Kind daran, zu lernen,

wie es seine Gefühle benennen oder gar regulieren kann (Linehan, 1993a). Prototypisch für ein soziales System, in dem heftige Emotionen beim Kind erzeugt aber nicht toleriert werden, sind Familien, in denen sexueller oder physischer Missbrauch stattfindet. Die mittlerweile empirisch gesicherten Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS stimmen mit diesen Annahmen überein: Hierbei sind frühe Erfahrungen sexueller oder körperlicher Gewalt, Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen und Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter zu nennen (Zanarini et al., 1997). Weiterhin scheint das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die die Wahrnehmungen der Betroffenen teilt, deren Emotionen bestätigt und zudem Schutz und Sicherheit gewährt, eine wichtige Rolle zu spielen (Heffernan & Cloitre, 2000). Zu beachten ist hierbei allerdings, dass die Spezifität dieser Risikofaktoren nicht demonstriert wurde und es nach wie vor unklar bleibt, warum sie zur Entwicklung einer BPS führen.

Die Störung der Emotionsregulation äußert sich gemäß den Beobachtungen von Linehan (1993a) durch eine erhöhte Sensitivität auf emotionsauslösende Reize, eine übersteigerte Intensität der darauf folgenden Reaktion und einer Verzögerung der Erregungsrückbildung. Diese akut auftretenden Spannungszustände werden von den Betroffenen als kaum kontrollierbar und unerträglich empfunden. Um diesem Zustand möglichst schnell zu entweichen und die Spannung zu reduzieren, setzen Patienten mit BPS vielfältige maladaptive Verhaltensmuster ein, wie beispielsweise Selbstschädigung oder impulsives Verhalten.

Daten zur Entschlüsselung des Einflusses genetischer Faktoren auf die Entwicklung einer BPS sind rar, so dass eine genetische Disposition derzeit nur vermutet werden kann. Hinweise darauf erbrachte unter anderem eine Zwillingsstudie Ende der neunziger Jahre, in der Konkordanzraten von 35% für monozygote und 7% für dizygote Zwillingspaare ermittelt wurden (Torgerson et al., 2000). Auch mehrere Familienstudien deuten auf hereditäre Faktoren hin. Die sozialen Einflussfaktoren konnten in diesen Studien jedoch kaum kontrolliert werden, sodass die Aussagekraft gering ist (Übersicht: Torgerson et al., 2000).

Die neurobiologischen Faktoren der BPS sind bisher wenig verstanden. Es finden sich morphologische Auffälligkeiten und funktionelle Störungen im fronto-limbischen System, insbesondere die Amygdala und den Hippokampus betreffend (Herpertz et al., 2001; Tebartz van Elst et al., 2003). Inwiefern diese Auffälligkeiten als Folge genetischer Faktoren oder psychosozialer traumatischer Erfahrungen auftreten, blieb bisher unklar.

1.7.2 Das Behandlungskonzept der dialektischen Verhaltenstherapie

Das ursprüngliche ambulante DBT-Gesamtkonzept (Linehan,1993a,b) besteht aus vier Behandlungskomponenten:

1. Einzeltherapie
2. Fertigkeitentraining in der Gruppe
3. Telefonberatung durch den Einzeltherapeuten in akuten Krisen
4. Supervisionsgruppe

Die ambulante Einzeltherapie erfolgt über einen Zeitraum von zwei Jahren mit 1-2 Wochenstunden. Der Einzeltherapeut motiviert den Patienten und analysiert mit ihm gemeinsam das Verhalten und die Bedingungen für dysfunktionale Verhaltensmuster, um alternative Verhaltensweisen erarbeiten zu können. Des Weiteren ist er dazu angehalten, fortwährend die in der Gruppe erlernten Fertigkeiten in die Therapieplanung zu integrieren, um so die Generalisierung des Erlernten zu ermöglichen.

In Krisensituationen steht der Therapeut im Rahmen seiner Möglichkeiten telefonisch zur Verfügung.

Das Fertigkeitentraining findet für die Dauer von sechs Monaten bis zu einem Jahr einmal wöchentlich für 2,5 Stunden in der Gruppe statt. Es besteht aus vier Modulen (Achtsamkeit, Emotionsregulation, interpersonelle Wirksamkeit und Stresstoleranz). Ein klar verfasstes Begleitmanual leitet die Interventionen der Therapeuten für jedes dieser Module (Linehan, 1993b).

Die vierte, zwingend vorgegebene Komponente der DBT, die einmal wöchentlich stattfindende Supervisionsgruppe, bezieht die Patienten nicht direkt mit ein, sondern dient der Unterstützung der Therapeuten und soll die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams verbessern.

Der Ablauf der Therapie folgt einer klaren Struktur mit einer Vorbereitungsphase und drei Therapiephasen, die hierarchisch aufeinander aufbauen. Die Reihenfolge im Behandlungsverlauf soll unbedingt eingehalten werden. Abbildung 1.1 zeigt die Therapiephasen im Überblick.

Abb.1.1: Die Therapiephasen der dialektischen Verhaltenstherapie

VORBEREITUNGSPHASE

1. Diagnostik
2. Aufklärung bezüglich des Krankheitsbildes und der Behandlung
3. Zustimmung zu den Behandlungszielen
4. Motivations- und Zielanalyse

ERSTE THERAPIEPHASE

1. Verringerung von suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen
2. Verringerung von therapiegefährdenden Verhaltensweisen
3. Verringerung von Lebensqualität beeinträchtigendem Verhalten
4. Training alternativer Verhaltensweisen

ZWEITE THERAPIEPHASE

1. Verringerung der posttraumatischen Symptomatik

DRITTE THERAPIEPHASE

1. Aufbau und Steigerung der Selbstachtung
2. Entwicklung und Umsetzen individueller Ziele
3. Reintegration in den Alltag

Die *Vorbereitungsphase* beginnt mit einem ausführlichen diagnostischen Gespräch, in dem Problembereiche genau erhoben werden und die therapeutische Beziehung aufgebaut wird. Es folgt eine umfassende Aufklärung über das Störungsbild mit seinen typischen Verhaltensmustern und den Behandlungsablauf. Die Behandlungsbedingungen werden geklärt. Die Aufnahme von Telefonkontakten in akuten Notsituationen wird mit dem Therapeuten vereinbart. Es erfolgt zudem eine genaue Analyse suizidaler bzw. parasuizidaler Verhaltensweisen und früherer Therapieabbrüche, um das gemeinsame Erkennen von Frühwarnzeichen zu gewährleisten und so Gegenmaßnahmen rechtzeitig ergreifen zu können. Erst wenn sich der Patient auf die notwendigen Vereinbarungen eingelassen hat, kann die erste Therapiephase beginnen.

In der *ersten Therapiephase* werden die individuellen Problembereiche des Patienten schrittweise bearbeitet. Dabei unterliegen die Therapieziele einer hierarchischen Ordnung. Immer wenn Verhaltensweisen einer übergeordneten Hierarchiestufe auftreten, müssen diese vorrangig bearbeitet werden. Zunächst steht die Bearbeitung und Veränderung suizidaler oder direkt lebensbedrohlicher Verhaltensmuster im Vordergrund. An zweiter Stelle der Zielhierarchie folgen Verhaltensweisen, die die Therapie behindern oder unmöglich machen, beispielsweise

das Verpassen von Therapiestunden, die Verweigerung von Hausaufgaben oder das Brechen von Therapieabsprachen. Auf der dritten Hierarchiestufe finden sich Verhaltensweisen, die die Lebensqualität beeinträchtigen. Dies sind zum Beispiel Ess- oder Angststörungen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, ausgeprägte Promiskuität oder Probleme im Umgang mit Wut und Trauer. Solche Verhaltensweisen sind bei Personen mit BPS häufig vielfältig ausgeprägt, so dass innerhalb dieser Hierarchiestufe eine erneute Abstufung der Therapieziele nach Gefährlichkeit und Relevanz im alltäglichen Leben erfolgen sollte. Des Weiteren sind einfach zu lösende Problembereiche komplexeren vorzuziehen. Die Hierarchisierung der Therapieziele soll von Patient und Therapeut gemeinsam entwickelt werden.

Gleichzeitig sollen alternative Verhaltensweisen im Fertigkeitentraining und der Einzeltherapie aufgebaut werden. Ziel der ersten Therapiephase ist es, die emotionale Belastbarkeit zu erhöhen, eine stabile therapeutische Beziehung zu etablieren sowie anhaltende Verbesserungen in den individuellen Problembereichen zu erreichen. Praktisch bedeutet dies, dass die Patienten, um Spannungszustände zu überstehen, keine suizidalen Verhaltensweisen oder Selbstverletzungen mehr zeigen oder diese zumindest stark reduzieren, keine Suchtmittel konsumieren und dass die dissoziative Symptomatik auf ein den Alltag und die Therapie nicht behinderndes Maß reduziert wurde.

Die *zweite Therapiephase* dient der Bearbeitung erlittener sexueller, physischer oder emotionaler Misshandlungen und Vernachlässigungen. Die damit verbundenen emotionalen Belastungen können nur dann erfolgreich bewältigt werden, wenn die Stabilisierung in der ersten Therapiephase erfolgreich war.

Die abschließende *dritte Therapiephase* soll die Integration der erlernten Fähigkeiten in den Alltag gewährleisten. Zudem sollen individuelle Ziele erarbeitet und umgesetzt werden und die Selbstachtung gesteigert werden.

1.7.3 Die Behandlungsstrategien der dialektischen Verhaltenstherapie

In der dialektischen Verhaltenstherapie unterscheidet man **Basisstrategien**, die Ausdruck der therapeutischen Grundhaltung sind und in jeder Therapiephase Anwendung finden, von **spezifischen Strategien**, die verschiedenen Problembereichen zugeordnet sind.

Zu den **Basisstrategien** gehören die *dialektischen Strategien* und die *Validierungsstrategien*. Unter *dialektischen Strategien* versteht man die anhaltende Fokussierung von widersprüchlichen Prozessen und Phänomenen. Dies soll dazu führen, dass die Betroffenen Widersprüche ertragen, dichotomes Denken erkennen und schrittweise Veränderungen herbeiführen können. Die „*validierende*“ Grundhaltung des Therapeuten dient dem Wunsch der Patienten nach Wertschätzung und bestätigt deren subjektive Sicht- und Erlebnisweise. Sie vermittelt dem Patienten Akzeptanz des gegenwärtigen Erlebens und Verhaltens und macht so erst das Erlernen neuer Verhaltensmuster möglich.

Die **spezifischen Therapien** setzen sich zusammen aus *Kontingenzmanagement*, *Emotions-Exposition* und *kognitiver Umstrukturierung*.

Kontingenzmanagement bezeichnet den therapeutischen Umgang mit positiver und negativer Verstärkung. Voraussetzung für diese Strategie sind detaillierte Verhaltensanalysen. Des Weiteren muss der Patient immer über die therapeutischen Interventionen aufgeklärt werden. Dies ist besonders wichtig, wenn aversive Verstärker eingesetzt werden. Dem Patienten muss klar sein, dass die negativen Konsequenzen nicht ihm gelten sondern seinem Verhalten.

Mit Hilfe von *Emotions-Expositionen* soll das Erleben, Akzeptieren und Ausdrücken situationsadäquater Emotionen erlernt werden. Um solche Expositionen durchzuführen, bedarf es einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die Vermeidungsstrategien der Patienten sind breit gefächert, Dissoziationen und kognitive Meidungen stehen im Mittelpunkt. Vereinbarungen und ausreichende Hilfestellungen sollen Reaktionen des Patienten, wie beispielsweise parasuizidale Handlungen, verhindern.

Der Schwerpunkt der *kognitiven Umstrukturierung* liegt in der Validierung und Verstärkung adäquater Kognitionen. Pathologische kognitive Schemata entstehen häufig auf dem Boden traumatischer Ereignisse als Überlebensstrategien und zeichnen sich durch erhebliche Rigidität aus. Dieser Aspekt sollte vom Therapeuten stets berücksichtigt werden.

1.7.4 Aktueller Forschungsstand auf dem Gebiet der dialektischen Verhaltenstherapie

Die erste Untersuchung zur Wirksamkeit der DBT stammt von Linehan selbst (Linehan et al., 1991). Im Rahmen einer kontrollierten randomisierten Studie verglichen sie und ihre Arbeitsgruppe die DBT mit einer unspezifischen psychotherapeutischen Behandlung (treatment as usual=TAU). Die DBT-Gruppe und die Kontrollgruppe bestanden jeweils aus 22 Patientinnen mit BPS. Der Behandlungszeitraum erstreckte sich über ein Jahr. Schon nach 4 Monaten zeig-

te sich eine signifikante Überlegenheit der DBT, die sich im Laufe des Jahres verstärkte: In der DBT-Gruppe waren Therapieabbrüche seltener, die Häufigkeit und der Schweregrad (para)suizidaler Handlungen nahm ab, die Anzahl der stationären Aufnahmen sowie die stationäre Verweildauer reduzierte sich. Auch in den Bereichen Ärger und soziale Integration profitierte die mit DBT behandelte Gruppe mehr als die Kontrollgruppe. Obwohl Depressivität, Hoffnungslosigkeit und Suizidvorstellungen im Laufe des Jahres in beiden Gruppen abnahmen, zeigten sich keine Gruppenunterschiede hinsichtlich dieser Parameter.

In einer Follow-up-Studie (Linehan et al., 1993) konnten 39 der behandelten Patientinnen erneut untersucht werden. Im ersten halben Jahr nach Beendigung der Therapie zeichneten sich die DBT-Patientinnen weiterhin durch weniger (para)suizidale Handlungen aus als die Patientinnen der Kontrollgruppe. Zudem zeigten sie eine Abnahme von Ärger und den Ausbau sozialer und beruflicher Integration. Ein Jahr nach Beendigung der Therapie war nur noch der Unterschied in der sozialen und beruflichen Integration nachzuweisen, zusätzlich waren stationäre Aufenthalte in der DBT-Gruppe seltener.

In einer zweiten Kohorte von 26 Patientinnen mit BPS konnten Linehan et al. (1994) erneut die Überlegenheit der DBT belegen.

Diese Ergebnisse wurden von zwei unabhängigen Arbeitsgruppen repliziert (Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003). Verheul et al. (2003) konnten dabei zeigen, dass die DBT auch im europäischen Setting erfolgreich angewendet werden kann. Die 6-Monats-Katamnese zu dieser Studie belegte einen über diesen Zeitraum anhaltenden Therapieerfolg (van den Bosch et al., 2005). Die Tatsache, dass diese Resultate von unabhängigen Arbeitsgruppen stammen, zeigt, dass die DBT trotz ihrer facettenreichen Kombination von Behandlungsstrategien von Psychotherapeuten auch außerhalb der Arbeitsgruppe der Begründerin der Therapieform erlernt und effektiv umgesetzt werden kann (Hawkins & Sinha, 1998).

Inzwischen wurde das Konzept erfolgreich zur Behandlung von Patientinnen mit BPS und komorbider Substanzabhängigkeit angepasst (Linehan et al., 1999, 2002). In der mit DBT behandelten Gruppe konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe die Einnahme von Substanzen während des Behandlungsjahres und in der Katamnese nach einem Jahr signifikant reduziert werden. Des Weiteren gab es in der DBT-Gruppe weniger Therapieabbrüche, der Umgang mit Ärger und die soziale Integration waren besser (Linehan et al., 1999).

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Modifikationen des DBT-Konzeptes entwickelt. Diese Modifikationen dienten zum einen der Erweiterung auf andere Störungsbilder. Mittlerweile

liegen positive Erfahrungen vor in der Behandlung von Essstörungen, wie beispielsweise Bulimia nervosa (Safer et al., 2001) oder Binge Eating Disorder (Telch et al., 2001), depressiven Erkrankungen bei älteren Menschen (Lynch et al., 2003) oder in der Therapie von suizidalen Jugendlichen und Adoleszenten (Miller et al., 1997).

Zum anderen wurden Adaptationen an spezifische Settings entwickelt. Dies betrifft beispielsweise die forensische Psychiatrie (McCann et al., 2000) oder Behandlungen im teilstationären und stationären Setting (Barley et al., 1993; Bohus et al., 2000, 2004). Die Entwicklung eines stationären Behandlungskonzeptes war vor allem im deutschsprachigen Raum notwendig, um den Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems gerecht zu werden (stationäre Regelinbehandlung, keine etablierten Versorgungsstrukturen mit ambulant tätigen DBT-Therapeuten).

Das stationäre DBT-Behandlungskonzept wurde von Swenson et al. (2001) am New York Hospital, White Plains, entwickelt und von Bohus et al. (2000) an europäische Konditionen adaptiert. In einem Prae-Post-Vergleich untersuchten Bohus et al. (2000) 24 Patientinnen mit BPS, die an einer dreimonatigen stationären Therapie teilnahmen. Nach dem stationären Aufenthalt fanden sich hochsignifikante Verbesserungen in der depressiven, dissoziativen und allgemeinpsychiatrischen Symptomatik. Die Anzahl der Selbstverletzungen nahm ebenfalls hochsignifikant ab. Eine standardisierte Diagnostik und damit die Berücksichtigung häufiger komorbider Störungen fehlte jedoch, zudem wurden Patientinnen mit aktuell bestehender Substanzabhängigkeit ausgeschlossen.

In einer kontrollierten Studie verglichen Bohus et al. (2004) die stationäre DBT-Therapie mit einer allgemeinpsychiatrischen Behandlung. 31 Patientinnen mit BPS erhielten die dreimonatige stationäre Therapie, während 19 Patientinnen, die auf der Warteliste für die stationäre DBT-Behandlung standen, eine allgemeinpsychiatrische Versorgung erhielten oder fortführten. Der Prae-Post-Vergleich zeigte für die DBT-Gruppe hochsignifikante Verbesserung bezüglich psychopathologischer Variablen und selbstverletzendem Verhalten, während sich für die Wartelistengruppe keine signifikanten Unterschiede feststellen ließen. Im direkten Vergleich zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der DBT-Gruppe.

Ausgangslage für die hier vorgestellte Studie:

Betrachtet man die Datenlage insgesamt, so kann festgehalten werden, dass die Effektivität der DBT durch mehrere randomisierte und kontrollierte Studien belegt ist. Die DBT wird als

spezifisches Behandlungskonzept für Patienten mit BPS von der American Psychiatric Association (2001) empfohlen.

Allerdings gibt es bisher kaum Studien zur DBT, die beobachten, ob die Therapieerfolge im Langzeitverlauf anhalten, ob der Zustand der Patienten sich wieder verschlechtert oder ob die Verbesserungen sogar noch zunehmen. Zu dieser Thematik liegen bisher nur die 1-Jahres-Katamnese von Linehan et al. (1993) und die 6-Monats-Katamnese von van den Bosch et al. (2005) vor.

Außerdem wurden in den meisten Studien Patientinnen mit BPS und komorbider Substanzstörung ausgeschlossen. Nur in den Studien von Linehan et al (1999 und 2001) sowie in der Studie von Verheul et al. (2003) wurden diese Patienten mit einbezogen oder ausschließlich betrachtet. Generell wurden komorbide Störungen nur wenig beachtet und nie im einzelnen aufgeführt. Angesichts der hohen Komorbiditätsraten sollte diesen Zusammenhängen mithilfe einer standardisierten Diagnostik jedoch besondere Beachtung geschenkt werden.

1.8 Spezifische Aspekte der dialektischen Verhaltenstherapie in Lübeck

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, begann man 1999 damit, ein spezielles Behandlungskonzept für Patientinnen mit BPS und komorbiden Essstörungen nach den Richtlinien der DBT zu entwickeln.

Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass bei herkömmlichen kognitiv-behavioralen Behandlungen von Essstörungen bei Patienten mit BPS suizidale und selbstverletzende Verhaltensweisen zunehmen können. Umgekehrt treten bei der DBT, die die Reduktion suizidaler und parasuizidaler Verhaltensweisen als oberstes Ziel hat, häufig im Laufe der Behandlung vermehrt Heißhungeranfälle auf. Essanfälle werden häufig als Bewältigungsstrategien zur Reduktion aversiver Spannungszustände eingesetzt und behindern so die Anwendung der im Fertigkeitentraining erlernten alternativen Verhaltensweisen. Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa führt die ständige Beschäftigung mit der Nahrung und die Mangelernährung zu kognitiven Einbußen, wie beispielsweise einer Verminderung der Konzentrationsfähigkeit. Dadurch ist die Lernfähigkeit generell herabgesetzt und psychotherapeutische Interventionen sind nur im stark eingeschränkten Umfang möglich. Aufgrund dieser funktionalen Zusammenhänge wurden in Lübeck die Essstörungen auf eine hohe Stufe der Zielhierarchie gestellt.

1.8.1 Die Behandlungsstruktur des adaptierten Therapiekonzeptes

Die Behandlungskomponenten des ursprünglichen ambulanten Konzeptes wurden größtenteils beibehalten und modifiziert, um sie an das stationäre Setting adaptieren zu können. Zusätzlich wurden neue Komponenten in das Therapiekonzept integriert. Das daraus entstandene Behandlungskonzept hat folgende Struktur:

Das *Fertigkeitentraining* in der Gruppe findet dreimal wöchentlich statt. Der Schwerpunkt liegt auf der Förderung von Verhaltensfertigkeiten aus den DBT-Modulen (Achtsamkeit, Emotionsregulation, interpersonelle Wirksamkeit, Stresstoleranz und Selbstmanagement). Die Gruppentherapie kann zudem für individuelle Anliegen von Seiten der Patienten genutzt werden. Zusätzlich wurden Module zur Förderung des Selbstmanagements (vgl. Kanfer et al., 1996) und zur Behandlung komorbider Angststörungen nach gängigen Manualen eingebaut.

Die *Einzeltherapie* (1 Wochenstunde) mit dem behandelnden Bezugstherapeuten dient der Anpassung der erlernten Fähigkeiten auf die spezielle Situation des einzelnen Patienten. Zudem werden individuelle Schwierigkeiten behandelt.

Für Patientinnen mit Essstörung findet jeweils zu den Hauptmahlzeiten eine therapeutisch begleitete *Tischgruppe* statt. Überdies nehmen sie einmal wöchentlich an einer *psychoedukativen Gruppentherapie* zur Essstörung teil.

Ein *Bezugspflegesystem* unterstützt den Erwerb und die Anwendung gelernter Fähigkeiten. Ein *Selbstverteidigungskurs für Frauen* (1 Wochenstunde) soll zur Stärkung des Selbstbewusstseins der Patientinnen beitragen, ihnen zu einem sichereren Auftreten v.a. in gefährlichen Situationen verhelfen und dadurch möglichst verhindern, dass sie (erneut) zu Opfern gewalttätiger Übergriffe werden. Die zweimal wöchentlich stattfindende *Ergotherapie* sowie weitere *stationsspezifische Aktivitäten* dienen ebenfalls der Generalisierung von Fertigkeiten und der Aktivierung von Ressourcen. *Beratungen durch Sozialarbeiter* sollen bei der poststationären Integration in den Alltag und das Berufsleben helfen.

Auch das adaptierte Behandlungskonzept besteht wie das ursprüngliche ambulante Therapiekonzept aus einer Vorbereitungsphase und drei Therapiephasen. Die Inhalte wurden grundsätzlich beibehalten, Veränderungen ergaben sich lediglich durch die Anpassung an das stationäre Setting mit der durchschnittlichen zeitlichen Begrenzung der Therapie auf 12 Wochen und die Zuordnung der Essstörungen auf eine hohe Hierarchiestufe.

Vor Beginn der Therapie erfolgt eine ausführliche standardisierte Diagnostik, die u. a. der Erfassung komorbider Störungen dient. Die Angst der Patienten, bei raschen Therapiefort-

schritten frühzeitig entlassen zu werden, wird durch die zeitliche Festlegung auf 12 Wochen Behandlungszeit gemindert. Viermaliges Fehlen bei den Therapien in Folge ohne adäquate Begründung zieht eine Behandlungspause von mindestens einer Woche nach sich.

In der *ersten Therapiephase* werden wie im Grundkonzept die individuellen Problembereiche des Patienten schrittweise bearbeitet. Die wesentliche Veränderung der DBT in Lübeck besteht in der Umgestaltung der hierarchischen Ordnung: Die Verbesserung der Essstörungen hat nach der Verminderung von suizidalen/parasuizidalen Verhaltensweisen oberste Priorität.

In der *zweiten Therapiephase* wird die kognitiv-behaviorale Behandlung anderer komorbider Störungen in Angriff genommen. Dafür werden bestehende Manuale genutzt.

Die *dritte Therapiephase* verläuft während der gesamten Behandlungszeit bereits neben der ersten und zweiten Therapiephase und wird gegen Ende des stationären Aufenthaltes verstärkt. Belastende äußere Faktoren, die schon vor der Therapie bestanden haben, sollen beseitigt oder zumindest erträglich gemacht werden. Des Weiteren sollen Hilfestellungen bei der Suche nach beruflichen Perspektiven gegeben werden. Die Unterstützung durch Sozialarbeiter spielt dabei eine wesentliche Rolle. Die Etablierung von angenehmen Aktivitäten in den Alltag gehört überdies zu den wichtigsten Zielen für diese Therapiephase.

In einer ersten Untersuchung zur Effektivität der DBT und der hier vorgenommenen Modifizierungen beobachteten Kröger et al. (2006) (Arnold, 2005; Kröger, 2002) eine Stichprobe von 50 Patienten (44 Frauen und 6 Männer) mit BPS über den Behandlungszeitraum von drei Monaten und ein Katamneseintervall von 15 Monaten. Zu Beginn und zum Ende der stationären Therapie sowie 15 Monate nach Entlassung wurde eine standardisierte Diagnostik mit dem Standardisierten Klinischen Interview für DSM-IV für Psychische Störungen (SKID I, First et al., 1996a) und Persönlichkeitsstörungen (SKID II, First et al., 1996b) durchgeführt und das psychosoziale Funktionsniveau eingeschätzt. Zudem wurde die allgemeine und störungsspezifische Symptomatik mit Hilfe von etablierten Selbstbeurteilungsinstrumenten erhoben. 15 Monate nach Entlassung zeigten sich folgende Ergebnisse: Die Anzahl der psychischen Störungen im Studienkollektiv konnte vermindert werden, das psychosoziale Funktionsniveau stieg auf einen deutlich höheren Wert, und überdies zeigte sich eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik und der subjektiv erlebten allgemeinen Symptombelastung. Ziel unserer Studie war, herauszufinden, inwieweit diese Verbesserungen auch über einen längeren Zeitraum Bestand haben.

2 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit besteht darin, die Effektivität¹ der DBT im Langzeitverlauf zu überprüfen und zu untersuchen, ob die positiven Ergebnisse der DBT auch auf Patientengruppen mit hoher psychiatrischer Komorbidität übertragbar sind. Hierzu wurde eine Stichprobe von 50 multimorbiden Patienten mit BPS, die stationär in unserer Klinik mit DBT behandelt wurden, über ein Katamneseintervall von 30 Monaten beobachtet. Die Betrachtung der Komorbidität als wesentlicher Einflussgröße und somit die Identifizierung möglicher Prädiktoren für den Therapieerfolg spielt dabei eine wichtige Rolle.

Hypothese 1:

Das Ausmaß der Komorbidität hat sich im Vergleich zum Therapiebeginn reduziert.

Hypothese 2:

Das Globale Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning, GAF) hat sich im Vergleich zum Therapiebeginn erhöht

Hypothese 3:

Die Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität ist im Vergleich zum Therapiebeginn reduziert.

Hypothese 4:

Die Ausprägung dysfunktionaler Einstellungen, die typisch für die BPS sind, ist im Vergleich zum Therapiebeginn reduziert.

Hypothese 5:

Die Ausprägung der Dissoziation ist im Vergleich zum Therapiebeginn reduziert

Hypothese 6:

Die Ausprägung von Essstörungen ist im Vergleich zum Therapiebeginn vermindert.

¹ Effektivität wird hier im Sinne vom englischen Begriff „effectiveness“ gebraucht

Hypothese 7:

Eine neben der BPS bestehende affektive Störung beeinträchtigt den Therapieerfolg, und stellt somit einen verlässlichen Prädiktor für das Therapieergebnis nach 30 Monaten dar.

Hypothese 8:

Eine zusätzliche Essstörung wirkt sich hinderlich auf den Therapieerfolg, gemessen an der Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung, aus und ist somit ein geeigneter Prädiktor für das Therapieergebnis nach 30 Monaten.

Hypothese 9:

Eine gleichzeitig vorliegende Substanzabhängigkeit verschlechtert den Therapieverlauf und zeigt sich demzufolge als ein verlässlicher Prädiktor für den langfristigen Therapieerfolg.

Hypothese 10:

Eine komorbide Angststörung beeinträchtigt den Therapieerfolg und ist damit ein Prädiktor für eine schlechtere Langzeitprognose.

3 METHODIK

3.1 Patientenkollektiv

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Folgeuntersuchung an einem Ausgangskollektiv von 50 Patienten (44 Frauen und 6 Männer), die im Zeitraum von August 2000 bis August 2001 stationär in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, nach dem vorgestellten Modell behandelt wurden.

Das Kriterium für die Aufnahme einer Person in die Stichprobe war die Vergabe der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV. Ausschlusskriterien waren Minderbegabung, dementielle Erkrankungen, schwere internistische und neurologische Erkrankungen mit psychischen Auswirkungen (z.B. Lupus erythematodes oder Epilepsie), akute psychotische Störungen, akute Intoxikationen sowie fehlendes Einverständnis in die Studie. Beide Geschlechter wurden akzeptiert, um zu untersuchen, wie sich die DBT auf ein geschlechtlich gemischtes Kollektiv auswirkt.

Die therapeutische Betreuung während des stationären Aufenthaltes wurde durch vier Ärzte und drei Psychologen gewährleistet. Alle Therapeuten befanden sich in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Weiterbildung und erhielten wöchentliche Supervisionen durch in DBT ausgebildeter Supervisoren.

An einer ersten Katamneseuntersuchung (Kat1) 15 Monate nach Entlassung nahmen 37 Patienten (74% des Ausgangskollektivs) teil.

Zu einer zweiten Katamneseerhebung (Kat2) 30 Monate nach Entlassung konnten 30 Patienten (60% des Ausgangskollektivs) rekrutiert werden. Diese Untersuchung wurde von der Autorin dieser Arbeit und zwei weiteren Mitarbeiterinnen durchgeführt.

Vier Personen lehnten die Teilnahme bereits bei Kat1 ab, fünf weitere Absagen folgten bei Kat2. Eine Patientin verstarb. Zehn Studienteilnehmer konnten trotz intensiver Recherchen nicht ausfindig gemacht werden. Zwei der fünf Personen, die die Teilnahme bei Kat2 ablehnten, betonten ihre derzeitige emotionale Stabilität und äußerten die Befürchtung, diesen Zustand durch eine erneute Befragung zu gefährden. Eine dritte Probandin litt unter starken Panikattacken und fühlte sich nicht imstande, an der Studie teilzunehmen. Eine weitere, mittlerweile beruflich sehr eingespannte Patientin sagte aus Zeitgründen ab. Der fünften Patientin wurde von der Teilnahme durch ihre Therapeutin abgeraten.

Merkmal	N	%
Geschlecht		
Männlich	6	12
Weiblich	44	88
Familienstand		
Ledig	31	62
Partnerschaft	8	16
Verheiratet	4	8
Getrennt/Geschieden	7	14
Sozioökonomischer Status		
Nie erwerbstätig, Ausbildung/ Lehre	13	26
Arbeitslos	4	8
Ungelernte Arbeiterin	3	6
Facharbeiter/Handwerker	8	16
Angestellte, Beamte	18	36
Selbstständige	2	4
Keine verwertbaren Angaben	2	4
Schulbildung		
Abitur	11	22
Realschule/Polytechnische Oberschule	22	44
Hauptschule	11	22
Ohne Schulabschluss	5	10
Keine verwertbaren Angaben	1	2

Tabelle 3.1: Die soziodemographischen Daten des Ausgangskollektiv, N=Anzahl der Patienten, %=Anteil in Prozent, Mittelwert für Alter zum Aufnahmezeitpunkt: 30,5 Jahre (SD=7,7) und für BMI (Body-Mass-Index): 24,72 kg/m² (SD=9,1).

Tabelle 3.1 zeigt die soziodemographischen Daten des Patientenkollektivs. Aufgrund des positiven Zusammenhangs des Störungsbildes mit dem weiblichen Geschlecht fanden sich in der Stichprobe mehr Frauen.

3.2 Messzeitpunkte und Procedere

Die Patienten wurden zunächst bei stationärer Aufnahme (Prae) und bei Entlassung (Post) untersucht. Es folgten zwei Katamneseerhebungen nach 15,1 (SD=1,45) Monaten (Kat1) und nach 30,4 (SD=3,19) Monaten (Kat2).

Zu jedem der vier Messzeitpunkte wurden die Selbstbeurteilungsinstrumente von den Patienten ausgefüllt, zur Diagnostik wurde das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für psychische Störungen (SKID I, Wittchen et al., 1997) und für Persönlichkeitsstörungen (SKID II, Fydrich et al., 1997) durchgeführt. Des Weiteren wurde das psychosoziale Funktionsniveau (GAF) eingeschätzt.

Alle Probanden wurden durch einen Arzt oder Psychologen über die Studie informiert und erklärten sowohl mündlich als auch schriftlich zu jedem Messzeitpunkt ihr Einverständnis.

Zur zweiten Katamneseuntersuchung wurden die Anschriften und Telefonnummern der Studienteilnehmer in den Adressenlisten der Vorstudien, in alten Krankenblättern, Telefonbüchern und über Internetsuche recherchiert. Überdies wurde die Sozialarbeiterin der Station 4 eingeschaltet und in Einzelfällen eine Anfrage bei den zuständigen Einwohnermeldeämtern in die Wege geleitet. Trotz all dieser Bemühungen konnten die aktuellen Adressen von zehn Studienteilnehmern nicht in Erfahrung gebracht werden.

Die ausfindig gemachten Personen wurden telefonisch kontaktiert und nach Zusage zu einem Interviewtermin in die Klinik eingeladen. In zwei Fällen fanden Hausbesuche statt; eine Patientin konnte aufgrund von familiären Verpflichtungen nicht in die Klinik kommen, die andere Patientin war in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht. Die restlichen Interviews wurden in der Klinik durchgeführt. Reisekosten wurden erstattet.

Die Selbstbeurteilungsinstrumente wurden den Patienten im Vorab zugesandt und ausgefüllt zum vereinbarten Termin mitgebracht. Dort wurde dann ein SKID-I und -II-Interview erhoben und im Anschluss das Globale Funktionsniveau (GAF) eingeschätzt. Zusätzlich wurden einige Fragen zur beruflichen und privaten Situation sowie zur Therapie seit Entlassung und der aktuellen Medikation gestellt.

Die Interviews wurden durch die Verfasserin dieser Arbeit und zwei weitere Doktorandinnen durchgeführt. Alle drei Untersucher durchliefen ein Training zur Durchführung des SKID-Interviews und wurden über mehrere Wochen hinweg unter Anleitung erfahrener Therapeuten in die Stationsabläufe eingeführt und intensiv mit dem Krankheitsbild vertraut gemacht.

3.3 Messinstrumente

3.3.1 Fremdbeurteilungsinstrumente

3.3.1.1 Strukturiertes klinisches Interview für DSM–IV, Achse I : Psychische Störungen (SKID–I)

Das strukturierte klinische Interview ist ein ökonomisches, effizientes und reliables Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach DSM–IV (First et al., 1996a, dt.: Wittchen et al., 1997).

Es ist in die Sektionen A (Affektive Störungen) bis J (Optionale Störungen) aufgeteilt, erfragt anhand offener Fragen systematisch die Symptome und Beschwerden des Patienten und ermöglicht so dem Untersucher, das jeweils zugehörige DSM–IV–Kriterium zu beurteilen. Je nachdem, wie das Kriterium beurteilt wird, erhält der Interviewer nach jeder Frage einen Verweis, mit welcher Frage er fortfahren soll und gelangt durch Ausschlussverfahren zu der jeweiligen Diagnose. Sprungbefehle sorgen dafür, dass nur die für die Diagnosestellung relevanten Informationen erhoben werden.

Folgende Störungen können mit dem SKID–I diagnostiziert werden: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Anpassungsstörungen und optionale Störungen.

3.3.1.2 Strukturiertes klinisches Interview für DSM–IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)

Das SKID–II–Interview (First et al., 1996b; dt.: Frydrich et al., 1997) ist ein Verfahren zur Diagnostik der zehn auf Achse–II genannten sowie der zwei im Anhang des DSM–IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen (Selbstunsichere, Dependente, Zwanghafte, Paranoide, Schizotypische, Schizoide, Histrionische, Narzisstische, Borderline, Antisoziale, Negativistische und Depressive Persönlichkeitsstörung).

Zu Beginn wird der Proband darauf hingewiesen, dass er sich bei Beantwortung der Fragen auf den Zeitraum der letzten fünf bis zehn Jahre beziehen soll und nicht auf Zeiten, in denen akute psychische Probleme bestanden. Es folgt ein kurzer Explorationsleitfaden mit offenen Fragen, der dem Untersucher einen Überblick über die Persönlichkeit des Patienten verschafft und für eine bessere Bewertung und Kodierung der Kriterien hilfreich sein kann. Ähnlich wie

beim SKID-I stellt der Untersucher nun vorgegebene Fragen zu den jeweiligen Persönlichkeitsstörungen, um die zugehörigen DSM-IV-Kriterien kodieren zu können.

Die Anzahl der erfüllten Kriterien entscheidet darüber, ob eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden muss oder nicht.

3.3.1.3 Die Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Auf der Achse V des DSM-IV (APA, 1994) wird das allgemeine Funktionsniveau des Patienten mit Hilfe der „Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveau“ (Global Assessment of Functioning, GAF) erhoben. Die GAF-Skala dient der Beurteilung psychischer, sozialer und beruflicher Funktionen. Funktionsbeeinträchtigungen, die auf körperliche oder umgebungsbedingte Einschränkungen zurückgehen, sollen hierbei nicht beachtet werden. Der Untersucher schätzt das Funktionsniveau anhand einer numerischen Skala, die von 1 bis 100 reicht, ein. Werte zwischen 100 und 91 werden dabei folgendermaßen definiert: „hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome“. Ein GAF-Wert zwischen 10 und 1 spiegelt dagegen ein sehr schlechtes globales Funktionsniveau wider („Ständig bestehende Gefahr von ernsthaften Selbst-/ oder Fremdverletzungen ODER Unfähigkeit minimale persönliche Hygiene einzuhalten ODER ernsthafter Suizidversuch mit klarer Todesabsicht“). Unzureichende Informationen werden mit 0 skaliert.

Informationen, die durch die Einschätzung des globalen Funktionsniveaus gewonnen werden, können dazu verwendet werden, eine Therapie zu planen, ihre Wirksamkeit zu überprüfen und eine Prognose zu stellen.

3.3.2 Selbstbeurteilungsinstrumente

In der vorliegenden Studie wurden in erster Linie bereits etablierte Selbstbeurteilungsinstrumente ausgewählt, die die allgemeine bzw. störungsspezifische Symptomatik erfassen oder die Ausprägung typischer Einstellungen von Patienten mit BPS erfragen.

Zur Einschätzung der allgemeinen Symptombelastung wurde die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) eingesetzt. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) wurde in dieser Studie verwendet, um das Ausmaß der depressiven Symptomatik zu erheben. Typische störungsspezifische Einstellungen wurden durch das Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB), den Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) und die zweite Version des Eating-Disorder-Inventary (EDI-II) erfasst.

Im Folgenden werden die einzelnen Messinstrumente vorgestellt. Die vollständigen Versionen sind im Anhang aufgeführt.

3.3.2.1 Die Symptom–Check–Liste (SCL–90–R)

Derogatis entwickelte 1977 mit der Symptom–Check–Liste (SCL–90–R, Derogatis, 1977) ein störungsübergreifendes Symptommaß, das heute zu den verbreitetsten Instrumenten in der Psychotherapieforschung zählt (vgl. Lambert & Hill, 1994). Anfang der neunziger Jahre adaptierte Franke (1992, 1995) das Selbstbeurteilungsinstrument an den deutschsprachigen Raum. Die SCL–90–R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome im Zeitfenster der letzten sieben Tage. Jedes Item beginnt mit der Instruktion „Wie sehr litten Sie unter...“ nachfolgend werden dem Probanden die einzelnen Symptome präsentiert (zum Beispiel Nr.2 „...Nervosität oder innerem Zittern“ oder Nr. 87 „...dem Gedanken, dass ernstlich etwas mit ihrem Körper nicht in Ordnung ist“), deren Ausprägung er anhand einer 5–stufigen–Skala (0=überhaupt nicht, 4=stark) angibt.

Der SCL–90–R bietet ausgewertet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun faktorenanalytisch gewonnene Skalen und drei Globale Kennwerte. Die einzelnen Items werden neun Faktoren zugeordnet: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseeligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Es gibt sieben Zusatzfragen, die zu keiner Skala gehören, aber in die globalen Kennwerte mit einfließen.

Die drei globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten der Probanden über alle Items: Der Global Severity Index (GSI) ergibt sich aus der Summe der einzelnen Items dividiert durch die Anzahl der beantworteten Items und hat sich als guter Indikator für die allgemeine Belastung infolge psychischer und körperlicher Beschwerden herausgestellt. Zusätzlich können die Positive Symptom Total (PST), die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung vorliegt, und der Positive Symptom Distress Index (PSDI=Quotient aus der Gesamtsumme und dem PST) als deskriptive Parameter ermittelt werden.

Die psychometrischen Kennwerte der Faktoren werden von Franke (1995) als gut eingeschätzt. Die Retest-Reliabilität nach einer Woche liegt zwischen $r=0.69$ und $r=0.92$. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) schwankt für die einzelnen Faktoren zwischen 0.51 und 0.89, kann für den GSI jedoch mit sehr gut bewertet werden ($0.94 < \alpha < 0.98$). Die mangelnde Konstruktvalidität und die teilweise hohen Interkorrelationen der Faktoren ($r_{\min}=0.28$; $r_{\max}=0.7$), die sich aus dem gemeinsamen Auftreten der Symptome bei verschiedenen Störungen ergeben, sprechen für den GSI als Parameter, der Anzahl und Intensität der Beschwerden zusam-

menfasst (Parloff et al., 1978; Rief et al., 1991). Bei Veränderungsmessungen wird der GSI als sensitivstes Maß empfohlen (Franke, 1995) und soll daher zur Verlaufsbeobachtung in dieser Studie eingesetzt werden.

3.3.2.2 Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das BDI (Beck et al., 1979; dt.: Hautzinger et al., 1994) wird von allen Selbstbeurteilungsinstrumenten weltweit am häufigsten eingesetzt (Lambert & Hill, 1994). Es besteht aus 21 Items (A bis U), die die depressive Symptomatik während der letzten sieben Tage erfragen. Zu jedem Item werden vier Aussagen als Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die je nach Schwere und Beeinträchtigung mit einem Punktwert von 0 bis 3 (3=schwerste Ausprägung) belegt sind. Der Proband soll die Aussage auswählen, die die gegenwärtige eigene Symptomatik am besten beschreibt. Mehrfachnennungen sind möglich. Das folgende Beispielitem soll den Aufgabentyp verdeutlichen:

P: Schlafstörungen

- 0 Ich schlafe so gut wie immer
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher als sonst auf, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen

Zur Auswertung wird der Summerwert der 21 Items gebildet. Sind bei einem Item mehrere Aussagen markiert, so geht der höhere Punktwert in die Wertung mit ein. Der BDI-Gesamtscore kann zwischen 0 und 63 Punkten liegen. Werte unter 11 Punkten werden als unauffällig eingestuft, Werte zwischen 11 und 17 Punkten sprechen für eine milde Form der Depression. Als klinisch relevant im Sinne einer manifesten depressiven Störung werden Werte über 18 angesehen, dabei ist bei einem Wert bis zu 26 von einer mittleren Depression auszugehen und bei über 27 Punkten von einer schweren Depression.

Die psychometrischen Kennwerte des BDI dürfen insgesamt als zufriedenstellend bis gut bewertet werden (vgl. die Überblicke von Richter et al., 1994; Beck et al., 1988). Ihre Überprüfung erfolgte an verschiedenen klinischen Stichproben mit überwiegend depressiven Patienten, einer gesunden Kontrollgruppe, zwei Gruppen mit psychosomatischen Schmerzpatienten und einer gemischt psychiatrischen Gruppe. Für die deutschsprachige Version liegt die interne Konsistenz (Cronbachs α) je nach untersuchter Population zwischen 0,74 (gesunde Kontroll-

personen) und 0,92 (jüngere depressive Patienten). Damit liegt eine insgesamt gute bis zufriedenstellende Reliabilität vor (Hautzinger, 1994). Die inhaltliche Validität des BDI darf trotz bestehender Kritik als hoch bewertet werden, da sechs der neun Kriterien des DSM–III–R für eine Major Depression abgebildet werden (Moran & Lambert 1983; Steer & Beck, 1985). Ein Vergleich des BDI mit anderen Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen für die depressive Symptomatik zur Beurteilung der konvergenten Validität ergab geringe bis hohe Korrelationen. Die Korrelationen zu anderen Selbstbeurteilungsskalen fielen mit Werten zwischen 0.71 und 0.89 in der Regel zufriedenstellend hoch aus. Der Zusammenhang mit der Fremdbeurteilung mittels HAMD (Hamilton, 1960) wird für die deutschsprachige Version jedoch mit nur 0,34 bis 0,37 angegeben und fällt wesentlich niedriger aus als in der US-Version (0.72–0,73) (Hautzinger et al, 1994).

Therapiebedingte Veränderungen depressiver Patienten bei Vergleich von Aufnahme- und Entlassungswerten sowie in Prozessverläufen geben einen Hinweis auf die Konstruktvalidität des Instrumentes (Hautzinger, 1993). Damit ist der BDI ein geeignetes Instrument zur Therapieprozess und -erfolgsmessung.

3.3.2.3 Das Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Das Kognitive Inventar für Borderline–Persönlichkeitsstörungen (Beisel & Schweiger, 1998) dient der Erfassung von typischen Einstellungen und Haltungen, wie sie für Patienten mit diesem Krankheitsbild charakteristisch sind. Das KIB stellt somit eine sinnvolle Ergänzung zum Fragebogen zu kognitiven Schemata (FKS, Frydrich, unveröffentlichtes Manuskript) dar, der die für die BPS spezifischen Denk- und Verhaltensmuster im Einzelnen nicht erfragt.

Der Fragebogen enthält 36 Items, die sieben Faktoren zugeordnet werden können. Jedes Item besteht aus einer Aussage zu verschiedenen Lebensbereichen und wird anhand einer fünfstufigen Skala mit den Dimensionen „Stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme vollkommen zu“ bewertet. Das folgende Beispielitem stammt aus dem Faktor „Verlassenwerden verhindern“ und erklärt den Aufgabentyp:

7. Wenn ich jemanden liebe, bin ich bereit alles zu tun, um eine Trennung zu verhindern, sogar mich unterzuordnen oder demütigen zu lassen.

(1) stimme überhaupt nicht zu
 (2) stimme eher nicht zu
 (3) neutral
 (4) stimme eher zu
 (5) stimme vollkommen zu

Zur Auswertung werden die Itemwerte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert. Dies kann für die einzelnen Faktoren sowie für alle Items (Gesamtwert) durchgeführt werden. Tabelle 3.2 zeigt die Faktoren, deren Reliabilität und bisher ermittelte Mittelwerte und Standardabweichungen einer Teilstichprobe mit der Diagnose einer BPS.

Namen der Faktoren	Itemanzahl (verkürzte Version)	Cronbachs α in verkürzter Version	BPS N =21	
			MW	SD
1. Suizidalität und Selbstverletzung	6(5)	.84	2.81	0,91
2. Misstrauen und negative Sicht der Welt und des Selbst	7(7)	.85	3,04	0,80
3. Instabilität im Selbstbild, Verhalten und Affekt	7(7)	.80	3,73	0.49
4. Verlassenwerden verhindern	4(4)	.68	3,54	0,84
5. Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen	5(4)	.78	3,00	0,99
6. Dichotomes Denken	4(3)	.60	2,40	0.83
7. Wut	3(2)	.62	3.02	0.99
Gesamtwert	36(32)	.93	3,12	0,48

Tabelle 3.2: Die Faktoren des Kognitiven Inventars für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB), BPS=Borderline-Persönlichkeitsstörung, MW=Mittelwerte; SD =Standardabweichungen

Die interne Konsistenz (Cronbach's α) lag in der Pilotstudie mit 319 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik für die einzelnen Faktoren zwischen 0.60 (Faktor 6) und 0.85 (Faktor 2) in einem guten bis zufriedenstellenden Bereich. Der Reliabilitätskoeffizient für den Gesamtwert beträgt 0.93 und kann als sehr gut bewertet werden. Die Autoren schlugen vier Items zur Selektion vor, da mangelhafte Itemkennwerte oder zu geringe Ladungen auf den Faktoren vorliegen. Sieben Faktoren klärten einen Varianzanteil von 57% auf. Ein achter Faktor bestand nur aus einem Item (Item 31). In der vorliegenden Studie wurde aber die vollständige Version verwendet, da einzelne Parameter von der Stichprobe abhängig sein können und die Teilstichprobe klein war (N=21). In dieser Studie wird der Gesamtwert als Erfolgsmaß eingesetzt.

Erste Ergebnisse hinsichtlich der differentiellen Validität des KIB wurden durch einen Mittelwertvergleich zwischen der Gruppe mit BPS (N=21) und einer Gruppe mit Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C (vermeidend-selbstunsichere, dependente, zwanghafte oder nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung) (N=23) erbracht: Für den Gesamtwert sowie für die Faktoren 1, 3, 5 und 7 lagen signifikant höhere Werte vor. Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Patienten der ersten Gruppe zu 86% mindestens noch eine weitere Persönlichkeitsstörung zeigten. Eine Messung zur konvergenten Validität zwischen SKID-II-Interviewergebnissen (N=103) und KIB ergab für die vollständige Version einen signifikanten Zusammenhang von $r=0.68$.

Insgesamt sehen die Autoren den KIB hinsichtlich seiner untersuchten Gütekriterien als vielversprechend an. In Zukunft sollte dennoch die konvergente Validität des KIB anhand einiger Studien mit größeren Stichproben besser untersucht werden.

In der vorliegenden Studie wurde die vollständige Version eingesetzt und der Gesamtwert zur Therapieerfolgsmessung herangezogen.

3.3.2.4 Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Aus Mangel an adäquaten Instrumenten zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Störung im deutschen Sprachraum übersetzten Freyberger et al. (1998) die in der internationalen Literatur am häufigsten verwendete Dissociative Experiences Scale (DES, Berstein & Putam, 1986) und adaptierten sie an deutsche Verhältnisse. Die Originalfassung erhebt anhand von 28 Items die Häufigkeit dissoziativer Phänomene in den Bereichen Gedächtnis, Kognitionen, Bewusstsein und Identität gemäß DSM-IV. Den drei ursprünglichen Faktoren des DES (Dissoziative Amnesie, Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen und Depersonalisation/Derealisation) wurden in der deutschen Fassung (FDS) 16 weitere Items zur Erfassung pseudoneurologi-

scher und anderer Symptome hinzugefügt, die gemäß ICD–10 ebenfalls als dissoziative Phänomene bewertet werden. Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) besteht demnach aus 44 Items.

In der einleitenden Instruktion wird der Patient ausdrücklich darauf hingewiesen, Episoden, in denen er unter Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten stand, unberücksichtigt zu lassen. Die dissoziativen Phänomene werden als alltägliche Erlebnisse und Erfahrungen dargestellt. Dies soll dem Probanden, der seine Erlebnisweisen bisher eventuell als sozial unerwünscht empfunden hat, eine ehrliche Antwort vereinfachen. Die Formulierungen wurden dabei so einfach wie möglich gehalten, um ein gutes Verständnis zu gewährleisten. Anhand einer elfstufigen Skala von 0% (nie) bis 100% (immer) schätzt der Patient die Häufigkeit des jeweiligen Erlebnisses ab. Das folgende Beispielimitem erläutert das Vorgehen:

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachten sie die Welt durch einen Schleier, so dass Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mir Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.										
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

Die Auswertung erfolgt durch Addition der Itemwerte und anschließende Division durch die Anzahl der Fragen. Dies wird für den Gesamtwert und die Faktorenwerte analog durchgeführt.

Für den Gesamtwert wies der FDS mit dem DES vergleichbar gute Reliabilitätswerte auf (Cronbachs $\alpha=.93$, Test-Retest-Koeffizient $=.88$). Auch die interne Konsistenz für die drei ursprünglichen Faktoren und die 16 zusätzlichen Items der deutschen Fassung kann als gut bewertet werden (Cronbachs $\alpha=.72$ bis $.85$). Neben den guten Reliabilitätsparametern besitzt der FDS eine hohe diskriminative Validität, das heißt zwischen den verschiedenen Stichproben finden sich Mittelwertunterschiede. Patienten mit einer BPS gehören beispielsweise zu einer Personengruppe, die im DES höhere Gesamtwerte (>20) erreicht. In dieser Studie soll der Gesamtwert als Instrument zur Therapievalidierung herangezogen werden.

3.3.2.5 Die zweite Version des Eating-Disorder-Inventary (EDI-II)

Anfang der 80er Jahre entwickelten Garner et al. die erste Version des Eating Disorder Inventory (Garner et al., 1983; Garner & Olmsted 1984, dt.: Thiel & Paul 1988). Das EDI setzt sich aus 64 Items zusammen, die 8 Faktoren zugeordnet werden (Schlankheitsstreben, Bulimie, körperliche Unzufriedenheit, Ineffektivität, Perfektionismus, zwischenmenschliches Misstrauen, Interozeption und Angst vor dem Erwachsenwerden). Neben der Symptomatik des pathologischen Essverhaltens bei Patientinnen mit Anorexie oder Bulimie erhebt es zudem psychologisch relevante Einstellungen und Grundüberzeugungen dieser Patientengruppe. Anfang der 90er Jahre stellte Garner eine zweite, erweiterte Version des EDI vor, in der 27 zusätzliche Items und 3 Faktoren (Askese, Impulsregulation und soziale Unsicherheit) ergänzt wurden (Garner 1991, dt.: Thiel et al. 1997). Der EDI-II ist heute weit verbreitet und wurde bereits 1993 von der American Psychiatric Association für die Forschung und klinische Beurteilung von Essstörungen empfohlen (APA, 1993).

Jedes der 91 Items besteht aus einer Aussage, die die Gefühle, Einstellungen und das Verhalten der Probanden abbilden soll. Anhand einer 6-stufigen Skala sollen die Probanden entscheiden, wie häufig diese Aussage bei Ihnen zutrifft. Das folgende Beispielitem stammt aus dem Faktor „Bulimie“:

28. Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mehr aufhören zu können.

nie	selten	manchmal	oft	normalerweise	immer
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Nach der Umpolung einzelner Items können durch Addition Summenwerte für die einzelnen Faktoren und den Gesamtwert errechnet werden. Die psychometrischen Kennwerte fallen in der Zusammenfassung der Stichproben aus anorektischen und bulimischen Patientinnen (N=71) zufriedenstellend aus (vgl. Thiel et al. 1997). Signifikante Differenzen zwischen den klinischen Stichproben und einer weiblichen Kontrollgruppe konnten nachgewiesen werden. Als Maß für den Therapieerfolg wird der Gesamtwert verwendet. Hierbei ist anzumerken, dass ein gleicher Gesamtwert aus unterschiedlichen Faktorenwerten bestehen kann (Garner 1991), was für die individuelle Therapieplanung berücksichtigt werden sollte.

3.4 Statistische Auswertung

Leider liegen nicht zu allen Messzeitpunkten die vollständigen Datensätze aller Studienteilnehmer vor. 6 Personen brachen die Therapie während der dreimonatigen Behandlungszeit ab, für die erste Katamneseuntersuchung 15 Monate nach Entlassung konnten 37 Probanden rekrutiert werden, an der zweiten Katamneseerhebung 30 Monate nach Entlassung nahmen 30 Patienten teil, unter ihnen 3, die bei der ersten Nachuntersuchung nicht erreicht werden konnten. Die Vervollständigung der Datensätze erfolgte nach dem LOCF-Verfahren (LOCF = Last Observation Carried Forward): der letzte beobachtete Wert eines Patienten wird für den fehlenden Wert eingesetzt. Dies ist eine gängige Vorgehensweise, um fehlende Werte zu ersetzen (Heitjan, 1997).

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Programmpaket „SPSS für Windows“ in der Version 12.0 (Bühl & Zöfel, 2005).

Folgende statistische Tests wurden angewendet:

- Der Friedman-Test um die mittlere Anzahl der Diagnosen für Achse-I- und Achse-II-Störungen im Verlauf beurteilen zu können
- Cochrans Q als Erweiterung des Chi-Quadrat-Tests nach McNemar für die Analyse der Diagnosehäufigkeiten zu den drei Messzeitpunkten
- Varianzanalysen mit Messwiederholungen (repeated measures ANOVA) zum Vergleich der Mittelwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten
- SPSS bietet auch in der Version 12 für Messwiederholungsfaktoren keine Möglichkeit, einen A-posteriori-Test auszuführen, um zu überprüfen, welche Zeitpunkte sich im Einzelnen signifikant voneinander unterscheiden. Im Signifikanzfall wurden deshalb paarweise T-Tests durchgeführt.
- Zwischen den Messzeitpunkten Prae und Kat2 wurde als Maß der Effektstärke das Cohens d (Cohen, 1988) berechnet. Cohen empfiehlt bei statistischen Berechnungen $d=0,2$ als einen leichten, $d=0,5$ als einen mittelstarken und $d=0,8$ für einen starken Effekt zu werten.

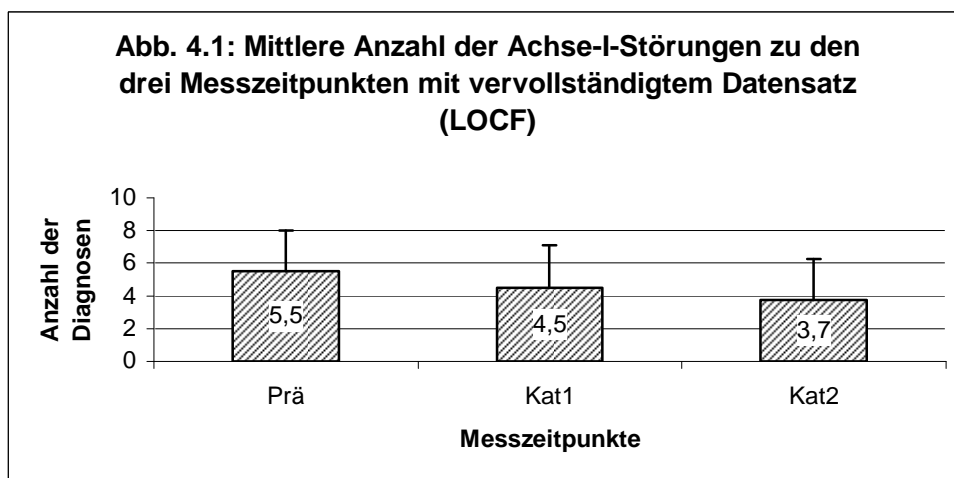
$P < 0,05$ wurde als signifikant erachtet. Der Alpha-Fehler wurde nicht angepasst. Die gesamte Datenangabe ist wegen der vorgenommenen Mehrfachvergleiche deshalb letztlich beschreibend. Entsprechend versteht sich der Terminus „signifikant“ als deskriptiver Hinweis auf Unterschiede ohne confirmatorische Absicherung.

4 ERGEBNISSE

4.1 Fremdbeurteilungsinstrumente

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den SKID-I- und SKID-II-Interviews, die der Erfassung der Achse-I- bzw. Achse-II-Störungen dienen, dargestellt. Des Weiteren werden die Resultate der Einschätzung des globalen Funktionsniveaus beschrieben.

4.1.1 Achse-I-Störungen



Das Patientenkollektiv wies zu Beginn der Studie eine hohe Komorbiditätsrate auf; zum Aufnahmezeitpunkt (Prae) erfüllten die Patienten im Durchschnitt die Kriterien für 5,5 (SD=2,5) Achse-I-Störungen nach DSM-IV. 15 Monate nach Abschluß der Therapie zum ersten Katamnese-Zeitpunkt (Kat1) sank dieser Wert um durchschnittlich eine Diagnose auf 4,5 (SD=2,6). Zum zweiten Katamnese-Zeitpunkt (Kat2) 30 Monate nach Entlassung reduzierte sich die mittlere Anzahl an Achse-I-Störungen weiter auf 3,7 (SD=2,5) Diagnosen.

Im Friedman-Test zeigte sich hierfür ein signifikanter Effekt (Chi-Quadrat=24,58; $p < 0,001$), die ANOVA für Messwiederholung ergab vergleichbare Ergebnisse.

Die Tabelle 4.1 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Achse-I-Störungen zu den drei Messzeitpunkten und die statistische Analyse dieser Daten mittels Cochrans Q.

Psychiatrische Störung	Prä (N=50)		Kat 1 (N=37)		Kat 2 (N=30)		Analyse	
	N	%	N	%	N	%	Q	p
Affektive Störungen	42	84	23	62	15	50	11,63	0,003
Major Depression	39	78	13	35	8	27	34,32	<0,001
Dysthymie	10	20	12	32	7	23	1,06	0,589
Bipolar II	2	4	3	8	2	7	2,33	0,311
Substanzabhängigkeiten	37	74	15	41	6	20	25,28	<0,001
Alkoholabusus/ -abhängigkeit	32	64	12	32	4	13	26,53	<0,001
Drogenabusus/ -abhängigkeit	20	40	7	19	3	10	8,93	0,011
Angststörungen	42	84	32	86	23	77	5	0,082
Panikstörung	15	30	14	38	7	23	2,94	0,23
Agoraphobie	1	2	2	5	4	13	3,71	0,156
Soziale Phobie	32	64	22	59	10	33	12,45	0,002
Einfache Phobie	19	38	10	27	7	23	6,53	0,038
Zwangsstörung	16	32	10	27	6	20	0,86	0,651
Posttraumatische Belastungsstörung	23	46	22	59	16	53	3,86	0,145
Generalisierte Angststörung	3	6	0	0	2	7	2	0,368
Somatoforme Störungen	12	24	4	11	3	10	3,8	0,15
Somatisierungsstörungen	6	12	4	11	2	7	1,2	0,549
Hypochondrie	5	10	2	5	1	3	4,33	0,115
Somatoforme Schmerzstörung	6	12	3	8	1	3	3	0,223
Essstörungen	29	58	21	57	13	43	10,21	0,006
Anorexia Nervosa	11	22	5	14	4	13	5,64	0,06
Bulimia Nervosa	13	26	15	41	6	20	2	0,368
Essstörung NNB	5	10	1	3	3	10	2	0,368

Tabelle 4.1: Prozentuale Häufigkeit der Achse-I-Störungen bei stationären Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vor der Behandlung mit dialektischer Verhaltenstherapie (Prä), zum ersten Katamnese-Zeitpunkt 15 Monate nach der Behandlung (Kat1) und zum zweiten Katamnese-Zeitpunkt 30 Monate nach der Behandlung (Kat 2), Analyse mittels Cochrans Q für den vervollständigten Datensatz (LOCF); $df=2$ für alle Angaben; signifikante Verläufe fettgedruckt, Tendenzen kursiv

Die affektiven Störungen konnten im Verlauf signifikant reduziert werden ($Q=11,63$; $p=0,003$). Zum zweiten Katamnese-Zeitpunkt 30 Monate nach Entlassung litt nur noch die Hälfte des Patientenkollektivs (50%) unter einer solchen Störung, wohingegen zu Beginn der Therapie bei 84% der Patienten eine affektive Störung diagnostiziert werden musste; v.a. die Major Depression konnte in ihrem Auftreten deutlich verringert werden ($Q=34,32$; $p<0,001$), eine dezente Zunahme der Dysthymie steht dem gegenüber.

Für die Substanzabhängigkeiten/-missbrauch ergab sich eine signifikante Verminderung ($Q=25,28$; $p<0,001$): Bei Aufnahme waren noch 74% davon betroffen, im Verlauf konnte die Abhängigkeitsrate unter den Patienten auf 20% reduziert werden (Kat2). Dieser Effekt stellte sich v.a. bei Alkoholabusus/-abhängigkeit dar ($Q=26,53$; $p<0,001$), aber auch für Drogenabusus/-abhängigkeit zeigte sich ein signifikanter Verlauf ($Q=8,93$; $p=0,011$).

Betrachtet man die Angststörungen insgesamt, so zeigte sich ein Trend der Besserung ($Q=5$; $p=0,082$). Für die soziale Phobie ($Q=12,45$; $p=0,002$) wie auch für die spezifischen Phobien ($Q=6,53$; $p=0,038$) ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten. Die soziale Phobie konnte im Patientenkollektiv in ihrem Ausmaß sogar fast halbiert werden (von 64% bei Prae zu 33% bei Kat2). Für die übrigen Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung und Generalisierte Angststörung) zeigten sich keine signifikanten Effekte.

Bei den somatoformen Störungen ließen sich keine Signifikanzen bzw. Tendenzen erkennen. Auch für die Essstörungen konnte die Diagnosehäufigkeit im Verlauf signifikant gesenkt werden ($Q=10,21$; $p=0,006$). Hierbei zeigte sich für die Anorexia nervosa ein Trend der Verbesserung ($Q=5,65$; $p=0,06$), die Bulimia nervosa verringerte sich nur leicht und zeigte, wie auch die Essstörung NNB (nicht näher bezeichnet), keine signifikanten/ tendenziellen Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten.

4.1.2 Achse-II-Störungen

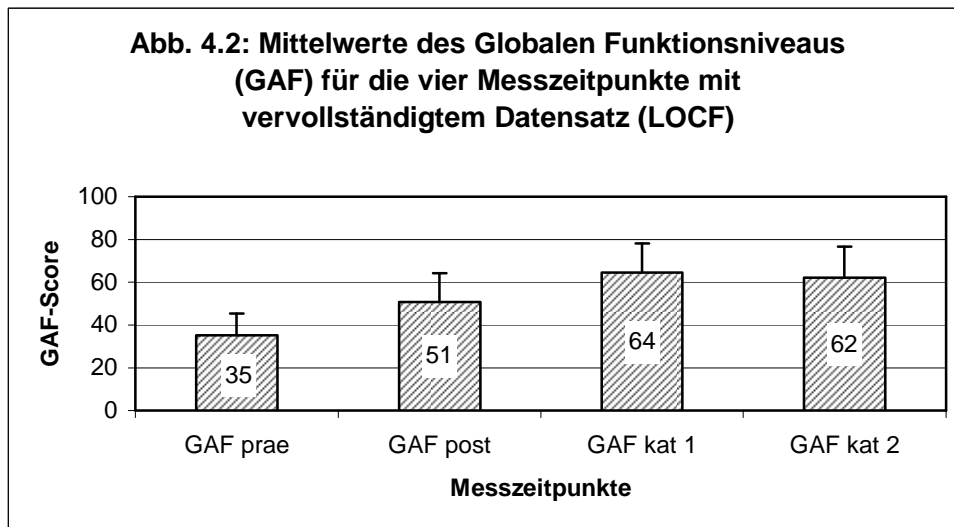
Zur Diagnostik der BPS wurde das SKID-II-Interview eingesetzt. Zu Beginn der Studie erfüllten alle Studienteilnehmer die Kriterien für eine BPS gemäß DSM-IV. 15 Monate nach Entlassung traf dies nur noch für 92% des Studienkollektivs zu. Zum zweiten Katamnesezeitpunkt musste die Diagnose einer BPS lediglich bei 83% der Patienten gestellt werden. Die statistische Analyse mittels Cochrans Q zeigt eine signifikante Verminderung der BPS im Katamneseverlauf ($Q=11,14$, $p=0,004$).

Auch die übrigen Persönlichkeitsstörungen wurden mithilfe des SKID-II-Interviews erhoben, aufgrund eines Messfehlers bei der ersten Katamneseerhebung war eine statistisch sinnvolle Auswertung jedoch nicht möglich. Die Tabelle 4.2 zeigt die Ergebnisse zu den anderen zwei Messzeitpunkten:

Psychiatrische Störung	Prä (N=50)		Kat 2 (N=30)	
	N	%	N	%
Borderline PKS	50	100	25	83
Cluster A	6	12	4	13
Paranoide PKS	4	8	2	7
Schizoide PKS	2	4	2	7
Schizotypische PKS	2	4	1	3
Cluster B (ohne BPS)	4	8	1	3
Antisoziale PKS	2	4	1	3
Histrionische PKS	0	0	0	0
Narzißtische PKS	2	4	0	0
Cluster C	32	64	18	60
Selbstunsichere PKS	26	52	16	53
Dependente PKS	9	18	6	20
Zwanghafte PKS	11	22	5	17
Negativistische PKS	5	10	1	3

Tabelle 4.2: Prozentuale Häufigkeit der Achse-II-Störungen bei stationären Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vor der Behandlung mit dialektischer Verhaltenstherapie (Prä) und zum zweiten Katamnese-Zeitpunkt 30 Monate nach der Behandlung (Kat 2)

4.1.3 Die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus



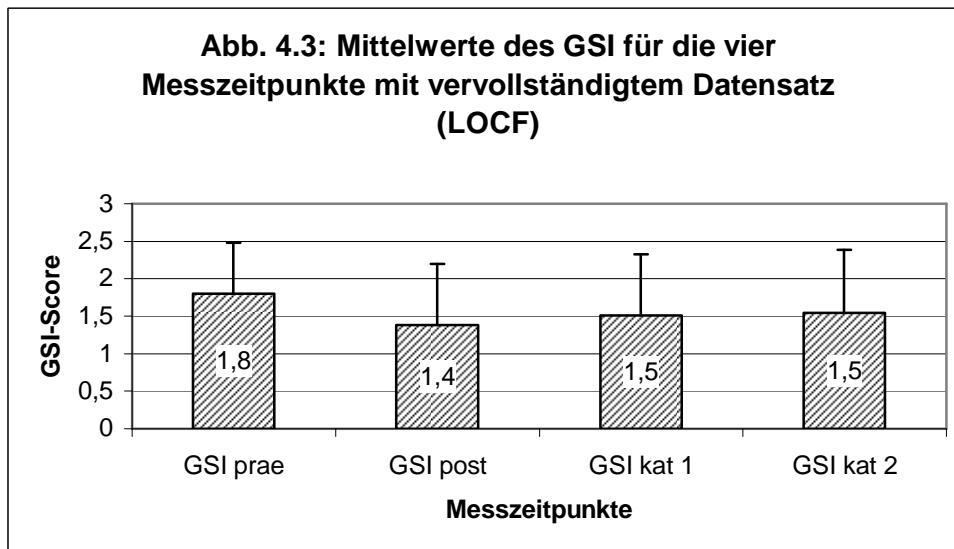
Wie aus Abbildung 4.2 ersichtlich wurde das psychosoziale Funktionsniveau zu Beginn der Therapie mit einem relativ niedrigen Mittelwert von 35 eingeschätzt. Schon unmittelbar nach der Therapie stieg dieser Wert auf 51. Zum ersten Katamnesezeitpunkt nach 15 Monaten fand sich ein noch höherer Wert von 64, nach 30 Monaten fiel das GAF geringfügig auf einen Wert von 62 ab.

In der Varianzanalyse für Messwiederholungen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Messzeitpunkten ($F=86,05$, $p<0,001$). In den im Anschluss durchgeführten T-Tests lassen sich für alle Paare bis auf GAF kat1 versus GAF kat2 hochsignifikante Effekte zeigen ($p<0,001$). Die Effektstärke d für GAF prae und GAF kat2 beträgt 2,16.

4.2 Selbstbeurteilungsinstrumente

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse, die mit Hilfe von Selbstbeurteilungsinstrumenten untersucht wurden, dargestellt werden. Hierzu zählen der Verlauf der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität, die Ausprägung von Borderline-typischen Kognitionen und Essstörungen sowie das Ausmaß der Dissoziation.

4.2.1 Der Verlauf der allgemeinen Symptombelastung



Als Indikator für die allgemeine Belastung infolge psychischer und körperlicher Beschwerden wurde der Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R eingesetzt. Zum Zeitpunkt Prae lag dieser bei einem Wert von 1,8 und reduzierte sich im Therapieverlauf deutlich, stieg zu den Katamnesezeitpunkten Kat1 und Kat2 jedoch wieder leicht an, blieb aber während des gesamten Verlaufes deutlich unter dem Ausgangsniveau (siehe Abb. 4.3).

Dieser Effekt stellte sich beim Vergleich der Mittelwerte mittels Varianzanalyse als signifikant dar ($F=6,77$; $p=0,001$).

Der T-Test für abhängige Stichproben zeigte für alle drei Paare mit GSI prae ein signifikantes Ergebnis, dabei nimmt das Signifikanzniveau von GSI prae versus GSI post ($T=2,58$; $p<0,001$) zu GSI prae versus GSI kat2 ($T=4,51$; $p=0,013$) ab. Als Effektstärke erhält man für GSI prae und GSI kat2 $d=0,34$.

4.2.2 Der Verlauf der Depressivität

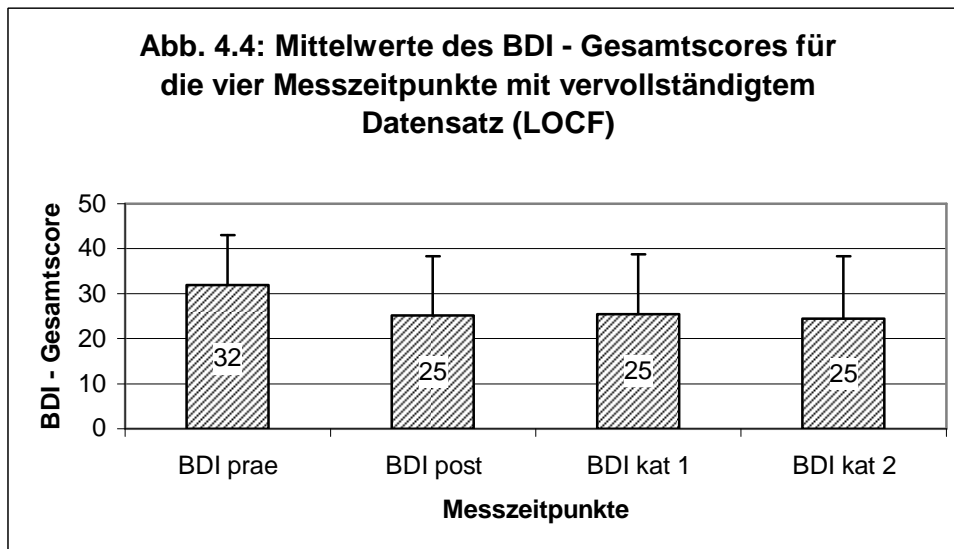
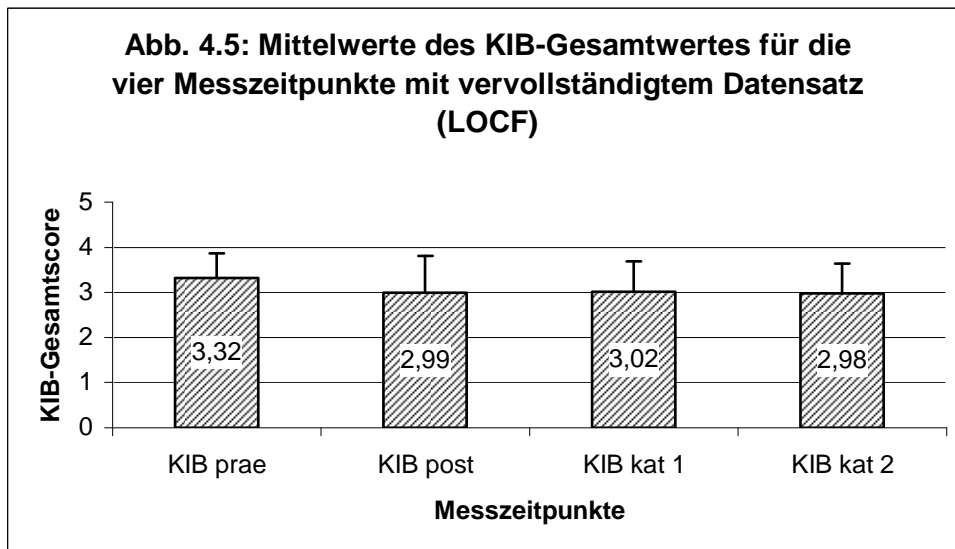


Abbildung 4.4 zeigt den Verlauf der Depressivität anhand der Mittelwerte des BDI-Gesamtscores zu den vier Messzeitpunkten. Der hohe Wert zu Beginn der stationären Therapie (32) reduzierte sich im Verlauf deutlich.

In der ANOVA mit Messwiederholung zeigte sich ein signifikanter Effekt des Faktors Zeit ($F=8,11$; $p<0,001$).

Der T-Test für gepaarte Stichproben war für BDI prae versus BDI post, BDI kat1 und BDI kat2 jeweils hochsignifikant ($p<0,001$). Dabei ergab die Effektstärke zwischen BDI prae und BDI kat2 $d=0,6$.

4.2.3 Die Ausprägung der Borderline-typischen Kognitionen im Verlauf



Zur Erfassung der Ausprägung von typischen Einstellungen und Haltungen, wie sie für Patienten mit BPS charakteristisch sind, diente der KIB-Gesamtwert, dessen Verlauf in Abbildung 4.5 dargestellt ist.

Der Ausgangswert von 3,32 konnte im Therapieverlauf gesenkt werden und schwankte zu den drei Messzeitpunkten nach Therapie um den Wert 3.

Die Varianzanalyse für gemischt-abhängige Stichproben war auf dem Niveau von $p < 0,01$ signifikant.

Paarte man KIB prae im T-Test jeweils mit den Mittelwerten zu den drei anderen Messzeitpunkten, so ergab sich bei allen drei Paaren eine signifikante Veränderung ($p < 0,01$). Die Effektstärke d zwischen KIB prae und KIB kat2 beträgt 0,56.

4.2.4 Das Ausmaß der Dissoziation im Verlauf

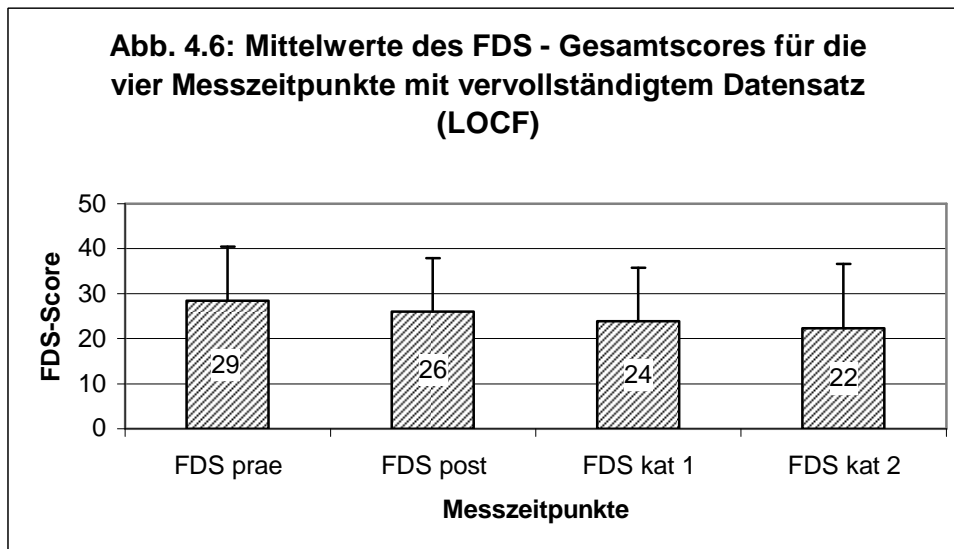
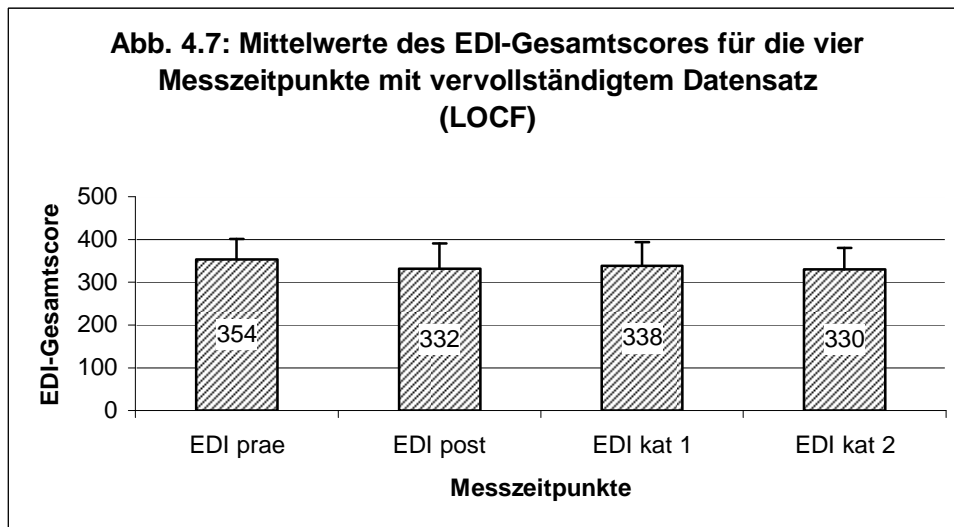


Abbildung 4.6 stellt das Ausmaß der Dissoziation im Verlauf anhand der Mittelwerte des FDS-Gesamtwertes zu den vier Messzeitpunkten dar. Zum Zeitpunkt Prae zeigte das Studienkollektiv einen hohen Wert (29), dieser nahm im Verlauf kontinuierlich ab.

Die ANOVA mit Messwiederholung lieferte für den Faktor Zeit ein signifikantes Ergebnis ($F=5,57$; $p=0,002$).

Für die T-Tests für gepaarte Stichproben ergaben sich bei allen Paaren mit FDS prae signifikante Unterschiede, dabei nahm das Signifikanzniveau von FDS prae versus FDS post ($T=2,03$; $p=0,048$) zu FDS prae versus FDS kat2 ($T=3,93$; $p<0,001$) zu. Auch für die Paare FDS post versus FDS kat1 und FDS kat2 zeigten sich signifikante Effekte. Das Cohens d, als Maß der Effektstärke, betrug für FDS prae und FDS kat2 0,47.

4.2.5 Die Ausprägung von Essstörungen im Verlauf



Der EDI-II-Gesamtwert wurde zur Abschätzung des Ausmaßes von gestörtem Essverhalten eingesetzt. In Abbildung 4.7 lässt sich der Verlauf über die vier Messzeitpunkte beobachten: Anfangs zum Messzeitpunkt Prae ergab sich für die Stichprobe ein Wert von 354. Nach Beendigung der Therapie lag dieser mehr als 20 Punkte tiefer, nahm aber im Anschluss wieder leicht zu (bei Kat1 338) und fiel 30 Monate nach dem stationären Aufenthalt auf seinen tiefsten Wert (330).

Beim Vergleich der Mittelwerte zeigte die ANOVA für Messwiederholungen ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Zeit ($F=6,99$; $p=0,001$). Bei Durchführung der T-Tests für gepaarte Stichproben ergaben sich für alle Paare mit EDI prae signifikante Resultate ($p<0,01$). Für die Effektstärke zwischen EDI prae und EDI kat2 erhält man $d=0,49$.

4.3 Der Einfluss von komorbiden Störungen auf den Therapieerfolg

Zur Identifizierung möglicher Prädiktoren wurde der Einfluss von komorbiden Störungen auf den Therapieerfolg untersucht. Als Maß für den Therapieerfolg wurde der Global Severity Score des SCL-90-R eingesetzt. Untersucht wurde dabei der Einfluss von affektiven Störungen, Substanzabhängigkeiten, Angststörungen und Essstörungen auf den Therapieerfolg bzw. auf die Verbesserung des GSI-Gesamtwertes. Für keine dieser Diagnosegruppen konnte jedoch eine Gruppeninteraktion festgestellt werden.

5 DISKUSSION

5.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Komorbidität

Die in dieser Arbeit untersuchte Stichprobe wies zu Beginn der Therapie eine hohe Komorbiditätsrate für andere psychiatrische Erkrankungen auf. Die mittlere Anzahl der Achse-I-Störungen betrug 5,5 (SD=2,5) Diagnosen und lag damit deutlich über den von Zimmerman & Mattia (1999) in einem ambulanten Kollektiv gemessenen 3,4 (SD=1,5) Diagnosen. Im Katamneseverlauf konnte die Anzahl der Diagnosen zwar signifikant gesenkt werden (auf 3,7 (SD=2,5) zu Kat 2), blieb jedoch weiterhin über dem von Zimmerman & Mattia (1999) beschriebenen Wert. Diese Zahlen verdeutlichen, dass die von uns untersuchten Patienten stark beeinträchtigt waren.

Dies zeigt sich auch beim Vergleich der prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Störungen der eigenen Stichprobe zu Therapiebeginn mit den in anderen Studien erhobenen Lebenszeitprävalenzen (Zanarini et al., 1998a; Zimmerman & Mattia, 1999): Unterschiede ergaben sich v. a. bei der sozialen Phobie, die im Studienkollektiv (64%) deutlich häufiger diagnostiziert werden musste als in der Literatur beschrieben (23-47%). Auch Substanzabhängigkeiten kamen im Studienkollektiv mit 74% im Vergleich zu ca. 65% bei Zanarini et al. (1998a) vermehrt vor, dabei stand v.a. Alkoholabusus/-missbrauch im Vordergrund, wohingegen Drogenabusus/-missbrauch in vergleichbaren Größenordnungen diagnostiziert wurde. Außerdem fand sich in der eigenen Stichprobe eine erhöhte Komorbiditätsrate für Essstörungen (58% gegenüber 29-53% in der Literatur). Die höhere Inzidenz von Essstörungen könnte auf eine Präselektion durch das speziell dafür entwickelte Therapieangebot in Lübeck zurückzuführen sein. Für die restlichen Diagnosegruppen ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Über den Katamneseverlauf hinweg zeigte sich ein deutlicher Rückgang der Häufigkeit von einzelnen komorbiden Störungen. Eine signifikante Reduktion lies sich im Bereich der affektiven Störungen (v.a. bei der Major Depression), bei den Substanzabhängigkeiten und bei den Essstörungen verzeichnen. Die Angststörungen insgesamt nahmen tendenziell ab, wobei sich für die Untereinheiten der sozialen und der spezifischen Phobie auch signifikante Verläufe ergaben.

Auch die Anzahl der Patienten, die die Kriterien für eine BPS gemäß DSM-IV erfüllten, nahm im Katamneseverlauf ab. Dieser Rückgang ist zwar signifikant, aber v.a. verglichen mit den Daten von Zanarini et al. (2003) eher gering. Eine Ursache hierfür könnte darin liegen, dass die eigene Stichprobe aus stark beeinträchtigten Patienten mit hoher psychiatrischer Komor-

bidität bestand. Die aktuellen Komorbiditätsdaten zu Beginn unserer Studie lagen zum größten Teil im Bereich der von Zanarini et al. (1998a) angegebenen Lebenszeitprävalenzen oder darüber. Leider fehlen weitere Daten zum Vergleich.

Im Studienverlauf zeigte sich, dass die Veränderungen im Bereich der Komorbidität größer waren als die Abnahme der BPS selbst. Möglicherweise zeigen sich bei einem so stark beeinträchtigten Patientengut Verbesserungen zunächst im Bereich der komorbiden Störungen, wohingegen sich die BPS-Symptomatik als rigider erweist. Des Weiteren ist es wichtig zu beachten, dass zwischen der Borderline-Symptomatik und den komorbiden Störungen deutliche Überlappungen bestehen. Wird also das Ausmaß komorbider Störungen wie beispielsweise Ess- oder Substanzstörungen gemindert, so sollte auch die Schwere der Borderline-typischen Symptomatik abnehmen, auch wenn die Kriterien der BPS gemäß DSM-IV noch weiter erfüllt werden. Gleiches gilt für das Ausmaß der Dissoziation, dass in unserer Studie ebenfalls deutlich abnahm. Eine weitere Ursache für die Diskrepanz könnte darin bestehen, dass die Behandlung in der DBT streng nach hierarchischer Ordnung erfolgt. Hierbei ist die besondere Fokussierung auf Essstörungen zu nennen, aber auch andere komorbide Störungen (z.B. Alkohol- und Drogenmissbrauch, Angststörungen und affektive Störungen) nehmen einen hohen Stellenwert ein, sodass zunächst diese Problembereiche bearbeitet werden.

So zieht beispielsweise ein missbräuchlicher Konsum von Alkohol oder Drogen während der Behandlung umgehend eine verhaltensanalytische Bearbeitung der konkreten Situation nach sich. Diese Bearbeitung hat zum Ziel, dass die Patienten in einer ähnlichen Situation in der Zukunft zur Spannungsreduktion auf bereits erlernte, alternative Verhaltensweisen („skills“) zurückgreifen. Die Bearbeitung anderer Themen wird gemäß der Hierarchisierung der Therapieziele zunächst zurückgestellt.

Zur Behandlung komorbider Angststörungen und zur Förderung des Selbstmanagements wurden zusätzlich zu den vier ursprünglichen DBT-Modulen weitere Module in die Gruppentherapie integriert. Die sozialen Kompetenz und das Selbstwertgefühl der Patienten sollen auf diese Weise gesteigert werden. Auch in der Einzeltherapie finden diese Ziele besondere Beachtung. Eine Verminderung im Bereich der Angststörungen und v. a. die signifikante Abnahme der sozialen Phobie können durch die spezifische Behandlung dieser Störungen durch Gruppen- und Einzeltherapie sowie durch individuelles Expositionstraining erklärt werden.

Es ist zu diskutieren, ob auch andere nicht unmittelbar auf die DBT-Therapie zurückzuführende Faktoren Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung nehmen.

Für solche unspezifischen Einflussfaktoren sprechen die Ergebnisse, die Zanarini et al. (2003, 2004a) in ihrer Katamneseerhebung über sechs Jahre zum Verlauf der BPS fanden: Für die BPS selbst und für viele Achse-I-Störungen zeigten sich mit der Zeit abnehmende Häufigkeitsraten. Vor allem bei der Gruppe von Patienten, die zu späteren Messzeitpunkten nicht mehr die Kriterien für eine BPS laut DSM-III-R erfüllten, sank die Häufigkeit komorbider Achse-I-Störungen deutlich. Hierbei sind jedoch einige Punkte zu beachten:

Zanarini et al. (2003, 2004a) setzten vielfach den Begriff der „Remission“ der BPS ein. Dieser Begriff wird in der Persönlichkeitsforschung kontrovers diskutiert und wurde daher in der vorliegenden Studie nicht verwendet.

Die Kriterien, die zur Diagnostik der BPS eingesetzt wurden, waren in beiden Arbeitsgruppen unterschiedlich. Wir verwendeten die Kriterien gemäß DSM-IV, Zanarini et al. (2003,2004a) dagegen die des DSM-III-R. Im DSM-III-R wird das neunte Kriterium (vorübergehende paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome) des DSM-IV nicht beurteilt.

Es bleibt unklar, ob Zanarini et al. (2004a) für die Baseline-Untersuchung aktuelle oder lifetime-Diagnosen verwendeten. Die für die Baseline-Untersuchung angegebenen Zahlen ähneln stark den von Zanarini et al. in einer anderen Studie (1998a) erhobenen Lebenszeitprävalenzen. Die Verwendung von Lebenszeitprävalenzen würde höhere Ausgangskomorbiditätsraten verursachen.

Die Art der Therapie im Beobachtungszeitraum wurde bei Zanarini et al. (2003) nur in ambulante (Einzel-, Gruppen- oder Paar-/ Familientherapie und Selbsthilfegruppen) und intensivere Therapien (day treatment, teilstationär, stationär) unterteilt, über die Ausrichtung der Therapieformen wurde nicht berichtet. Zu Beginn der Studie befanden sich alle 290 Patienten in stationärer Behandlung, 264 Patienten (91%) erhielten über die follow-up-Zeit nicht näher spezifizierte Form von Therapie, sodass man nicht von einem spontanen Verlauf ausgehen kann.

Des Weiteren bleibt unklar, ob die Stichprobe von Zanarini et al. (2003, 2004a) ebenso stark beeinträchtigt war wie das Kollektiv der vorliegenden Studie.

Generell blieben die Komorbiditätsraten im Kollektiv von Zanarini et al. (2003, 2004a) aber hoch, insbesondere bei affektiven und Angststörungen. Beim Vergleich der vorliegenden 30-Monats-Katamnese mit der 4-Jahres-Erhebung von Zanarini et al. (2004a) zeigte sich v.a. im Bereich der affektiven Störungen und der Angststörungen in der eigenen Stichprobe ein deutlich besserer Verlauf.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine Abnahme der komorbiden psychischen Störungen sowie eine Minderung der Borderline-typischen Symptomatik selbst nach Beendigung der stationären DBT-Therapie in Lübeck. Wegen fehlender Kontrollgruppen ohne Behandlung nach dem Konzept der DBT lassen sich die Effekte aber nicht zwingend mit dieser Behandlung begründen. Unspezifische Effekte der stationären Therapie sowie Medikamenten-Effekte können hierbei zudem eine Rolle spielen.

Die Verbesserungen konnten über einen längeren Zeitraum von 30 Monaten nach Entlassung beibehalten bzw. sogar noch ausgebaut werden. Dies kann als anhaltender Therapieerfolg der DBT, als Konsequenz weiterer Behandlungen im Katamnesezeitraum oder als Spontanverlauf interpretiert werden.

Die übrigen Persönlichkeitsstörungen, die im DSM-IV auf der Achse-II genannt werden, wurden ebenfalls erfasst. Aufgrund eines Messfehlers zur ersten Katamneseerhebung konnte jedoch keine adäquate statistische Analyse erfolgen, so dass diese Werte nicht mit der Verlaufstudie von Zanarini et al. (2004b) zur Achse-II-Komorbidität ins Verhältnis gesetzt werden können.

5.2 Der Verlauf des psychosozialen Funktionsniveau

Verschiedene Studien zeigen, dass das psychosoziale Funktionsniveau von Patienten mit BPS eher gering ist (Skodol et al., 1983, 2002b). Dies traf auch für die von uns untersuchte Stichprobe zu. Im Katamneseverlauf konnte das psychosoziale Funktionsniveau deutlich gesteigert werden.

Linehan et al. (1994) und Zanarini et al (2005) berichten über ein geringfügig besseres Funktionsniveau ihrer Kollektive zu Beginn ihrer Studien. Das psychosoziale Ausgangsniveau in der DBT-Gruppe bei Bohus et al. (2004) lag um fast 15 Punkte höher als das unserer Patienten.

Bei Entlassung entsprach das Funktionsniveau der von uns untersuchten Stichprobe dem der Experimentalgruppe von Linehan et al. (1994) nach einjähriger ambulanter DBT-Therapie. Der Anstieg der GAF-Wert für das stationäre DBT-Kollektiv von Bohus et al. (2004) lag nach Therapieende etwa in derselben Größenordnung. Dies zeigt auch ein Vergleich der Effektstärken: In unserer Vorläuferstudie (Kröger et al., 2006) ergibt sich beim Prae-Post-Vergleich

nur eine unwesentlich höhere Effektstärke als in der Studie von Bohus et al. (2004) (1,33 vs. 1,21). Insgesamt spricht die Höhe der Effektstärken für einen sehr starken Effekt (Cohen, 1988).

Die Effektstärke für GAF prae und GAF kat2 ist mit 2,16 sehr hoch, v.a. im Vergleich mit den Effektstärken in der Selbstbeurteilung, die zwischen 0,34 und 0,6 liegen. Hierbei bleibt zu bedenken, dass die Einschätzung des GAF durch eine Art „therapeutischen Optimismus“ einer Verzerrung in den positiven Bereich erlegen sein könnte. Andererseits neigen aber viele Patienten mit BPS dazu, eigene Fortschritte und Erfolge zu bagatellisieren oder sehr gering einzuschätzen. Zudem erhoffen sich viele Patienten durch Angabe schwerer Beeinträchtigungen, ein vermehrtes Maß an Zuwendung und Aufmerksamkeit. Dies kann in der Selbstbeurteilung zu einer negativen Einschätzung führen. Die Beurteilung des globalen Funktionsniveaus von therapeutischer Seite ist vor diesem Hintergrund ein wesentlicher Aspekt bei der Gesamteinschätzung des Therapieergebnisses.

Nur wenige Studien beschreiben den Langzeitverlauf des psychosozialen Funktionsniveaus bei Patienten mit BPS.

Bohus et al. erheben derzeit die Follow-up-Daten zu ihrer Studie von 2004.

In der Follow-up-Studie von Linehan et al. (1993) fehlten die Ausgangswerte, die GAF-Werte der 1-Jahres-Erhebung stimmen in etwa mit unseren Befunden zu Kat1 überein.

Zanarini et al. (2005) beobachteten in einer prospektiven Follow-up-Studie über 6 Jahre das psychosoziale Funktionieren von Patienten mit BPS. Sie geben einen Ausgangswert (ca. 40) für das GAF an, der nur geringfügig über dem unserer Patienten zu Beginn der Therapie lag, und beschreiben, dass die Patienten sich bezüglich ihrer psychosozialen Fähigkeiten mit der Zeit deutlich verbesserten, führen jedoch keine absoluten GAF-Werte im Verlauf an. Die Angaben beschränken sich darauf, wie viele der Patienten zum jeweiligen Messzeitpunkt einen GAF-Score im guten Bereich (>60) erreicht hatten. Nach 4 Jahren traf dies auf knapp ein Drittel der beobachteten Patienten zu, über die gesamte Follow-up-Zeit von 6 Jahren waren es etwa 33%. Im von uns untersuchten Studienkollektiv erfüllten bereits 30 Monate nach Beendigung der Therapie 44% der Patienten diese Auflage. Zudem lag der Mittelwert zu diesem Zeitpunkt bereits über der Marke von 60 Punkten.

5.3 Der Verlauf der allgemeinen Symptombelastung

Zur Messung der allgemeinen Symptombelastung wurde der Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R eingesetzt. Zu Beginn der Therapie lag der GSI mit einem Wert von 1,8 sehr hoch und spiegelte somit die starke Beeinträchtigung des Studienkollektivs durch körperliche und psychische Symptome wider. Im Therapieverlauf reduzierte sich der GSI deutlich auf 1,4, stieg zu den Katamnesezeitpunkten Kat1 und Kat2 wieder leicht an, blieb aber während des gesamten Beobachtungszeitraums signifikant unter dem Ausgangsniveau. Die Effektstärke für GSI prae und GSI kat2 zeigt mit $d=0,34$ nach Cohen (1988) einen leichten Effekt an.

Im Vergleich zur ersten Untersuchung der DBT im stationären Setting (Bohus et al., 2000) zeigt sich ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Symptombelastung: Das von uns untersuchte Kollektiv zeigte einen deutlich höheren GSI-Wert als das Kollektiv von Bohus et al. (2000). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in der Studie von Bohus et al. (2000) u. a. Patientinnen mit komorbider Substanzabhängigkeit ausgeschlossen wurden. In der zweiten Untersuchung von Bohus et al. (2004) ergaben sich im Prae-Post-Vergleich ähnliche Ergebnisse bezüglich des GSI wie in der vorliegenden Studie. Katamnesedaten liegen für dieses Kollektiv jedoch noch nicht vor, so dass mögliche Unterschiede im Langzeitverlauf noch nicht diskutiert werden können.

Teilstationäre Patientinnen, denen eine psychodynamische Behandlung zuteil wurde, zeigten schwerere Beeinträchtigungen, sowohl zu Beginn der Therapie als auch zum Entlassungszeitpunkt (Bateman & Fonagy 1999). Bei der Katamneseerhebung 18 Monate nach Entlassung (Bateman & Fonagy, 2001) war die allgemeine Symptombelastung der teilstationär behandelten Patienten allerdings geringer als die des Studienkollektivs zu Kat2.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die allgemeine Symptombelastung im Studienkollektiv nach der DBT in Lübeck deutlich gesenkt werden konnte und über den Beobachtungszeitraum von 30 Monaten nach Beendigung der stationären Therapie relativ konstant blieb.

5.4 Der Verlauf der Depressivität

Die depressive Symptomatik und ihr Verlauf wurden mit dem BDI erhoben. Zu Beginn der Therapie zeigte das von uns untersuchte Studienkollektiv mit 32 Punkten einen sehr hohen Mittelwert für den BDI-Gesamtscore. Bei Werten von über 27 Punkten ist von einer klinisch manifesten, schweren Depression auszugehen (Beck et al., 1979; dt.: Hautzinger et al., 1994). Die hohen Komorbiditätsraten der BPS mit affektiven Störungen, v.a. mit der Major Depres-

sion, machen diesen hohen Mittelwert plausibel. Der BDI-Gesamtscore reduzierte sich im Therapieverlauf signifikant auf 25 Punkte und blieb während des gesamten Katamneseverlaufes konstant bei diesem Wert. Die Effektstärke von BDI prae und BDI kat2 ergibt mit 0,6 einen mittelstarken Effekt (Cohen, 1988).

In den Studien von Bohus et al. (2000, 2004) lag der BDI-Gesamtwert zu Beginn der Therapie etwa in derselben Höhe wie in der vorliegenden Untersuchung. Auch in diesen Studien zeigte sich im Therapieverlauf eine hochsignifikante Reduktion der depressiven Symptomatik. Das Kollektiv von Bateman & Fonagy (1999) wies einen noch höheren BDI-Gesamtscore zu Beginn der Therapie auf, der nach 18 monatiger, teilstationärer Behandlung vermindert werden konnte und auch danach in der sich anschließenden Katamneseuntersuchung (Bateman & Fonagy, 2001) weiter absank.

In allen Stichproben, einschließlich der eigenen, blieb der BDI-Summenwert trotz eindeutiger Reduktion im Laufe der angewandeten Therapien zu allen Messzeitpunkten über einem Gesamtwert von 18 Punkten. Dieser Wert markiert entsprechend der Auswertungskriterien des BDI (Beck et al., 1979, dt.: Hautzinger et al., 1994) die Schwelle zur klinisch relevanten Depression. Dennoch ist die Verminderung der depressiven Symptomatik, die sich auch in den deutlich abnehmenden Komorbiditätsraten für die affektiven Störungen (insbesondere für die Major Depression) zeigte, ein wesentlicher Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität für Patienten mit BPS.

5.5 Die Ausprägung der Borderline-typischen Kognitionen im Verlauf

Die Ausprägung von typischen Einstellungen und Haltungen, wie sie für Patienten mit BPS charakteristisch sind, wurden mit dem KIB-Gesamtwert erfasst. Im Therapieverlauf konnte der KIB-Gesamtscore deutlich gesenkt werden und blieb während des gesamten Katamneseverlaufes mit leichten Schwankungen konstant. Die Effektstärke d zwischen KIB prae und KIB kat2 entspricht mit 0,56 einem mittelstarken Effekt (Cohen, 1988).

Zu diesen Befunden liegt keine Literatur zur Gegenüberstellung vor, sodass diese Ergebnisse nur mit der Normierungsstichprobe verglichen werden können. Die Ausprägung störungsspezifischer Einstellungen und Haltungen ist im von uns beobachteten Studienkollektiv etwas stärker ausgebildet als bei den von Schweiger & Beisel (1998) untersuchten Patientinnen mit BPS, die für den KIB-Gesamtscore einen Mittelwert von 3,1 aufwiesen.

Der KIB dient der Erhebung von borderline-typischen Problembereichen, die in der DBT behandelt werden sollen. Die Verringerung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten

steht hierbei an oberster Stelle der Zielhierarchie. Die Stabilisierung des Selbstbildes sowie die Steigerung der Selbstachtung, ein Abbau von dichotomen Denkmustern und eine bessere Emotionsregulation, beispielsweise im Umgang mit Wut, stellen zudem wichtige Ziele im Therapiekonzept dar. Es ist zu vermuten, dass eine Verbesserung in diesen Bereichen auf die Anwendung der speziell dafür entwickelten Therapieform, der DBT, zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse sprechen zudem dafür, dass die erlernten Kognitionen und Verhaltensweisen über einen längeren Zeitraum von 30 Monaten beibehalten werden konnten.

5.6 Das Ausmaß der Dissoziation

Der FDS dient der Erfassung des Ausmaßes dissoziativer Phänomene. Stichproben von Patienten mit BPS zeigen im FDS hohe Gesamtwerte (>20) (Freyberger et al., 1998; Spitzer et al., 2000). Dies traf auch auf die in dieser Arbeit untersuchte Stichprobe zu, deren FDS-Gesamtscore zu Beginn der Therapie bei 29 lag. Dieser Wert nahm im Verlauf der Therapie signifikant ab und reduzierte sich auch nach Abschluss der Therapie kontinuierlich weiter bis auf 22 zu Kat2. Die Effektstärke d für FDS prae und FDS kat2 spricht mit fast 0,5 für einen moderaten Effekt (Cohen, 1988).

Die Ausprägung dissoziativer Phänomene in der von uns beobachteten Stichprobe war zu Beginn der Therapie höher als in den Kollektiven von Bohus et al. (2000, 2004). In beiden Studien von Bohus et al. (2000, 2004) ergab sich wie im Studienkollektiv eine deutliche Reduktion der dissoziativen Symptomatik nach Abschluss der stationären DBT-Therapie. In der aktuellen Literatur finden sich keine Studien, die den Langzeitverlauf dissoziativer Phänomene bei Patienten mit BPS erheben.

In den Einzel- und Gruppentherapien werden in der DBT fortlaufend spezielle Strategien und Fertigkeiten („skills“) vermittelt, die dem Verfallen in dissoziative Zustände vorbeugen sollen. Durch die Unterstützung des Pflegepersonals wird die konkrete Umsetzung dieser Strategien in den Stationsalltag integriert. Den Patienten soll eine Art „individueller Werkzeugkoffer“ mit wirkungsvollen Maßnahmen und Methoden an die Hand gegeben werden, mit dem sie sich vor der Entstehung dissoziativer Zustände schützen können. Die vorliegenden Ergebnisse lassen vermuten, dass die Patienten diese Strategien in hohem Maße auf relevante Alltagssituationen umsetzten und antidissoziative Techniken nachhaltig in ihr Leben integrieren konnten. Eine Abnahme der dissoziativen Symptomatik vereinfacht das Knüpfen und Erhalten sozialer Kontakte, weitet den Aktionsradius der Betroffenen und führt zu einer Steigerung des Selbstwertgefühles. Dies ist für die Verbesserung der Lebensqualität von entscheidender Be-

deutung. Zudem sind dissoziative Zustände mit Anspannung und Selbstverletzung hoch korreliert (Shearer, 1994; Brodsky et al., 1995; Kemperman et al., 1997), sodass eine Reduktion dieser Zustände auch eine Abnahme von selbstverletzenden Handlungen nach sich ziehen sollte.

5.7 Die Ausprägung von Essstörungen im Verlauf

Der EDI-II-Gesamtwert wurde zur Abschätzung des Ausmaßes von gestörtem Essverhalten eingesetzt. Vor Studienbeginn ergab sich für die von uns beobachtete Stichprobe ein Wert von 354, im Verlauf der Therapie sank dieser um gut 20 Punkte, nahm im Anschluss bis zum ersten Katamnesezeitpunkt wiederum um etwa 10 Punkte zu und fiel 30 Monate nach Entlassung auf seinen tiefsten Wert (330). Die Effektstärkenberechnung nach Cohen (1988) für EDI prae und EDI kat2 weist mit $d=0,49$ auf einen mittelstarken Effekt hin.

Derzeit gibt es zum Vergleich dieser Ergebnisse keine Literatur, zur Diskussion steht somit nur die Normierstichprobe zur Verfügung. Das Ausmaß von gestörtem Essverhalten im von uns untersuchten Studienkollektiv war zu Beginn der Therapie etwas stärker ausgeprägt als das in der von Thiel et al. (1997) untersuchten Stichprobe von Patientinnen mit Bulimia Nervosa.

Die signifikante Reduktion der Ausprägung von Essstörungen in der eigenen Stichprobe ging mit einer signifikanten Abnahme der Diagnosevergabe von komorbiden Essstörungen einher. Vermutlich sind diese Effekte auf die besondere Fokussierung auf gestörtes Essverhalten zurückzuführen, wie sie in der DBT in Lübeck praktiziert wird. Essanfälle treten häufig im Laufe der Behandlung von Patienten mit BPS vermehrt als unangemessene Bewältigungsstrategien zur Reduktion von Spannungszuständen auf. Gestörtes Essverhalten wurde unter anderem aus diesem Grund im Therapiekonzept der Universitätsklinik Lübeck in der Zielhierarchie auf eine hohe Stufe gesetzt. Gleich in der ersten Therapiephase wird damit begonnen, alternative Fertigkeiten zur Spannungsreduktion aufzubauen und zu trainieren. Des Weiteren werden verschiedene zusätzliche Therapieangebote, wie beispielsweise die zu den Hauptmahlzeiten stattfindende Tischgruppe, in das Therapiekonzept integriert, die einer Normalisierung des Essverhaltens dienen sollen.

5.8 Der Einfluss von komorbiden Störungen auf den Therapieerfolg

In der vorliegenden Studie konnten keine Prädiktoren für den Therapieerfolg unter den komorbiden Störungen identifiziert werden. Untersucht wurde dabei der Einfluss von affektiven Störungen, Substanzabhängigkeiten, Angst- und Essstörungen auf die Verbesserung des GSI-Gesamtwertes, der als Maß für den Therapieerfolg eingesetzt wurde. Für keine dieser Diagnosegruppen konnte jedoch eine Gruppeninteraktion festgestellt werden. Das Vorhandensein einer der beschriebenen Störungen scheint somit nicht den Therapieerfolg zu beeinträchtigen. Hierbei bleibt zu bedenken, dass die Stichprobengröße in unserer Studie mit $N=50$ nicht ausreichend war, um einen Typ-II-Fehler sicher auszuschließen.

Im Gegensatz zu unseren Ergebnissen fanden Zanarini et al. (2004a) heraus, dass die Abwesenheit einer Substanzabhängigkeit einen starken Prädiktor für die Remission einer BPS (d.h. die Kriterien einer BPS sind laut DSM-III-R zu einem späteren Messzeitpunkt nicht mehr erfüllt) darstellt. Auch die Abwesenheit anderer komorbider Störungen verbesserte signifikant die Chancen eines Patienten, die Kriterien für eine Remission zu erfüllen.

Die verschiedenen Methoden, die für die Feststellung möglicher Prädiktoren in den Studien angewandt wurden, vermögen eine Rolle für die unterschiedlichen Ergebnisse zu spielen. Zanarini et al. (2004a) beurteilten die Zeit bis zum Eintreten einer Remission der BPS. Der Begriff der „Remission“ wird allerdings in der Persönlichkeitsforschung kontrovers diskutiert. In der vorliegenden Studie wurden unter anderem aus diesem Grund die Veränderungen des GSI-Gesamtwertes als Maß für den Therapieerfolg untersucht.

5.9 Diskussion der Methodik

Die Aussagekraft der Befunde wird durch einige Faktoren limitiert. Die wichtigste Einschränkung stellt dabei das Fehlen einer Kontrollgruppe dar. Trotz der Tatsache, dass alle behandelten Patienten berichteten, schon lange, teilweise über Jahre hinweg, unter den beschriebenen Problemen zu leiden, können die Verbesserungen, die nach Abschluss der dreimonatigen, stationären DBT-Therapie festgestellt wurden, nicht ohne weiteres allein dem Therapieeffekt zugeordnet werden. Unspezifische Effekte des stationären Aufenthaltes und der therapeutischen Bindung sowie die Spontanverläufe der Erkrankung oder andere unkontrollierte Einflüsse könnten hierbei eine Rolle spielen. Jedoch erscheint dies angesichts der Datenlage in der aktuellen Literatur unwahrscheinlich: Zum einen wurde die Effektivität der DBT in mehreren kontrolliert randomisierten Studien belegt, und zum anderen sprechen die Erfahrungen

anderer Behandlungsversuche von Patienten mit BPS mit hohen Abbruchraten, schlechtem Outcome und viel Frustration dagegen.

Eine passende Kontrollgruppe zu finden, stellt ein methodisches und ethisches Problem dar. Angesichts des hohen Leidensdrucks der Betroffenen scheint es nicht vertretbar, diesen Patienten keine Behandlung zuteil werden zu lassen. Der Vergleich mit Patienten, die sich auf der Warteliste für die stationäre DBT-Therapie befanden, wie ihn Bohus et al. (2004) durchführten, ist für Langzeitbeobachtungen nicht geeignet. Schließlich rücken die Patienten in das Therapieprogramm, sobald ein Platz frei ist, und die Kontrollgruppenergebnisse werden so mit der Zeit immer weniger aussagekräftig.

Der Vorteil, den eine Praxisstudie wie die unsere im Gegensatz zu einem kontrolliert randomisierten Versuch ergibt, besteht darin, dass keine Patienten aus Studiengründen ausgeschlossen werden und es sich somit um eine realistischere Anwendung der DBT handelt. Die Effektstärken in unserer Studie lagen in ähnlichen Bereichen wie in dem kontrolliert randomisierten Versuch von Bohus et al. (2004). Dies spricht dafür, dass die DBT auch im Transfer auf ein hochkomorbides Patientengut ihre Wirksamkeit entfalten kann.

Die Gruppengröße in der vorliegenden Studie war mit 50 Probanden relativ klein. Wie häufig bei Katamnesestudien lagen nicht zu allen Messzeitpunkten die kompletten Datensätze von allen Probanden vor, während der Follow-up-Zeit ging der Kontakt zu einigen Patienten verloren. Die fehlenden Daten wurden mit einem LOCF-Verfahren ersetzt. Alle Analysen wurden auch ohne dieses Verfahren für einen vollständigen Datensatz (N=28) durchgeführt. Die beschriebenen Effekte zeigten sich auch in diesen Berechnungen, die statistische Aussagekraft war jedoch bei der größeren Stichprobe mit vervollständigtem Datensatz stärker.

Ein weiterer möglicher Kritikpunkt ist, dass in der vorliegenden Studie vielfach Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt wurden, um den Therapieerfolg abschätzen zu können. Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, die eher im Sinne sozialer Erwünschtheit antwortet, zeigen Patienten mit BPS möglicherweise eine Tendenz zu extremem Antwortverhalten. Die hohen Werte in den einzelnen Problembereichen könnten hierdurch bedingt sein. Dichotomes Denken und Abwertung von Fortschritten, Verhaltensweisen, die mit dem Krankheitsbild eng verknüpft sind, führen möglicherweise zu einer Unterschätzung des Therapieerfolges. Durch die Selbstbeurteilung erhält so ein Stück Subjektivität Einzug in die Beobachtungen, wobei die individuelle Einschätzung aus Patientenperspektive als wichtiger Faktor in die Beurteilung der eigenen Erkrankung wie auch des Behandlungserfolges zu betrachten ist.

Eine weitere Einschränkung besteht in der Überschneidung der Arbeitsgruppe mit dem Behandlungsteam zu den ersten drei Messzeitpunkten, die die interne Validität beeinträchtigt. Zum vierten Messzeitpunkt wurden u.a. deshalb Untersucher gewählt, die nicht zum Behandlungsteam gehörten.

Das Studienkollektiv bestand aus einer stark beeinträchtigten Gruppe von multimorbiden Patienten mit BPS. Inwieweit diese Ergebnisse auf weniger kranke Patienten übertragbar sind bleibt unklar. Man kann jedoch vermuten, dass diese Patienten noch besser von der Therapie profitieren und ähnliche oder sogar noch stärkere Effekte erzielen könnten.

Die Verabreichung der Medikation wurde nicht systematisch kontrolliert. Alle Patienten erhielten nach Indikation gegebenenfalls eine psychopharmakologische Behandlung. Die Reduktion von Psychopharmaka ist erklärtes Ziel der DBT, so dass eine Erhebung für zukünftige Studien sinnvoll wäre.

Auch die Therapien nach Entlassung stellen eine unkontrollierte Variable dar. Sie wurden zwar erfasst, die heterogenen Daten ließen aber eine statistisch sinnvolle Auswertung nicht möglich erscheinen.

5.10 Ausblick für die zukünftige DBT-Forschung

Die derzeitige Datenlage spricht für die auch über einen längeren Zeitraum anhaltende Effektivität der DBT bei der Behandlung von Patienten mit BPS. Dennoch bleiben viele Fragen offen, denen in zukünftigen Forschungsprojekten nachgegangen werden sollte.

Die DBT wurde bisher fast ausschließlich mit einer unspezifischen, unstrukturierten Therapiemethode, dem „treatment as usual“, verglichen. Auch die teilstationäre, psychodynamische Behandlung von Bateman & Fonagy (1999) zeigte sich gegenüber der herkömmlichen psychiatrischen Therapie überlegen. Die Ergebnisse dieser Studie wurden bisher allerdings noch nicht repliziert, das Fehlen eines Manuals erschwert dieses Vorhaben ungemein. Ein direkter Vergleich der unterschiedlichen Behandlungsansätze sollte in Zukunft durchgeführt werden. Eine Gegenüberstellung der DBT mit anderen strukturierten Therapiekonzepten wie der Schema-Therapie oder der übertragungsfokussierten Therapie verspricht interessante Ergebnisse. In einem erst kürzlich veröffentlichten randomisierten Versuch zum Vergleich der Schema-Therapie und der übertragungsfokussierten Therapie bei Patienten mit BPS (Giesen-Bloo et al., 2006) zeigte sich eine Überlegenheit der Schema-Therapie. Zur Zeit wird die DBT in einem kontrollierten randomisierten Versuch mit der übertragungsfokussierten Therapie verglichen (Clarkin et al., 2004).

Die Implementierung der DBT in ein stationäres Setting ist mittlerweile erfolgreich durchgeführt worden (Bohus et al., 2000, 2004). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützen diese Beobachtung. In Zukunft sollten randomisierte Versuche durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob die stationäre DBT dem ursprünglichen ambulanten Therapiekonzept in ihrer Wirksamkeit ebenbürtig ist oder ob sie diese sogar noch übertreffen kann.

Bisher gibt es nur sehr wenige Studien, die die Stabilität der Therapieerfolge nach DBT auch aus subjektiver Sicht der Patienten im Langzeitverlauf untersuchen. Es werden mehr Informationen darüber benötigt, inwieweit die Patienten das in der Therapie Erreichte auch in ihr alltägliches Leben integrieren können und so langfristig von den Erfolgen profitieren.

Für den klinischen Alltag ist festzuhalten, dass es sich bei Patienten mit BPS um eine Patientengruppe handelt, die ein hohes Maß an Komorbidität aufweist. Daher sollte bei jeder Aufnahme eine standardisierte Diagnostik zur Erhebung komorbider Störungen erfolgen und wenn möglich auch im Verlauf häufiger durchgeführt werden.

Entgegen der früher vielfach vertretenen Ansicht, dass es sich bei Menschen mit BPS um ein kaum therapierbares Kollektiv handelt, zeigt auch diese Studie, dass sowohl objektive als auch subjektive Therapieerfolge durch ein störungsspezifisches Behandlungskonzept erreicht werden können.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Die Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde durch mehrere randomisierte und kontrollierte Studien belegt. Allerdings weiß man bislang nur wenig über die Kontinuität der Therapieerfolge über einen längeren Zeitraum und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Patientengruppen mit hoher psychiatrischer Komorbidität.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Therapieerfolg der Dialektischen Verhaltenstherapie an einer Stichprobe 30 Monate nach Entlassung untersucht.

50 psychiatrisch-multimorbide Patienten (44 Frauen und 6 Männer), die die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV zum Aufnahmezeitpunkt erfüllten, bildeten das Ausgangskollektiv, das zwölf Wochen stationär mit DBT behandelt wurde. Die Patienten wurden bei stationärer Aufnahme, bei Entlassung sowie 15 und 30 Monate nach Entlassung untersucht. Zu jedem Messzeitpunkt wurde das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für psychische Störungen (SKID-I) und für Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) zur Diagnostik eingesetzt, das psychosoziale Funktionsniveau (GAF) eingeschätzt und mit Hilfe von Selbstbeurteilungsinstrumenten die allgemeine und störungsspezifische Symptomatik erhoben.

30 Monate nach Entlassung zeigte sich im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt, dass die Kriterien zur Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV deutlich seltener erfüllt wurden. Auch das Ausmaß der Komorbidität (v.a. affektive Störungen, Substanzabhängigkeiten und Essstörungen) wurde reduziert. Das psychosoziale Funktionsniveau konnte gesteigert werden, die allgemeine Symptombelastung, die Depressivität und das Ausmaß der Dissoziation nahmen signifikant ab. Auch die Ausprägung der Borderline-typischen Kognitionen und der Essstörungen wurde deutlich reduziert. Unter den komorbiden Störungen konnten keine Prädiktoren für den Therapieerfolg identifiziert werden.

Insgesamt untermauern diese Befunde die Wirksamkeit der Dialektischen Verhaltenstherapie für die stationäre Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und zeigen, dass die erreichten Therapieerfolge auch auf Patientengruppen mit hoher Komorbidität übertragbar sind und über einen längeren Zeitraum stabil bleiben.

7 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANOVA	Analysis of Variance
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck-Depression-Inventory
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	Dialectical Behavior Therapy
DES	Dissociative Experience Scale
DIB	Diagnostic Interview for Borderlines
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDI-II	Eating-Disorder-Inventory, zweite Version
FKS	Fragebogen zu kognitiven Schemata
FDS	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen
GAF	Global Assessment of Functioning
GSI	Global Severity Index scale
HAMD	Hamilton Depression Scale
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Auflage
KAT	Katamnese
KIB	Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung
LOCF	Last Observation Carried Forward
MW	Mittelwert
NNB	Nicht näher bezeichnet
PKS	Persönlichkeitsstörung
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
SCL-90-R	Symptom-Check-Liste
SD	Standardabweichung
SKID I	Strukturiertes Klinisches Interview DSM IV für psychische Störungen
SKID II	Strukturiertes Klinisches Interview DSM IV für Persönlichkeitsstörungen
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAU	Treatment as usual
TFP	Transference-Focused Psychotherapy
WHO	World Health Organisation

8 LITERATURVERZEICHNIS

- American Psychiatric Association:** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III). 3rd ed. American Psychiatric Press, Washington, 1980
- American Psychiatric Association:** Diagnostic and statistical manual of mental Disorders Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Press, Washington, 1987
- American Psychiatric Association:** Practice guidelines for eating disorders. *Am J Psychiatry* 150, 207-228 (1993)
- American Psychiatric Association:** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. American Psychiatric Press, Washington, 1994. Dt.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Dt. Bearbeitung und Einführung. Saß H, Wittchen HU & Zaudig M. Hogrefe, Göttingen, 1994
- American Psychiatric Association:** Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry (Suppl.)* 168, 1-52 (2001)
- Arnold R:** Dialektische Verhaltenstherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine 15-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. Medizinische Dissertation, Lübeck, 2005
- Barley WD, Buie SE, Peterson EW, Hollingsworth AS, Griva M, Hickerson SC, Lawson J E & Bailey BJ:** Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *J Personal Disord* 7, 232-240 (1993)
- Bateman A & Fonagy P:** Effectiveness of Partial Hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156, 1563-1569 (1999)
- Bateman A & Fonagy P:** Treatment of Borderline Personality Disorder with Psychoanalytically Orientated Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up. *Am J Psychiatry* 158, 36-42 (2001)
- Beck AT, Steer RA & Garbin MG:** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 8, 77-100 (1988)
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF & Emery G:** Cognitive therapy of Depression. Guilford Press, New York, 1979. Dt. Dies. Kognitive Therapie der Depression. 5. Aufl., Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996
- Beisel S & Schweiger U:** Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung. Unveröffentlichtes Manuskript, Prien/Klinik Roseneck, 1998

- Bernstein E & Putnam, FW:** Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174, 727–735 (1986)
- Blum N, Pfohl B, John DS, Manohan P & Black DW:** STEPPS: a cognitive-behavioral system-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder- a preliminary report. *Compr Psychiatry* 43, 301-310 (2002)
- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R & Linehan MM:** Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. *Behav Res Ther* 38, 875-887 (2000)
- Bohus M, Limberger MF, Frank U, Sender I, Gratwohl T & Stieglitz RD :** Entwicklung der Borderline–Symptom–Liste. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 201–211 (2001)
- Bohus, M:** Borderline-Störungen (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 14). Hogrefe, Göttingen, 2002
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K & Linehan MM:** Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42, 487-499 (2004)
- Brodsky BS, Cloitre M & Dulit RA:** Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 152, 1788-1792 (1995)
- Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits-Christoph P & Beck A:** An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *J Personal Disord* 8, 257-271 (2004)
- Bühl A & Zöfel P:** SPSS Version 12.0. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 9. Aufl. Addison-Wesley, München, 2005
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF & Kernberg OF:** The Personality Disorder Institute/ Borderline Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patients characteristics. *J Personal Disorder* 18, 52-72 (2004)
- Cohen J:** Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1988
- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A & Ullrich S:** Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 188, 423-431 (2006)
- Derogatis LR:** SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the Revised version. John Hopkins University School of Medicine, 1977

- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW & Benjamin L:** User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorder (SCID I), American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1996a
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M & Williams JBW:** User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality disorders (SCID II), American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1996b
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD, Kuhn G, Magdeburg N & Bernstein-Carlson E:** Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experiences Scale (DES). *Psychother Psychosom Med Psychol* 48, 223-229 (1998)
- Franke G:** Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica* 38, 160-167 (1992)
- Franke G:** Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Dt. Version. Beltz, Göttingen, 1995
- Fydrich T, Schmitz B & Bodem M:** Fragebogen zu kognitiven Schemata (FKS) nach Beck. Unveröffentlichtes Manuskript, Heidelberg, 1995
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B & Wittchen HU:** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID II). Hogrefe, Göttingen, 1997
- Garner DM, Olmsted MP & Polivy J:** Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 2, 15-34 (1983)
- Garner DM & Olmsted MP:** The Eating Disorder Inventory Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, Florida, 1984
- Garner DM:** Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, Florida, 1991
- Gartner AF, Marcus RN, Halmi K & Loranger AW:** DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 146, 1585-1591 (1989)
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M & Arntz A:** Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63, 649-658 (2006)
- Grinker RR, Werble B & Dyre R:** The Borderline Syndrome: A behavioural study of Ego Functions. Basic Books, New York, 1968
- Gunderson JG & Singer MT:** Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 132, 1-10 (1975)

- Gunderson JG & Kolb JE:** Discriminating features of borderline patients. *Am J Psychiatry* 135, 792-796 (1978)
- Gunderson JG, Kolb JE & Austin V:** The Diagnostic Interview for Borderline Patients. *Am J Psychiatry* 138, 896-903 (1981)
- Gunderson JG:** Borderline Personality disorder. American Psychiatric Press, Washington, 2005
- Guze SB & Robins E:** Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 117, 437-438 (1970)
- Hamilton M:** A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23, 56-62 (1960)
- Hautzinger M:** Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Depression. Überblick und Vergleich. *Verhaltenstherapie* 3, 26-34 (1993)
- Hautzinger M, Bailer M, Worrall H & Keller F:** *Das Beck Depressions-Inventar (BDI)*. Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch. Huber, Bern, 1994
- Hawkins KA & Sinha R:** Can line clinicians master the conceptual complexities of Dialectical Behavior Therapy? An evaluation of a State Department of Mental Health training program. *J Psychiatr Res* 32, 379-384 (1998)
- Heffernan K & Cloitre M:** A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse - etiological and clinical characteristics. *J Nerv Ment Dis* 188, 589-595 (2000)
- Heitjan DF:** Annotation: What can be done about missing data? Approaches to imputation. *Am J Public Health* 87, 548-549 (1997)
- Henry KA & Cohen CI:** The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 140, 1527-1529 (1983)
- Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, Thron A & Sass H:** Evidence of abnormal amygdale functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 50, 292-298 (2001)
- Kanfer FH, Reinecker H & Schmelzer D:** *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 2. Auflage, Springer, Berlin, 1996
- Kemperman L, Russ MJ & Shearin EN:** Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *J Personal Disord* 11, 146-157 (1997)
- Kernberg OF:** Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15, 641-685 (1967)
- Kety SS, Rosenthal D, Wender PH & Schulsinger F:** Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Am J Psychiatry* 128, 302-306 (1971)

- Knight R:** Borderline states. *Bull Menninger Clin* 17, 1-12 (1953)
- Knight R:** Management and psychotherapy of borderline schizophrenic patient. In: Knight R, Friedman C: *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*. International Universities Press, New York, 1954
- Koons CR, Robins CJ, Bishop GK et al.:** Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 32, 371-390 (2001)
- Kröger C:** Bedeutung von Komorbidität und Prädiktoren für den Therapieerfolg bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychologische Dissertation, Bochum, 2002
- Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, Rudolf S & Rein-ecker H:** Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther* 44, 1211-7 (2006)
- Lambert MJ & Hill CE:** Assessing psychotherapy outcomes and process. In: Bergin AE & Garfield SL: *Handbok of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th ed., 72-113, Wiley, New York, 1994
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM & Bohus M:** Borderline Personality Disorder. *Lancet* 364, 453-461 (2004)
- Linehan MM:** Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theory and method. *Bull Menninger Clin* 51, 261-276 (1987a)
- Linehan MM:** Dialectical behavior therapy: a cognitive behavioral approach to parasuicide. *J Personal Disord* 1, 328-333 (1987b)
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon DJ & Heard HL:** Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48, 1060-1064 (1991)
- Linehan MM, Heard HL & Armstrong HE:** Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 50, 971-974 (1993)
- Linehan MM, Tutek D, Heard HL & Armstrong HE:** Interpersonal Outcome of cognitive behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 151, 1771-1776 (1994)
- Linehan MM:** Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York, 1993a. Dt. Dies: *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*, CIP-Medien, München, 1996a

- Linehan MM:** Skill training manual for treatment borderline personality disorder. Guilford Press, New York, 1993b. Dt. Dies: Trainingsmanual zur dialektischen behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, CIP-Medien, München, 1996b
- Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter BS J & Comtois K:** Dialectical behavior therapy with borderline personality disorder and drug dependance. *Am J Addict* 8, 279-292 (1999)
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P & Kivlahan DR:** Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 67, 13-26 (2002)
- Lynch T, Morse J, Mendelson T & Robins C:** Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 11, 33-45 (2003)
- McCann RA, Ball EM, Ivanoff A:** DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP forensic model. *Cognit Behav Pract* 7, 447-456 (2000)
- McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE et al.:** The Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 102, 256-264 (2000)
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Wetzler S & Leigh E:** Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Pract Psychiatr Behav Health* 3, 78-86 (1997)
- Moran PW & Lambert MJ:** A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In: Lambert MJ, Christensen ER & DeJulio SS: *The Assessment of Psychotherapy Outcome*, 263-303, Wiley & Sons, New York, 1983
- Noyes R Jr, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B & Coryell WA:** Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 47, 809-818 (1990)
- Paris J:** Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Serv* 53, 738-742 (2002)
- Paris J, Brown R & Nowlis D:** Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 28, 530-536 (1987)
- Paris J & Zweig-Frank H:** A 27-year-Follow-Up of patients with Borderline Personality Disorder. *Compr Psychiatry* 42, 482-487 (2001)
- Parloff MB, Warkow IE & Wolfe BE:** Research on therapist variables in relation to process and outcome. In Garfield SL & Bergin AE: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 2. Aufl., 233-283, Wiley & Sons, New York, 1978

- Perry JC & Cooper SH:** Psychodynamics, symptoms, and outcome in borderline and antisocial personality disorder and bipolar type II affective disorder. In: McGlashan TH: The borderline: current empirical research. 21-41. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1985
- Phillips KA & Nierenberg AA:** The assessment and treatment of refractory depression. *J Clin Psychiatry* 55 (suppl), 20-26 (1994)
- Piper WE, Rosie JS & Joyce AS:** Time-limited day treatment for personality disorders: integration of research and practice in a group program. American Psychological Association, Washington, DC, 1996
- Richter P, Werner J & Bastine R:** Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 23, 3-19 (1994)
- Rief W, Greitemeyer M & Fichter MM:** Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica* 37, 58-65 (1991)
- Safer DL, Telch CF & Agras WS:** Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 158, 632-634 (2001)
- Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall, K, Lieberg G & Schwartz J:** Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 150, 1037-1042 (1993)
- Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM & Docherty JP:** Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 147, 711-718 (1990)
- Shearer SL:** Dissociative phenomena in women with borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 151, 1324-1328 (1994)
- Skodol AE, Buckley P & Charles E:** Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis* 171, 405-413 (1983)
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ & Siever LJ:** The Borderline-Diagnosis I: psychopathology, co-morbidity and personality structure. *Biol Psychiatry* 51, 936-50 (2002a)
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA, Oldham JM:** Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 159, 276-283 (2002b)

- Spitzer RL, Endicott J & Gibbon M:** Crossing the border into borderline personality disorder and borderline schizotypy: The development of criteria. *Arch Gen Psychiatry* 36, 17-24 (1979)
- Steer RA & Beck AT:** Modifying the Beck Depression Inventory: A reply to Vredenburg, Krames and Flett. *Arch Gen Psychiatry* 16, 573-576 (1985)
- Steiger H, Leung G, Thibaudeau J & Houle L:** Prognostic utility of subcomponents of borderline personality construct in bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol* 32, 187-197 (1993)
- Stern A:** Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 7, 467-489 (1938)
- Sullivan PF, Joyce PR & Mulder RT:** Borderline personality disorder in major depression. *J Nerv Ment Dis* 182, 508-516 (1994)
- Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA & Linehan MM:** The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatr Q* 72, 307-324 (2001)
- Tebartz van Elst L, Thiel T, Hesslinger B, Geiger E, Haegele K, Lemieux L, Lieb K, Bohus M, Hennig J & Ebert D:** Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 54, 163-171 (2003)
- Telch CF, Agras WS & Linehan MM:** Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 69, 1061-1105 (2001)
- Thiel A & Paul T:** Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating Disorder Inventory (EDI). *Zeitung für differentielle und diagnostische Psychologie* 9, 267-278 (1988)
- Thiel A, Jacobi C, Horstmann S, Paul T, Nutzinger DO & Schübler G:** Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory (EDI-2). *Psychother Psychosom Med Psychol* 47, 365-376 (1997)
- Torgersen S, Lygren S, Per A, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K & Kringlen E:** A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41, 416-425 (2000)
- Torgersen S, Kringlen EG & Cramer V:** The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58, 590-596 (2001)
- Tucker L, Bauer SF, Wagner SC & Harlam D:** Long-term hospital treatment of borderline patients: a descriptive outcome study. *Am J Psychiatry* 144, 1443-1448 (1987)
- Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R & van den Brink W:** Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 43, 1231-1241 (2005)

- Verheul R, von den Bosch LMC, Koeter MWJ, Ridder MAJ, Stijnen T, van den Brink W:** Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. 12-month randomized clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 182, 135-140 (2003)
- Weltgesundheitsorganisation (WHO):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Hans Huber, Bern, 1994
- Widiger TA & Weissman MM:** Epidemiology of borderline personality disorders. *Hosp Community Psychiatry* 42, 1015-1021 (1991)
- Wilkinson DG:** The suicide rate in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 140, 138-141 (1982)
- Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschitz S & Zaudig M:** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I). Hogrefe, Göttingen, 1997
- Young JE:** Cognitive therapy for personality disorders: a schema focussed approach. 3rd ed. Professional Resource Press, Sarasota, FL, 1999
- Zanarini MC, Williams A, Lewis R, Reich R:** Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 154, 1101-1106 (1997)
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A & Reynolds V:** Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 155, 1733-1739 (1998a)
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A & Reynolds V:** Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 39, 290-302 (1998b)
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS & Bleichmar J:** Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 42, 144-150 (2001)
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR:** The longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 160, 274-283 (2003)
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB & Silk KR:** Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year-follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 161, 2108-2114 (2004 a)
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB & Silk KR:** Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year-course prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand* 110, 416-420 (2004 b)

Zanarini MC, Franenburg FR, Hennen J, Reich DB & Silk KR: Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Personal Disord* 19, 19-29 (2005)

Zimmerman M & Mattia JI: Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 40, 245-252 (1999)

9 ANHANG

SCL-90-R

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar WÄHREND DER VERGANGENEN 7 TAGE BIS HEUTE. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort 'den besten Eindruck' machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentlich Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel: Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten "sehr stark" zutrifft, so kreuzen Sie "sehr stark" an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie unter ...?

1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Schüchternheit und Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	der Befürchtung, erappt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Schwermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33.	Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen und teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch dieses erschreckt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Schweregefühl in Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	dem Austausch von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.	unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68.	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71.	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72.	Schreck- und Panikanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73.	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.	der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75.	Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76.	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77.	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78.	so starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-
- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 79. | dem Gefühl, wertlos zu sein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80. | dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81. | dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. | der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. | dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. | sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85. | dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. | schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. | dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit ihrem Körper nicht in Ordnung ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. | dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. | Schuldgefühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. | dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BDI

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen: Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie ihre Wahl treffen.

A	0	Ich bin nicht traurig.
	1	Ich bin traurig.
	2	Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
	3	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
B	0	Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
	1	Ich sehe mutlos in die Zukunft.
	2	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
	3	Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.
C	0	Ich fühle mich nicht als Versager.
	1	Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
	2	Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
	3	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
D	0	Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
	1	Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
	2	Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
	3	Ich bin mit allem unzufrieden.
E	0	Ich habe keine Schuldgefühle.
	1	Ich habe häufig Schuldgefühle.
	2	Ich habe fast immer Schuldgefühle.
	3	Ich habe immer Schuldgefühle.
F	0	Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
	1	Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu sein.
	2	Ich erwarte, bestraft zu werden.
	3	Ich habe das Gefühl, bestraft zu werden.
G	0	Ich bin nicht von mir enttäuscht.
	1	Ich bin von mir enttäuscht.
	2	Ich finde mich fürchterlich.
	3	Ich hasse mich.
H	0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
	1	Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
	2	Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
	3	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.

I	0	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
	1	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
	2	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
	3	Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
J	0	Ich weine nicht öfter als früher.
	1	Ich weine jetzt mehr als früher.
	2	Ich weine jetzt die ganze Zeit.
	3	Früher konnte ich weinen, aber jetzt habe ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
K	0	Ich bin nicht reizbarer als sonst.
	1	Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
	2	Ich fühle mich dauernd gereizt.
	3	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
L	0	Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
	1	Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
	2	Ich habe mein Interesse an Menschen verloren.
	3	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
M	0	Ich bin so entschlossen wie immer.
	1	Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
	2	Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
	3	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
N	0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als gewöhnlich.
	1	Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
	2	Ich habe das Gefühl, dass in meinem Aussehen Veränderungen eintreten.
	3	Ich finde mich hässlich.
O	0	Ich kann so gut arbeiten wie früher.
	1	Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
	2	Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
	3	Ich bin unfähig zu arbeiten.
P	0	Ich schlafe so gut wie sonst.
	1	Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
	2	Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
	3	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
Q	0	Ich ermüde nicht stärker als sonst.
	1	Ich ermüde nicht schneller als früher.
	2	Fast alles ermüdet mich.
	3	Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
R	0	Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
	1	Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
	2	Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
	3	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S	0	Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.		
	1	Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.		
	2	Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.		
	3	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.		
		Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen.		Ja Nein
T	0	Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.		
	1	Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.		
	2	Ich mache mir Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwer fällt, an etwas anderes zu denken.		
	3	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.		
U	0	Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.		
	1	Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.		
	2	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.		
	3	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.		

KIB

Sie finden hier eine Liste von Aussagen zu verschiedenen Lebensbereichen. Bitte lesen sie jeweils die Aussagen und kreuzen Sie an, wie sehr Sie ihr zustimmen oder wie sehr Sie sie ablehnen. Da es hierbei keine richtigen oder falschen Antworten gibt, können Sie sich auf den ersten Eindruck verlassen, der Ihnen als Antwort in den Sinn kommt.

		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
1.	Trennung oder Abschied kann ich kaum aushalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich weiß oft selbst nicht, wer ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wenn ich mich traurig oder unausgeglichen fühle, hilft es, mich in gefährliche Situationen zu begeben (z.B. schnell Auto fahren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich kann einen anderen Menschen nur lieben oder hassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich habe keine klaren Ziele im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich bin nicht in der Lage, mir über die Konsequenzen meines Verhaltens Gedanken zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wenn ich jemanden liebe, bin ich bereit alles zu tun, um eine Trennung zu verhindern, sogar mich unterzuordnen oder demütigen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Wenn Schwierigkeiten unüberwindlich sind, ist es besser, sich zu töten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich werde von anderen Menschen meistens ausgenutzt oder verletzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Wenn ich sehr wütend werde, kann es passieren, dass ich in körperliche Auseinandersetzung gerate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Manchmal begreifen Leute erst dann, wie schlecht es einem geht, wenn man einen Selbstmordversuch unternimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich werde wahrscheinlich immer alleine bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Meine Begeisterung für einen Menschen schlägt oft in Enttäuschung um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Es ist sehr schwierig, sich auf einen Beruf oder eine Tätigkeit dauerhaft festzulegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. | Die Welt ist überwiegend gefährlich und feindselig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Alleine komme ich schlecht zurecht. Ich brauche immer jemanden, der mich unterstützt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Wenn es in einer Beziehung Streit gibt, ist es besser, sie sofort zu beenden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Wenn ich keinen Ausweg mehr sehe, bringe ich mich um. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Wenn ich provoziert werde, gerate ich heftig in Wut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Es gibt niemanden, der mich wirklich liebt und sich um mich kümmert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Wenn man eine Tätigkeit nicht sofort beherrscht, ist es besser, gleich wieder aufzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Es gelingt mir nicht, mich zu disziplinieren oder mich selbst zu kontrollieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Meine Stimmung hängt mehr von meiner Umgebung als von mir selbst ab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Von der Zukunft ist nicht viel gutes zu erwarten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Bereits kleine Ereignisse können meine Stimmung deutlich verändern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Es ist angenehm aufregend, sich gefährlichen Situationen auszusetzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Ich kann mir manchmal nicht vorstellen, Situationen ohne Beruhigungsmittel, Alkohol oder Drogen zu bewältigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Die Gefühle fahren oft mit mir Achterbahn. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Im Grunde ist das Leben leer und sinnlos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Manchmal ist Selbstverletzung die einzige Möglichkeit, Spannungen los zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | Andere Menschen sind häufig launisch und unberechenbar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Ich kann nur schwer entscheiden, ob ich mich eher zu Frauen oder zu Männern hingezogen fühle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Wenn es mir schlecht geht, gehe ich Risiken ein und fordere das Schicksal heraus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | Ich bin ein schlechter Mensch. Es geschieht mir Recht, dass es mir schlecht geht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Der Gedanke, mich umbringen zu können, hilft mir in schwierigen Situationen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | Dinge, Situationen oder Verhaltensweisen sind entweder gut oder schlecht, richtig oder falsch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FDS

Dieser Fragebogen besteht aus 44 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

1. Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, dass sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

2. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie jemanden zuhören und plötzlich erkennen, dass sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

4. Einige Menschen stellen manchmal fest, Kleidungsstücke zu tragen ohne sich daran zu erinnern, diese angezogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

5. Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen, blind auf einem oder beiden Augen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachteten sie die Welt durch einen Schleier, so dass Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen fühlen sich wie ein Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

9. Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

10. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

11. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sich tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

12. Einige Menschen glauben manchmal, dass in ihrem Innern eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

13. Einige Menschen haben gelegentlich Probleme mit dem Hören (z.B. lästige Ohrgeräusche, taub auf einem oder beiden Ohren), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

14. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie plötzlich heiser sind oder gar nicht mehr sprechen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

15. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sich (plötzlich) ihre Handschrift vollkommen verändert. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

16. Einige Menschen sind sich gelegentlich nicht sicher, ob Ereignisse, an die sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob sie diese lediglich geträumt haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

17. Einige Menschen bemerken zuweilen, dass sie beim Fernsehen oder Anschauen eines Films so in der Geschichte aufgehen, dass sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht wahrnehmen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

18. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

19. Einige Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren persönlichen Gegenständen, die von ihnen stammen, an deren Anfertigung sie sich jedoch nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie einfach dasitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

40. Einige Menschen erleben gelegentlich, wie sie beim Stehen oder Gehen unsicher werden, eigenartige Bewegungen machen oder sich plötzlich gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

41. Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

42. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

43. Einige Menschen erleiden manchmal Krampfanfälle, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

44. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass sich Körperteile (in ihrer Größe) verändern (z.B. werden ihre Arme unförmig oder immer größer). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

EDI-2

Die folgenden Aussagen sollen ihre Gefühle, Einstellungen und Ihr Verhalten erfragen. Einige beziehen sich auf Essen, andere fragen nach Ihrer Selbsteinschätzung. Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, wie oft sie bei Ihnen zutrifft.

Beispiel: Wenn eine Aussage für Sie 'immer' zutrifft, kreuzen Sie bitte die '6' an. Trifft die Aussage nur 'selten' zu, kreuzen Sie bitte die '2' an.

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer
1. Ich esse Süßigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden.	1	2	3	4	5	6
2. Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.	1	2	3	4	5	6
3. Ich wünschte, ich könnte mich in die Sicherheit meiner Kindheit zurückbegeben.	1	2	3	4	5	6
4. Ich esse, wenn ich mich aufrege.	1	2	3	4	5	6
5. Ich stopfe mich mit essen voll.	1	2	3	4	5	6
6. Ich wünschte, ich wäre jünger.	1	2	3	4	5	6
7. Ich beschäftige mich gedanklich mit Diäten.	1	2	3	4	5	6
8. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.	1	2	3	4	5	6
9. Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick.	1	2	3	4	5	6
10. Ich fühle mich als Mensch unzulänglich.	1	2	3	4	5	6
11. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe.	1	2	3	4	5	6
12. Ich denke, dass mein Bauch genau richtig ist.	1	2	3	4	5	6
13. Bestleistungen sind in meiner Familie gerade gut genug.	1	2	3	4	5	6
14. Die Kindheit ist die glücklichste Zeit im Leben.	1	2	3	4	5	6

15.	Ich lasse meine Gefühle zu.	1	2	3	4	5	6
16.	Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen.	1	2	3	4	5	6
17.	Ich vertraue anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
18.	Ich fühle mich allein gelassen in dieser Welt.	1	2	3	4	5	6
19.	Ich bin mit meiner Körpergestalt zufrieden.	1	2	3	4	5	6
20.	Im allgemeinen glaube ich, Kontrolle über die Dinge in meine Leben zu haben.	1	2	3	4	5	6
21.	Ich bin verwirrt über Gefühlsregungen, die ich verspüre.	1	2	3	4	5	6
22.	Ich bin lieber ein Erwachsener als ein Kind.	1	2	3	4	5	6
23.	Ich kann mich anderen ganz gut verständigen.	1	2	3	4	5	6
24.	Ich wünschte, ich wäre jemand anderes.	1	2	3	4	5	6
25.	Ich bewerte die Bedeutung meines Körpergewichts übermäßig stark.	1	2	3	4	5	6
26.	Ich nehme meine Gefühle genau wahr.	1	2	3	4	5	6
27.	Ich fühle mich unzulänglich.	1	2	3	4	5	6
28.	Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich mit dem Essen nicht mehr aufhören kann.	1	2	3	4	5	6
29.	Als Kind habe ich mich sehr bemüht, weder meine Eltern noch meine Lehrer zu enttäuschen.	1	2	3	4	5	6
30.	Ich habe enge Beziehungen zu anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6
31.	Ich mag die Form von meinem Po.	1	2	3	4	5	6
32.	Ich habe den ständigen Wunsch, dünner zu sein.	1	2	3	4	5	6
33.	Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5	6
34.	Es fällt mir schwer, meine Gefühle anderen gegenüber auszudrücken.	1	2	3	4	5	6
35.	Die Anforderungen des Erwachsenendaseins sind zu groß.	1	2	3	4	5	6
36.	Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein.	1	2	3	4	5	6

37.	Ich bin mir meiner nicht sicher.	1	2	3	4	5	6
38.	Ich denke über Fressanfälle nach.	1	2	3	4	5	6
39.	Ich bin froh, kein Kind mehr zu sein.	1	2	3	4	5	6
40.	Ich weiß nicht, ob ich hungrig bin oder nicht.	1	2	3	4	5	6
41.	Ich halte von mir viel.	1	2	3	4	5	6
42.	Ich denke, ich kann meine gesteckten Ziele erreichen.	1	2	3	4	5	6
43.	Meine Eltern haben immer Hervorragendes von mir erwartet.	1	2	3	4	5	6
44.	Ich befürchte, meine Gefühle könnten außer Kontrolle geraten.	1	2	3	4	5	6
45.	Ich denke, meine Hüften sind zu breit.	1	2	3	4	5	6
46.	Ich esse sehr gezügelt in Gegenwart anderer und stopfe mich voll, wenn sie weg sind.	1	2	3	4	5	6
47.	Ich fühle mich aufgebläht, wenn ich eine ganz normale Mahlzeit gegessen habe.	1	2	3	4	5	6
48.	Ich denke, dass die Menschen als Kinder am glücklichsten sind.	1	2	3	4	5	6
49.	Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht.	1	2	3	4	5	6
50.	Ich denke, ich bin eine beachtenswerte Person.	1	2	3	4	5	6
51.	Wenn ich mich nicht wohl fühle, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder ärgerlich bin.	1	2	3	4	5	6
52.	Entweder sollte ich Dinge perfekt machen oder ganz sein lassen.	1	2	3	4	5	6
53.	Ich habe Gedanken, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren.	1	2	3	4	5	6
54.	Ich möchte zu anderen Menschen eine gewisse Distanz halten. (Fühle mich unwohl, wenn jemand versucht, zu nahe zu kommen).	1	2	3	4	5	6
55.	Ich denke, meine Oberschenkel haben die richtigen Maße.	1	2	3	4	5	6
56.	Ich fühle mich innerlich leer (gefühlsmäßig).	1	2	3	4	5	6
57.	Ich kann über persönliche Gedanken oder Gefühle sprechen.	1	2	3	4	5	6

58.	Die besten Jahre des Lebens sind die, in denen man erwachsen wird.	1	2	3	4	5	6
59.	Ich glaube mein Po ist zu groß.	1	2	3	4	5	6
60.	Ich habe Gefühle, die ich kaum einordnen kann.	1	2	3	4	5	6
61.	Ich esse oder trinke heimlich.	1	2	3	4	5	6
62.	Ich glaube, meine Hüften sind genau richtig.	1	2	3	4	5	6
63.	Ich habe sehr hochgesteckte Ziele.	1	2	3	4	5	6
64.	Wenn ich mich nicht wohl fühle, habe ich Angst, dass ich mit Essen anfangen.	1	2	3	4	5	6
65.	Wenn ich Menschen wirklich mag, enttäuschen sie mich letztlich immer.	1	2	3	4	5	6
66.	Ich schäme mich meiner menschlichen Schwäche.	1	2	3	4	5	6
67.	Andere Menschen würden mich als emotional instabil bezeichnen.	1	2	3	4	5	6
68.	Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle.	1	2	3	4	5	6
69.	Ich fühle mich in den meisten Grupsituationen entspannt.	1	2	3	4	5	6
70.	Ich sage spontan Dinge, die ich dann bereue.	1	2	3	4	5	6
71.	Ich setze alles daran, Genuss zu erleben.	1	2	3	4	5	6
72.	Ich muss auf meine Neigung zum Drogenmissbrauch achten.	1	2	3	4	5	6
73.	Ich bin gegenüber den meisten Menschen aufgeschlossen.	1	2	3	4	5	6
74.	Ich fühle mich in Beziehungen wie gefangen.	1	2	3	4	5	6
75.	Selbstbeschränkung macht mich geistig stärker.	1	2	3	4	5	6
76.	Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme.	1	2	3	4	5	6
77.	Ich habe ständig seltsame Gedanken, die ich nicht loswerden kann.	1	2	3	4	5	6
78.	Essen aus Genuss ist ein Zeichen moralischer Schwäche.	1	2	3	4	5	6
79.	Ich neige zu Zorn- und Wutausbrüchen.	1	2	3	4	5	6

80.	Ich habe das Gefühl, von Menschen die Anerkennung zu bekommen, die ich verdiene.	1	2	3	4	5	6
81.	Ich muss auf meinen Hang zum Alkoholmissbrauch achten.	1	2	3	4	5	6
82.	Ich glaube, dass Entspannung einfach Zeitverschwendung ist.	1	2	3	4	5	6
83.	Andere Menschen würden mich als leicht reizbar bezeichnen.	1	2	3	4	5	6
84.	Ich habe das Gefühl, dass ich überall schlecht wegkomme.	1	2	3	4	5	6
85.	Ich habe erheblich Stimmungsschwankungen.	1	2	3	4	5	6
86.	Meine körperlichen Bedürfnisse sind mir peinlich.	1	2	3	4	5	6
87.	Ich bin lieber alleine als mit anderen zusammen.	1	2	3	4	5	6
88.	Durch Leiden wird man ein besserer Mensch.	1	2	3	4	5	6
89.	Ich weiß, dass andere Menschen mich lieben.	1	2	3	4	5	6
90.	Ich verspüre den Drang, mir selbst oder anderen Menschen weh zu tun.	1	2	3	4	5	6
91.	Ich habe das Gefühl, dass ich wirklich weiß, wer ich bin.	1	2	3	4	5	6

10 VOTUM DER ETHIKKOMMISSION

Die vorliegende Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck geprüft und zugelassen.

Das Genehmigungsschreiben ist auf den 20.09.2000 datiert (Aktenzeichen 00-067).

DANKSAGUNG

Mein herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. med. U. Schweiger für die kompetente Betreuung, die intensive Hilfe bei der statistischen Auswertung und die umfassende Unterstützung bei allen Fragen im Verlauf der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. med. F. Hohagen danke ich für die Überlassung des Themas und die Bereitstellung der Räumlichkeiten und der notwendigen Materialien.

Meinen ganz besonderen Dank richte ich an Herrn Dr. med. Sebastian Rudolf für seine intensive Hilfe bei der Organisation und Durchführung dieser Arbeit sowie für zahlreiche wertvolle Anregungen. Durch seine geduldige und motivierende Anleitung hat er die Entstehung der Dissertation in der vorliegenden Form erst möglich gemacht.

Für die gute Zusammenarbeit und die freundschaftliche Hilfe möchte ich meiner Mitdoktorandin Frau Anke Bussiek danken. Auch den Autoren der Voruntersuchungen Herrn Dr. phil. Christoph Kröger und Herrn Dr. med. Rüdiger Arnold danke ich für die gute Kooperation.

Für die Hilfe bei der Einarbeitung in die Auswertung der Fragebögen bin ich Frau Patricia Kornblum und Frau Christina Lamm zu Dank verpflichtet.

Ein besonderer Dank gebührt allen Patienten und Patientinnen, die sich bereit erklärt haben an dieser Studie teilzunehmen und somit an der Entstehung dieser Arbeit maßgeblich beteiligt waren. Ebenso gilt mein Dank dem gesamten Team der Station 4, das mich bereitwillig in den Stationsalltag eingeführt hat und mir auch später immer helfend zur Seite stand.

Frau Dr. med. Johanna Kühn möchte ich für die freundliche Hilfe bei vielerlei Computerproblemen herzlich danken. Meinen Freunden und besonders Frau Dr. med. Astrid Hatke danke ich dafür, dass durch sie auch die etwas stressigen Zeiten in den letzten Jahren größtenteils schön waren.

Auch bei meiner lieben Oma Wesp möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Ohne sie hätte ich vielleicht niemals das Lesen gelernt.

Abschließend möchte ich meinen Eltern ein herzliches Dankeschön dafür aussprechen, dass sie mich immer unterstützt und ermutigt haben und mir jeder Zeit mit Rat und Tat zur Seite standen.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name	<u>Eva Bettina Faßbinder</u>
Adresse	Röntgenstr.29, 23562 Lübeck
Geburtstag und -ort	23.03.1979 in Frankfurt am Main
Familienstand	ledig
Konfession	evangelisch
Eltern	Prof. Dr. med. Winfried Faßbinder Ulrike Faßbinder, geb. Troschke
Geschwister	Felix Faßbinder Till Faßbinder Anna Faßbinder

Ausbildungsdaten

Juni 1998	Abitur, Marianum Fulda
Oktober 1998 – März 2001	Studium der Humanmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
März 2001	Ärztliche Vorprüfung
April 2001 – Dezember 2005	Studium der Humanmedizin, Universität Lübeck
März 2002	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
März 2004	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2004/2005	Praktisches Jahr in Lübeck, Malta und der Schweiz
Dezember 2005	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Promotion

März 2003 – März 2007	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UK-SH)
-----------------------	--

Weiterbildung

seit April 2006	Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
-----------------	---

Publikation

Fassbinder E, Rudolf S, Bussiek A, Kröger C, Arnold R, Greggersen W, Hüppe M, Sipos V und Schweiger U: Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf – Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. Psychother Psych Med (in Druck)

Lübeck, den 23.03.2007