

Evaluation der stationären Behandlung von
Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einer
dynamisch-psychiatrischen Klinik

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Sozialwissenschaften (Dr. rer. soc.)
der Universität Mannheim

vorgelegt von
Diplom-Psychologe David Kriz

Mannheim, März 2011

Dekan der Fakultät für Sozialwissenschaften:

Professor Dr. Berthold Rittberger

Gutachter:

Prof. Dr. (em.) Werner W. Wittmann (Universität Mannheim)

Prof. Dr. (em.) Rupert Hölzl (Universität Mannheim)

Prüfungsvorsitzender Disputation:

Prof. Dr. Georg W. Alpers (Universität Mannheim)

Eingereicht am: 07.Dezember 2010

Tag der Disputation: 22.März 2011

Zur Verwirklichung dieser Arbeit habe ich vielfältige Unterstützung erfahren, für die ich mich an dieser Stelle bedanken möchte.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Werner W. Wittmann, den ich sowohl während meines Studiums als auch im Rahmen meiner beruflich-wissenschaftlichen Tätigkeit als herzlich-wohlwollend fördernden Lehrer und Mentor meiner Arbeit kennengelernt habe.

Ich danke auch Dr. Rüdiger Nübling, Dr. Andrés Steffanowski, Dr. Manuel Völkle und Esther Glahn, die auf ganz unterschiedliche Weise das Gelingen der Arbeit begünstigt haben. Ich danke Herrn Professor Dr. Rupert Hölzl, der mir durch sein Wirken eine Verlängerung meiner beruflichen Tätigkeit an der Universität Mannheim ermöglicht hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Verantwortlichen und den Mitarbeitern/-innen¹ der Klinik Mengerschwaige, namentlich bei Frau Gisela Finke (Projektleitung), Herrn Dr. Egon Fabian (Chefarzt), Frau Dr. Maria Ammon (Therapeutische Geschäftsführung) und Herrn Waldemar Dziakowski (Wirtschaftliche Geschäftsführung) bedanken, die mir durch die Initiierung und Durchführung dieser Studie die Möglichkeit zur Dissertation in diesem interessanten Themenfeld ermöglichten.

Mein besonderer Dank gilt auch allen Patienten/-innen¹ und Therapeuten/-innen¹ für ihre Zeit, Mühen und Offenheit beim Beantworten der Fragebögen.

Schließlich danke ich von Herzen Sabine.

Karlsruhe, 22. März 2011

gez. David Kriz

¹ Zur einfacheren Lesbarkeit werden im Rahmen dieser Arbeit bei geschlechterübergreifenden Aussagen entsprechend der tradierten Sprach- und Lesegewohnheiten jeweils männliche Personenbezeichnungen verwendet, auch wenn im Rahmen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in klinischen Studien in der Regel deutlich mehr Frauen angetroffen werden (vgl. Kapitel 3.1.4, S.36) und somit die Verwendung der weiblichen Form oftmals angemessener wäre.

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der weiterhin aktuellen Forderung nach erkrankungsspezifisch differenzierter psychotherapeutischer Behandlung (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2009; Lutz, 2007) wurde auf Grundlage einer knapp dreijährigen Programmevaluationsstudie der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaike eine subgruppenspezifische Betrachtung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgenommen. Neben der Fokussierung der Behandlungsergebnisse bei Entlassung wie auch nach einer Halbjahreskatamnese, war dabei die Entwicklung und Prüfung theoretisch abgeleiteter, Ex-Post-Facto gebildeter Ergebniskriterien wesentliches Forschungsziel. Konstruktionsgrundlage bildete die von Fishbein und Ajzen (1974) entwickelte und von Schmidt und Wittmann (Schmidt, Bernhard, Wittmann, & Lamprecht, 1987; Schmidt, 1991) adaptierte Systematisierung möglicher Ergebniskriterien. Differenziert wurde zwischen einem generischen, multiplen Ergebniskriterium, das erkrankungsübergreifend die „Teilhabe am alltäglichen Leben“ im Sinne eines Gesundheitsindikators repräsentiert und einem borderlinespezifischen Ansatz. Der Evaluation wurde ein auf Grundlage der Fünf-Datenbox-Konzeption von Wittmann (1990; 2009) spezifiziertes Evaluationsmodell zugrunde gelegt, das Implikationen aus dem Tripartite-Modell von Strupp & Hadley (1977) und dem Allgemeinen Modell der Psychotherapie (Orlinsky und Howard, 1988) beinhaltet. Operationalisierungsgrundlage bildete das im Rahmen der Studie eingesetzte umfangreiche Assessment. Die Auswertungsmethodik berücksichtigt einen Vergleich der $N_{Bf} = 202$ Behandlungsfälle von Borderline-Patienten (ICD-10; Haupt- und Nebendiagnosen) mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörung ($N_{Bf} = 256$). Die Borderline-Subgruppe besteht überwiegend aus jungen Frauen (Frauenanteil: 82%; durchschnittlich 31 Jahre alt). Keiner der Patienten war bei Aufnahme akut suizidgefährdet, Suizidgedanken formulierten 35%. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 97,8 (SD= 83,5) Tagen. In 46 Fällen (23%) wurde die Behandlung vorzeitig durch den Patienten abgebrochen, in fünf (2,5%) aus disziplinarischen Gründen von Seiten der Klinik. Aufnahme-Entlassdaten liegen für $N_{Bf} = 111$ (55%), Aufnahme-Katamnesedaten für $N_{Bf} = 34$ (16,8%). Teilnehmer an der Katamnese unterscheiden sich weder bei Aufnahme noch bei Entlassung von den Nichtteilnehmern auf Skalen der Selbsteinschätzung, ihre Situation wird allerdings von den Therapeuten bei Entlassung signifikant besser eingeschätzt.

Die Patienten erweisen sich bei Aufnahme sowohl auf den zentralen Verfahren der Selbst- (SCL-90-R, BDI, SVF78, IIP, BPI, WHOQoL), als auch der Fremdeinschätzung (GAF, BSS) als schwer erkrankt. So ist beispielsweise die allgemeine Symptombelastung (SCL-90-R) mit einem GSI= 1,5 bei Aufnahme gegenüber stationären Psychotherapiepatienten mit einem GSI= 1,2 (Franke, 1997) und einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe $GSI_{Frauen} = 0,4$ und $GSI_{Männern} = 0,3$ (Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler 2001) deutlich erhöht. Im Vergleich mit einer allerdings eher klein zu bewertenden Stichprobe stationärer Borderline-Patienten ist die Belastung geringer ($N = 50$, GSI= 1,8; Kröger, Schweiger, Sipos, Arnold, Kahl, Schunert et al., 2006). Die Effektstärken im Aufnahme-Entlassvergleich sind mit Ausnahme des BPI für alle eingesetzten Verfahren nach der Taxonomie von Cohen (1992) als mittelgroß bis groß, für den Aufnahme-Katamnesevergleich auf dem GSI (SCL-90-R), dem BDI und der Negativskala des SVF78 immer noch als mittelgroß einzuschätzen. Die beim GSI

gegebenen Effektstärken von $ES_{A-E} = 0,79$ bzw. $ES_{A-K} = 0,61$ erweisen sich damit als vergleichbar mit veröffentlichten erkrankungsspezifischen Studien (Kröger et al., 2006: $ES_{A-E} = 0,68$; Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Böhme, & Linehan, 2000: $ES_{A-E} = 1,01$). Dass die Ergebnisse sowohl bei Entlassung (GSI= 1,03) und bei Katamnese (GSI= 1,31) grundsätzlich immer noch einen hohen Krankheitswert aufweisen, ist sicherlich in dem schweren und chronischen Erkrankungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung begründet und verdeutlicht die Notwendigkeit erkrankungsspezifischer Ergebnisbewertung anhand spezifischer Ergebniskriterien. Die Vorhersage des Gesundheitszustands bei Entlassung ist für die Substichprobe der Borderline-Patienten zu einem gewissen Ausmaß anhand der „Vorbehandlung“, der „Behandlungsart“ sowie der „Arbeitsfähigkeit“ möglich. Für die Vergleichsgruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung ergeben sich keine stabilen Prädiktoren. Die pfadanalytische Prüfung des spezifizierten Evaluationsmodells sowie der Ex-Post-Facto entwickelten Ergebniskriterien konnte aufgrund der in den Daten letztlich unzureichend abgebildeten Interventionsmaßnahmen der NTR-Box nicht bzw. nur in stark vereinfachter Form erfolgen. Eine anschließende, explorative Modellentwicklung kann die Bedeutung negativer Stressbewältigungsstrategien (SVF78) für die Ausprägung interpersonaler Probleme (IIP), wie auch die Bedeutung interpersonaler Probleme für die allgemeine Symptombelastung (SCL-90-R) aufzeigen. In der Gesamtbewertung der Studie lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den voneinander separierten Substichproben finden, die allerdings weniger in qualitativen Unterschieden sondern stärker in Hinblick auf Erkrankungsschwere und Stabilität der Behandlungserfolge zum Ausdruck kommen. Es stellt sich die Frage nach der Angemessenheit der Diagnose bzw. der Güte der Diagnosestellung.

Die theoriegeleitete nachträgliche Konzeption und Entwicklung von Bewertungskriterien erwies sich in der Praxis als deutlich problematischer, als dies die Forschungsarbeiten von Schmidt und Wittmann (Schmidt et al., 1987; Schmidt, 1991) erwarten ließen. Insbesondere die Abkehr von einer ad hoc-Auswahl, wie auch die Generierung von spezifischen und nicht übergreifenden Parametern erwies sich letztlich als hinderlich.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis	XI
Abkürzungsverzeichnis.....	XV
1 EINFÜHRUNG IN DAS THEMA.....	1
2 EVALUATION VON PSYCHOTHERAPIE	4
2.1 PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG.....	4
2.2 ÜBERGREIFENDE THEORIEN VON PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG	7
2.2.1 “Generic Model of Psychotherapy”.....	7
2.2.2 “Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcome”	9
2.3 EVALUATIONSFORSCHUNG	14
2.3.1 Evaluationsmodell.....	15
2.3.1.1 Fünf-Datenboxen-Konzeption	15
2.3.2 Ergebnismessung und Bewertung	17
2.3.2.1 Evidenzbasierung und Kostenaspekte	17
2.3.2.2 Kriterienproblem der Evaluationsforschung.....	20
2.3.2.3 Aggregation und Symmetrie	21
3 BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	25
3.1 DIAGNOSE	25
3.1.1 Ursprünge der Diagnose	26
3.1.2 Borderline-Störung im DSM-IV und der ICD-10.....	26
3.1.3 Symptomatologie	29
3.1.3.1 Dissoziative Phänomene.....	29
3.1.3.2 Angst.....	30
3.1.3.3 Affektive Beeinträchtigungen	31
3.1.3.4 Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten	33
3.1.4 Prävalenz.....	35
3.2 KOMORBIDITÄT UND DIFFERENTIALDIAGNOSEN	37
3.2.1 Depression, Bipolare Störungen	38
3.2.2 Substanzbezogene Störungen	38
3.2.3 Essstörungen	39
3.2.4 Posttraumatische Belastungsstörungen	40
3.2.5 Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen.....	41
3.2.6 Fehldiagnosen	41

3.3	ÄTIOLOGISCHE KONZEPTE	42
3.3.1	<i>Genetisch vererbliche Komponenten der Borderline-Persönlichkeitsstörung</i>	42
3.3.2	<i>Neurowissenschaftliche Erkenntnisse</i>	43
3.3.3	<i>Die Bedeutung gravierender frühkindlicher psychosozialer Belastungsfaktoren</i>	44
3.3.4	<i>Kognitiv-Behaviorale Ansätze</i>	46
3.3.5	<i>Psychoanalytische Ansätze</i>	47
3.3.6	<i>Dynamisch-psychiatrischer Ansatz nach Günther Ammon</i>	49
3.4	THERAPEUTISCHE KONZEPTE.....	50
3.4.1	<i>Medikamentöse Behandlung</i>	51
3.4.2	<i>Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT nach M. Linehan</i>	51
3.4.3	<i>Übertragungsfokussierte Psychotherapie</i>	53
3.4.4	<i>Das Therapiekonzept der dynamisch-psychiatrischen Therapie</i>	54
3.5	THERAPIEWIRKSAMKEIT & PROGNOSE	56
3.5.1	<i>Psychotherapieforschung der Borderline-Störung</i>	56
3.5.1.1	<i>Wirksamkeitsnachweise der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie</i>	56
3.5.1.2	<i>Wirksamkeitsnachweise der übertragungsfokussierten Psychotherapie</i>	64
3.5.1.3	<i>Wirksamkeitsnachweise des dynamisch-psychiatrischen Ansatzes</i>	65
3.5.2	<i>Prognose</i>	66
3.6	VERSORGUNGSSITUATION UND KOSTENASPEKTE	67
3.7	BEHANDLUNGSKONZEPT DER KLINIK MENTERSCHWAIGE	70
4	PRÄZISIERUNG DER FRAGESTELLUNG, FORMULIERUNG DER HYPOTHESEN UND BESCHREIBUNG DER METHODIK	72
4.1	SPEZIFISCHES EVALUATIONSMODELL UNTER EINBEZUG DER NEU KONZIPIERTEN MULTIPLER ERGEBNISKRITERIEN	72
4.2	HYPOTHESEN	76
4.2.1	<i>Allgemeine Hypothesen</i>	76
4.2.2	<i>Forschungsspezifische Hypothesen</i>	79
4.3	DATENERHEBUNG	79
4.4	ASSESSMENT	80
4.5	OPERATIONALISIERUNG DER FORMULIERTEN MULTIPLER ERGEBNISKRITERIEN.....	96
4.6	AUSWERTUNGSMETHODIK	100
4.7	STICHPROBE	107
4.7.1	<i>Fallzahlen und Datenaufbereitung</i>	107
4.7.2	<i>Diagnosenüberblick und Spezifikation der klinischen Substichproben</i>	112
4.7.3	<i>Stichprobenbeschreibung anhand ausgewählter demografischer Variablen</i>	118

5	ERGEBNISSE	123
5.1	DROP-OUT-ANALYSEN: REPRÄSENTATIVITÄT DER SUBSTICHPROBEN.....	123
5.1.1	<i>Vergleich von Studien-Teilnehmern und -Nichtteilnehmern</i>	123
5.1.2	<i>Vergleich von Katamnese-Teilnehmern und -Nichtteilnehmern</i>	126
5.2	PR-BOX: ERKRANKUNGSSPEZIFISCHE SUBGRUPPENUNTERSCHIEDE BEI AUFNAHME	130
5.3	NTR-BOX: TREATMENTVARIABLEN.....	133
5.3.1	<i>Bewertung allgemeiner Struktur- und Prozessmerkmale</i>	133
5.3.2	<i>Therapeutische Einzelmaßnahmen</i>	134
5.3.2.1	<i>Aggregation therapeutischer Maßnahmen</i>	137
5.3.2.2	<i>Diagnosespezifische Verordnung</i>	140
5.4	PR/KR-BOX: BEHANDLUNGSERGEBNISSE	146
5.4.1	<i>Psychometrische Skalen</i>	146
5.4.1.1	<i>Unmittelbare Behandlungsergebnisse bei Entlassung</i>	146
5.4.1.2	<i>Längerfristige Behandlungsergebnisse bei 6-Monatskatamnese</i>	159
5.4.2	<i>Spezifizierte multiple Ergebniskriterien</i>	161
5.4.2.1	<i>Ergebnisqualität der borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2}</i>	161
5.4.2.2	<i>Ergebnisqualität des erkrankungsunspezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL}</i>	170
5.4.2.3	<i>Zusammenhänge der verschiedenen Ergebniskriterien</i>	177
5.4.3	<i>Vergleich zwischen „Gebesserten“ und „Nicht-Gebesserten“</i>	178
5.4.4	<i>Ergebnisvorhersage aufgrund von Patientenmerkmalen bei Aufnahme</i>	182
5.4.5	<i>Kostenaspekte</i>	187
5.5	PFADANALYTISCHE PRÜFUNG DER SPEZIFIZIERTEN MULTIPLLEN ERGEBNISKRITERIEN....	191
5.6	WEITERFÜHRENDE EXPLORATION MIT FOKUSSIERUNG INTERPERSONALER PROBLEME .	195
6	ERGEBNISZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	203
7	LITERATUR	215
8	ANHANG	246

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Allgemeines Modell der Psychotherapie nach Orlinsky und Howard (1987)	8
Abbildung 2-2:	Erfolgsrelevante Passungen (Doppelpfeile) zwischen den vier Wirkfaktoren des Allgemeinen Modells der Psychotherapie von Orlinsky und Howard (1988).....	9
Abbildung 2-3:	Spezifikation des Bewertungsmodells der drei relevanten Stakeholderperspektiven mit dem zentralen Kriterium der Teilhabe mit Beispielen der Operationalisierung.....	13
Abbildung 2-4:	Das Evaluationsmodell der fünf Datenboxen nach Wittmann (1990).	16
Abbildung 2-5:	Veranschaulichung möglicher asymmetrischer Validierungsstrategien zwischen Prädiktor (PR) und Kriterium (KR) (Wittmann, 2009, S.81, Abb. 7)	22
Abbildung 2-6:	Unterschiedliche Ergebniskriterien nach Wittmann & Schmidt (1983).	23
Abbildung 3-1:	Kriterien zur Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	27
Abbildung 3-2:	Kriterien zur Diagnose der „Emotional instabilen Persönlichkeit“ nach ICD-10. 28	
Abbildung 3-3:	Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline-Störung (Bohus & Schmahl, 2007).....	47
Abbildung 4-1:	Studiendesign: Messzeitpunkte und Datenquellen	73
Abbildung 4-2:	Spezifiziertes Evaluationsmodell mit Visualisierung der theoretischen Konzeptionen der vier relevanten Datenboxen	74
Abbildung 4-3:	Studienbedingte Anpassung des Wirkfaktorenmodells von Orlinsky und Howard (1988).....	75
Abbildung 4-4:	Consort-Chart: Übersicht über Behandlungsfälle und Patientenzahlen bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese	108
Abbildung 4-5:	Vergangene Zeitspanne seit der Entlassung	109
Abbildung 4-6:	Anteil vorhandener Aufnahmemessungen in Abhängigkeit vom Zeitintervall seit der vorangegangenen Entlassung bei Wiederaufnahme	109
Abbildung 4-7:	Anzahl an Wiederaufnahmen und Unterbrechungsdauer zwischen Entlassung und Wiederaufnahme des neu geordneten Datensatzes.....	110
Abbildung 4-8:	Prozentuale Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnose 1.+2. Stelle.....	112
Abbildung 4-9:	Haupt- und Nebendiagnosen: Prozentanteile.....	113
Abbildung 4-10:	Prozentuale Verteilung der kumulierten Häufigkeiten von Hauptdiagnose und aller vier Nebendiagnosen.....	113
Abbildung 4-11:	Häufigkeiten und Prozentanteile weiterer F6-Diagnosen	114
Abbildung 4-12:	Häufigkeiten und Prozentanteile der Komorbidität von F3, F4 und F6-Diagnosen, sowie die Anteile an Diagnosen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	114
Abbildung 4-13:	Häufigkeiten und Prozentanteile der F3-Diagnosen	115
Abbildung 4-14:	Häufigkeiten und Prozentanteile der F4-Diagnosen	115
Abbildung 4-15:	Häufigkeiten und Prozentanteile der F1-Diagnosen.....	116
Abbildung 4-16:	Häufigkeiten und Prozentanteile F50 „Essstörungen“.....	116
Abbildung 4-17:	Häufigkeiten und prozentuale Verteilung der unterschiedenen Substichproben.....	117
Abbildung 4-18:	Häufigkeiten und Prozentanteile der ICD-10-Hauptdiagnosen bzw. aller Diagnosen der Substichprobe ohne Persönlichkeitsstörung.....	118

Abbildung 4-19: Häufigkeiten und Prozentanteile der ICD-10-Nebendiagnosen der BPD-Substichprobe.....	118
Abbildung 5-1: Effektstärken der Unterschiede zwischen den Substichproben bei Aufnahme der wesentlichen standardisierten Kriterienmaße.....	132
Abbildung 5-2: Bewertung der Struktur- und Prozessqualität aus Sicht der Patienten: Mittelwertsvergleich der beiden Substichproben auf Skalenebene mit Konfidenzintervall	133
Abbildung 5-3: Therapeutische Maßnahmen: Häufigkeiten von Verordnungen, Bewertungen durch Patienten und der Kombination von Therapeuten- und Patientenangaben.....	135
Abbildung 5-4: Bewertung der therapeutischen Maßnahmen durch die Patienten.....	136
Abbildung 5-5: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der Bewertung von therapeutischen Maßnahmen aus Patientensicht.	137
Abbildung 5-6: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse „Teilnahmebereitschaft der Patienten an therapeutischen Verordnungen aus Sicht der Therapeuten“.....	139
Abbildung 5-7: Skalen der therapeutischen Maßnahmen: Mittelwertsvergleich der beiden Substichproben.....	140
Abbildung 5-8: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der ausgewählten therapeutischen Maßnahmen	142
Abbildung 5-9: Übereinstimmung von genanntem Problem und dem Therapieziel aus Sicht der Patienten in Prozent.....	145
Abbildung 5-10: GSI-Gesamtmittelwert (SCL-90-R): Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung der beiden Substichproben in Gegenüberstellung zu einem ausgewählten, veröffentlichten Ergebnis einer Borderline-Stichprobe.	147
Abbildung 5-11: GSI-Gesamtmittelwert (SCL-90-R): Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung.....	148
Abbildung 5-12: BDI-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung.....	149
Abbildung 5-13: BDI-Gesamtmittelwert: Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung im Vergleich zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen.....	150
Abbildung 5-14: IIP-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung	150
Abbildung 5-15: IIP-Gesamtmittelwert: Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung	151
Abbildung 5-16: SVF-78: „Stressvermindernde Positiv-Strategien POS“ und „Stressvermehrende Negativ-Strategien NEG“: Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung	152
Abbildung 5-17: SVF-78: „Stressvermindernde Positiv-Strategien POS“ und „Stressvermehrende Negativ-Strategien NEG“: Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung	153
Abbildung 5-18: WHOQoL-BREF-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung.....	153
Abbildung 5-19: WHOQoL-Gesamtwert: Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung.....	154
Abbildung 5-20: BPI: BPI-51 und CUT-20-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung.....	155
Abbildung 5-21: BPI: Effektstärken des BPI-51 sowie der vier BPI-Subskalen zwischen Aufnahme und Entlassung.....	156
Abbildung 5-22: BPRS-Gesamtwert: Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung.....	156
Abbildung 5-23: BPRS-Gesamtwert: Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung.....	157
Abbildung 5-24: GAF-Wert (7 Tage): Prä-Postvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung ...	158

Abbildung 5-25:	GAF-Wert (7 Tage): Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung.....	159
Abbildung 5-26:	Mittelwerte der drei Messzeitpunkte Aufnahme, Entlassung und 6-Monatskatamnese im Rahmen Zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung.....	160
Abbildung 5-27:	Effektstärken zwischen Aufnahme und Katamnese der zentralen psychometrischen Skalen im Vergleich der Sub- wie der Gesamtstichprobe.....	161
Abbildung 5-28:	Status: ROC-Kurven und Kennwerte der z-standardisierten, mittleren Kennwerte bei Aufnahme der Items MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} in Gegenüberstellung zum BPI-51 zur Diskrimination der erkrankungsspezifischen Subgruppen.	163
Abbildung 5-29:	ROC-Kurven und Kennwerte von MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} in Gegenüberstellung zum BPI-51 zur Diskrimination der erkrankungsspezifischen Subgruppen.....	164
Abbildung 5-30:	Screepplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse des MEK_{BPD_2}	164
Abbildung 5-31:	Boxplots der borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2}	166
Abbildung 5-32:	Effektstärken der beiden Vergleichs- und der Gesamtstichprobe für das MEK_{BPD_1} (A-E) und das MEK_{BPD_2} (A-K).	167
Abbildung 5-33:	Korrelationen der Skalengesamtwerte der zentralen Assessmentverfahren bei Aufnahme mit dem aggregierten Gesamtwert der z-standardisierten Items des MEK_{BPD_1}	168
Abbildung 5-34:	Korrelationen zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_1}	169
Abbildung 5-35:	Interkorrelationen der zentralen psychometrischen Skalen zum Zeitpunkt der Aufnahme.....	170
Abbildung 5-36:	Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung bzw. Aufnahme und Katamnese des gemittelten Kennwerts der 17 gesundheitsbezogenen Items.....	172
Abbildung 5-37:	Boxplots der am definierten Cut-off z-standardisierten, mittleren Kennwerte der „Teilhabe am alltäglichen Leben“ zu den Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Katamnese. .	173
Abbildung 5-38:	Boxplots der auf Grundlage des Composit-Ansatzes entwickelten multiplen Ergebniskriterium MEK_{TaL} des Aufnahme-Entlass- und des Aufnahme-Katamnesevergleichs in Gegenüberstellung der beiden Stichproben.....	175
Abbildung 5-39:	ROC-Kurven und Kennwerte des multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} sowie der z-standardisierten, mittleren Kennwerte bei Aufnahme ($Z_{TaL_Prä}$) und Entlassung (Z_{TaL_Post}) zur Diskrimination der erkrankungsspezifischen Subgruppen.	175
Abbildung 5-40:	Korrelationen zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{TaL}	176
Abbildung 5-41:	Korrelationen zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen Aufnahme und Katamnese und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{TaL}	177
Abbildung 5-42:	Interkorrelationen der verschiedenen zu vergleichenden Ergebnisbewertungskriterien.....	178
Abbildung 5-43:	Scatterplot zwischen der Behandlungsdauer und dem SCL-90-R Gesamtwert GSI bei Entlassung.....	191
Abbildung 5-44:	Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices des pfadanalytisches Modells anhand der am definierten Cut-off gemittelten, z-standardisierten Items ($Z_{TaL_Prä}$, Z_{TaL_Post} , Z_{TaL_Kat}) des Diagnose übergreifenden multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL}	192

Abbildung 5-45: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices des pfadanalytisches Modells anhand der gemittelten, z-standardisierten Items (BPD_1_ZA, BPD_1_ZE) des diagnosespezifischen, multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_1}	194
Abbildung 5-46: Pfadmodelle zur Prüfung der Kausalität zwischen IIP und GSI (SCL-90-R): Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices im Vergleich der Substichproben.	198
Abbildung 5-47: Pfadmodelle zum Zusammenhang zwischen den beiden Stressverarbeitungsstrategien und dem IIP bei Aufnahme: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices	199
Abbildung 5-48: Exploratives Gesamtmodell von WHOQoL, SVF und IIP mit der Symptombelastung (GSI des SCL-90-R) bei Entlassung als Kriterienvariable: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices.....	199
Abbildung 5-49: Exploratives Gesamtmodell mit der Symptombelastung des GSI (SCL-90-R) bei Aufnahme als endogene Variable und der Lebensqualität, operationalisiert durch den WHOQoL bei Entlassung als Kriterienvariable: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices	200
Abbildung 5-50: Mittlere Ausprägungen der IIP-Unterskalen in Anordnung des Circumplexmodells (Leary, 1957) bei Aufnahme und Entlassung.....	201
Abbildung 8-1: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der Einzelitemrohwerte des MEK_{BPD_1} (Aufnahmemessung).....	251
Abbildung 8-2: Korrelationen (Pearson) der Skalengesamtwerte der zentralen Assessmentverfahren bei Aufnahme mit dem aggregierten Gesamtwert (BPD_2_ZA) der z-standardisierten Einzelitems des MEK_{BPD_2}	253
Abbildung 8-3: Korrelationen (Pearson) zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_2}	254
Abbildung 8-4: Korrelationen zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen Aufnahme und Katamnese und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_1}	255
Abbildung 8-5: Korrelationen zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen Aufnahme und Katamnese und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_2}	256
Abbildung 8-6: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der 17 ausgewählten Gesundheitsaspekte.	257
Abbildung 8-7: Korrelationen zwischen den Gesamtkennwerten der zentralen Assessmentverfahren und dem aus den 17 z-standardisierten Gesundheitsaspekten gemittelten Kennwert ($Z_{TaL_Prä}$) bei Aufnahme.....	258

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Die dreigeteilte Perspektive von psychischer Gesundheit und Therapieergebnissen (nach Strupp, 1996).....	10
Tabelle 2-2:	Evidenzklassen (nach Fydrich & Schneider, 2007).....	18
Tabelle 2-3:	Studien der Arbeitsgruppe unter Verwendung des EMEK-27-Kriteriums.....	24
Tabelle 3-1:	Kontrollierte Psychotherapiestudien der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (in Anlehnung an Lieb et al., 2004)	58
Tabelle 3-2:	Prä-Post Psychotherapiestudien DBT zur Borderline-Persönlichkeitsstörungen	63
Tabelle 4-1:	Überblick über die eingesetzten Assessmentinstrumente, differenziert nach Datenquelle und Messzeitpunkt.	81
Tabelle 4-2:	Übersicht über die Subskalen des IIP	86
Tabelle 4-3:	Übersicht über die Subskalen des SVF78.....	87
Tabelle 4-4:	Einzelitems des erkrankungsspezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK _{BPD} auf Grundlage der Zuordnung von typischer Symptomatologie und vorhandener Einzelitems.....	98
Tabelle 4-5:	Übersicht über Fallzahlen und Anteile der Kombination der unterschiedlichen Datenquellen	111
Tabelle 4-6:	Stichprobenvergleich ausgewählter demografischer Personenvariablen.....	119
Tabelle 4-7:	Stichprobenvergleich ausgewählter Personenvariablen	119
Tabelle 4-8:	Stichprobenvergleich ausgewählter therapiebezogener/-relevanter Variablen	120
Tabelle 4-9:	Stichprobenvergleich ausgewählter beruflicher Variablen.....	122
Tabelle 5-1:	Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an Aufnahme- und/oder Entlassbefragung: Verteilungs- und Mittelwertvergleiche ausgewählter Statuskennwerte	124
Tabelle 5-2:	Repräsentativitätsanalyse bzgl. Behandlungsfällen mit und ohne Teilnahme an der Aufnahme- und/oder Entlassbefragung: Mittelwertvergleiche: Demografische Kennwerte und Fremdeinschätzungen der Erkrankungsschwere bei Aufnahme	125
Tabelle 5-3:	Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Verteilungs- und Mittelwertvergleiche ausgewählter Statuskennwerte bei Aufnahme.....	127
Tabelle 5-4:	Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertvergleiche bei Aufnahme: Demografische Kennwerte und Fremdeinschätzungen der Erkrankungsschwere	128
Tabelle 5-5:	Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertvergleiche bei Entlassung: Fremdeinschätzungen der Erkrankungsschwere.....	129
Tabelle 5-6:	Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertvergleiche bei Aufnahme: Selbsteinschätzung der Erkrankungsschwere anhand zentraler standardisierter Testkennwerte.....	129
Tabelle 5-7:	Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit/ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertvergleiche bei Entlassung: Selbsteinschätzung der Erkrankungsschwere anhand standardisierter Testkennwerte.....	130

Tabelle 5-8:	Stichprobenvergleich ausgewählter, für die Borderline-Persönlichkeitsstörung relevanter Symptome und Kriterienmaße bei Aufnahme.....	131
Tabelle 5-9:	Stichprobenvergleich des BPI: CUT-20.....	132
Tabelle 5-10:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte (Kovariate: Anzahl an Komorbiditäten; Abhängige Variable: GSI des SCL-90-R bei Aufnahme).....	132
Tabelle 5-11:	Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse der Bewertung von therapeutischen Maßnahmen aus Patientensicht nach Varimaxrotation.....	138
Tabelle 5-12:	Skalenkennwerte der drei „Therapie-Skalen aus Sicht der Patienten“.....	138
Tabelle 5-13:	Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse nach Varimaxrotation zur „Teilnahmebereitschaft der Patienten an therapeutischen Verordnungen aus Sicht der Therapeuten“.....	139
Tabelle 5-14:	Skalenkennwerte der beiden „Teilnahmebereitschafts-Skalen aus Sicht der Therapeuten“.....	140
Tabelle 5-15:	Verordnungshäufigkeiten der vier großen Therapiekategorien: Vergleich zwischen der BPD- und der Stichprobe ohne dokumentierte Persönlichkeitsstörung.....	141
Tabelle 5-16:	Hauptkomponentenanalysen der persönlichen Problembewertung: Zusammenfassende Ergebnisse des Bootstrappings.....	142
Tabelle 5-17:	Faktorladungsmuster der persönlichen Problembewertung nach Varimaxrotation.....	143
Tabelle 5-18:	Punktbiseriale Korrelation zwischen den Markieritems der persönlichen Problembewertung und dem Verordnungsstatus (ja/nein) der einzelnen Therapiemaßnahmen.....	144
Tabelle 5-19:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte SCL-90-R (Kovariate: GSI-Wert bei Aufnahme; abhängige Variable: Differenzwert $GSI_{Post} - GSI_{Prä}$).....	147
Tabelle 5-20:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte BDI (Kovariate: BDI-Wert bei Aufnahme; abhängige Variable: Differenzwert $BDI_{Post} - BDI_{Prä}$).....	149
Tabelle 5-21:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte IIP (Kovariate: IIP-Wert bei Aufnahme; abhängige Variable: Differenzwert $IIP_{Post} - IIP_{Prä}$).....	151
Tabelle 5-22:	Multivariate Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte SVF78 (Kovariaten: SVF78-Positiv-Strategie-Wert POS, SVF78-Negativ-Strategie-Wert NEG jeweils bei Aufnahme; abhängige Variablen: Differenzwerte $SVF_POS_{Post} - SVF_POS_{Prä}$ und $SVF_NEG_{Post} - SVF_NEG_{Prä}$).....	152
Tabelle 5-23:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte WHOQoL (Kovariate: WHOQoL-Gesamtwert bei Aufnahme; AV: Differenzwert $WHOQoL_{Post} - WHOQoL_{Prä}$).....	154
Tabelle 5-24:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte BPI (Kovariate: BPI-Wert bei Aufnahme; AV: Differenzwert $BPI_{Post} - BPI_{Prä}$).....	155
Tabelle 5-25:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte BPRS (Kovariate: BPRS-Wert bei Aufnahme; AV: Differenzwert $BPRS_{Post} - BPRS_{Prä}$).....	157
Tabelle 5-26:	Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte GAF (Kovariate: GAF-Wert (7 Tage) bei Aufnahme; abhängige Variable: Differenzwert $GAF_{Post} - GAF_{Prä}$).....	158
Tabelle 5-27:	Deskriptive Kennwerte der Items zu den Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Katamnese, die der Bildung der borderlinespezifischen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} zugrunde gelegt sind.....	162
Tabelle 5-28:	Faktorladungsmuster der zugrunde liegenden Einzelitems des borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_2} nach Varimaxrotation.....	165
Tabelle 5-29:	Deskriptive Kennwerte der Rohwerte der 17 gesundheitsbezogenen Items, die der Operationalisierung des multiplen Ergebniskriteriums „Teilhabe am alltäglichen Leben“ MEK_{TaL} zugrunde gelegt sind für die Zeitpunkte Aufnahme, Entlassung und Katamnese.....	171

Tabelle 5-30: Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse der 17 ausgewählten Gesundheitsaspekte nach Varimaxrotation.....	172
Tabelle 5-31: Deskriptive Kennwerte der zur Erfassung der „Teilhabe am alltäglichen Leben“ relevanten Kennwerte $Z_{TaL_Prä}$, Z_{TaL_Post} , Z_{TaL_Kat} und MEK_{TaL} ; Mittelwertsvergleich.....	174
Tabelle 5-32: Kreuztabelle zwischen Behandlungsende und Vorliegen von Patienten- bzw. Therapeutenfragebogen.....	179
Tabelle 5-33: Vergleich der beiden Behandlungsbeendigungskategorien „regulär“ und „Abbruch“ für die Gesamtstichprobe.....	180
Tabelle 5-34: Vergleich der am Median gesplitteten Teilstichproben der mittleren Effektstärken (A-E) der standardisierten Assessmentverfahren, differenziert für die beiden Vergleichsstichproben.....	181
Tabelle 5-35: Überblick über mögliche und tatsächlich berücksichtigte Prädiktorvariablen zur Vorhersage des Behandlungserfolgs.....	182
Tabelle 5-36: Multiple Regression von den verschiedenen Ergebniskriterien im Stichprobenvergleich: Aufgeklärte Varianz.....	184
Tabelle 5-37: Multiple Regression von der gemittelten Effektstärke im Aufnahme-Entlassvergleich. Gegenüberstellung der Partialgewichte von Gesamtstichprobe und Substichproben.....	184
Tabelle 5-38: Multiple Regression des gesundheitsbezogenen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} im Aufnahme-Entlassvergleich. Gegenüberstellung der Partialgewichte von Gesamtstichprobe und Substichproben.....	185
Tabelle 5-39: Multiple Regression des borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_1} im Aufnahme-Entlassvergleich. Gegenüberstellung der Partialgewichte von Gesamtstichprobe und den beiden Substichproben.....	185
Tabelle 5-40: Multiple Regression der gemittelten Effektstärke im Aufnahme-Katamnesevergleich, des MEK_{TaLK} und des MEK_{BPD_2} mit erweiterter Prädiktorenliste. Aufgeklärte Varianz und Partialgewichte der Gesamtstichprobe.....	186
Tabelle 5-41: Schrittweise Regression der unterschiedenen Ergebniskriterien (Aufnahme-Entlassvergleich) im Vergleich unter Berücksichtigung aller formulierten Prädiktoren.....	187
Tabelle 5-42: Veränderungen der direkten Behandlungskosten und der indirekten Behandlungskosten im Vergleich vom 6-Monatszeitraum vor Aufnahme und nach Entlassung.....	188
Tabelle 5-43: Zusammenhang (Korrelation nach Pearson) der Behandlungsdauer mit der gemittelten Effektstärke und den spezifizierten multiplen Ergebniskriterien MEK_{TaL} , MEK_{BPD_1} , MEK_{BPD_2} , sowie ausgewählter Statusmaße (GSI des SCL-90-R, BDI-Gesamtwert, BPI und WHOQoL-BREF) bei Entlassung und Katamnese.....	191
Tabelle 5-44: Stichprobenvergleich ausgewählter Fit-Indices, der standardisierten Pfadkoeffizienten und der aufgeklärten Varianz zum Zeitpunkt der Entlassung und der Katamnese des pfadanalytisches Modells anhand der am definierten Cut-off gemittelten, z-standardisierten Items ($Z_{TaL_Prä}$, Z_{TaL_Post} , Z_{TaL_Kat}) des Diagnose übergreifenden multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL}	193
Tabelle 5-45: Stichprobenvergleich ausgewählter Fit-Indices, der standardisierten Pfadkoeffizienten und der aufgeklärten Varianz zum Zeitpunkt der Entlassung des pfadanalytisches Modells anhand der gemittelten, z-standardisierten Items (BPD_1_ZA, BPD_1_ZE bzw. BPD_2_ZA, BPD_2_ZK) der diagnosespezifischen, multiplen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} .	195
Tabelle 5-46: Faktorladungsmuster der Gesamtwerte der standardisierten Assessmentverfahren nach Varimaxrotation im Stichprobenvergleich.....	197
Tabelle 5-47: Zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (ALM) der acht Unterskalen des IIP mit den Substichproben und den IIP-Kennwerten zu den Zeitpunkten Aufnahme und Entlassung: Tests der Zwischen- und Innersubjekteffekte.....	202

Tabelle 8-1: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: GSI des SCL-90-R (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.....	247
Tabelle 8-2: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: GSI des SCL-90-R (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.....	247
Tabelle 8-3: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BDI (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.....	247
Tabelle 8-4: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BDI (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.....	248
Tabelle 8-5: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: IIP (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.....	248
Tabelle 8-6: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: IIP (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.....	248
Tabelle 8-7: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-POS (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.....	249
Tabelle 8-8: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-POS (Messzeitpunkt Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.....	249
Tabelle 8-9: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-NEG (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.....	249
Tabelle 8-10: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-NEG (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.....	250
Tabelle 8-11: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BPI-51 (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.....	250
Tabelle 8-12: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BPI-51 (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.....	250
Tabelle 8-13: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: WHOQoL-BREF (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.....	251
Tabelle 8-14: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: WHOQoL-BREF (Messzeitpunkt: Aufnahme-Entlassung-Katamnese; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.....	251
Tabelle 8-15: Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse der Einzelitemrohwerte des MEK _{BPD_1} nach Varimaxrotation (Aufnahmemessung).....	252
Tabelle 8-16: Multiple Regression der gemittelten Effektstärke im Aufnahme-Katamnesevergleich, des MEK _{TaLK} und des MEK _{BPD_2}	259

Abkürzungsverzeichnis

ALG-2	= Arbeitslosengeld-2
AoB	= Angestellter oder Beamter
AOK	= Allgemeine Ortskrankenkasse
AUC	= Area Under Curve (vgl. Kapitel 4.6)
BA	= Berufsakademie
BDI	= Beck-Depressions-Inventar (vgl. Kapitel 4.4)
BKK / IKK	= Betriebskrankenkasse / Innungskrankenkasse
BPI	= Borderline-Persönlichkeits-Inventar (vgl. Kapitel 4.4)
BPRS	= Brief Psychiatric Rating Scale (vgl. Kapitel 4.4)
BPS	= Borderline-Persönlichkeitsstörung
BPD	= borderline personality disorder/Borderline-Persönlichkeitsstörung
BPD_1_ZA	= gemittelter Kennwert aller z-standardisierter Rohwerte der Variablen, die in die Bildung des borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_1} eingehen, auf Grundlage der Aufnahmemessung
BPD_1_ZE	= gemittelter Kennwert aller z-standardisierter Rohwerte der Variablen, die in die Bildung des borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_1} eingehen, auf Grundlage der Entlassmessung
BPD_2_ZA	= gemittelter Kennwert aller z-standardisierter Rohwerte der Variablen, die in die Bildung des borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_2} eingehen, auf Grundlage der Aufnahmemessung
BPD_2_ZK	= gemittelter Kennwert aller z-standardisierter Rohwerte der Variablen, die in die Bildung des borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_2} eingehen, auf Grundlage der Katamnese-messung
BSS	= Beeinträchtigungsschwerescore (vgl. Kapitel 4.4)
CGI	= Clinical Global Impression (vgl. Kapitel 4.4)
CI _{95%}	= Konfidenzintervall (engl. confidence interval; <i>tief gestellt</i> : Prozentwert des verwendeten Signifikanzlevels)
d	= Prä-Post-Effektgröße nach Cohen (Mittelwertsdifferenz, dividiert durch die gepoolte Streuung der Gesamtstichprobe von Prä- und Post-Zeitpunkt, vgl. Kapitel 4.6)
DBT	= Dialektisch-Behaviorale Therapie
DSM-IV	= Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (römische Zahl beziffert die jeweilige Version)
CFI	= Comparative Fit Index (vgl. Kapitel 4.6)
EbM	= Evidenzbasierte Medizin
ES	= Prä-Post-Effektgröße nach Glass (Mittelwertsdifferenz, dividiert durch die Streuung der Gesamtstichprobe zum Zeitpunkt der Prä-Messung/Aufnahme, vgl. Kapitel 4.6)
ETR-Box	= Experimentelle Treatment-Box (vgl. Kapitel 2.3.1.1)
EVA-Box	= Bewertungs-Box (vgl. Kapitel 2.3.1.1)
GAF	= Global Assessment of Functioning (vgl. Kapitel 4.4)
GT	= Gießentest (Beckmann & Richter, 1975)
ICD-10	= International Classification of Diseases/Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO (10. Version)

IIP	= Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (vgl. Kapitel 4.4)
IPDE	= International Personality Disorder Examination (vgl. Kapitel 4.4)
ISTA	= Ich-Strukturtest (vgl. Kapitel 4.4)
Kat	= Katamnese
k.A.	= keine Angaben
KR-Box	= Kriterien-Box (vgl. Kapitel 2.3.1.1)
M	= Mittelwert
MAR	= Missing At Random (vgl. Kapitel 4.6)
MCAR	= Missing Completely At Random (vgl. Kapitel 4.6)
Md	= Median
MEK _{TaL}	= erkrankungsunspezifisches, multiples Ergebniskriterium der Teilhabe am täglichen Leben (Entlasszeitpunkt)
MEK _{TaLK}	= erkrankungsunspezifisches, multiples Ergebniskriterium der Teilhabe am täglichen Leben zum Katamnesezeitpunkt
MEK _{BPD_1}	= borderlinespezifisches, multiples Ergebniskriterium (Aufnahme-Entlass-Vergleich, inhaltsärmer)
MEK _{BPD_2}	= borderlinespezifisches, multiples Ergebniskriterium (Aufnahme-Katamnese-Vergleich, inhaltsreicher)
mtl.	= monatlich
MMPI	= Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI (Hathaway & McKinley, 1943)
MNAR	= Missing Not At Random (vgl. Kapitel 4.6)
N	= Anzahl
N _{Bf}	= Anzahl Behandlungsfälle
NNT	= Number needed to treat (Anzahl an Personen, die mit einer bestimmten Maßnahme behandelt werden müssen, um eine Person vor einer bestimmten Erkrankungsfolge/-erscheinung zu bewahren)
n.s.	= nicht signifikant
NTR-Box	= Nichtexperimentelle Treatment-Box (vgl. Kapitel 2.3.1.1)
p	= p-Wert der Signifikanztestung
PFA	= Patientenfragebogen bei Aufnahme
PFE	= Patientenfragebogen bei Entlassung
Pk.störung	= Persönlichkeitsstörung
PL	= Problemliste (enthalten in PFA und PFK)
Post	= Messung nach der Behandlung
PR-Box	= Prädiktor-Box (vgl. Kapitel 2.3.1.1)
Prä	= Messung vor der Behandlung
PSDI	= Positiver Symptom Distress (Antwortintensität im SCL-90-R, vgl. Kapitel 4.4)
PST	= Positive Symptome Total (Symptomanzahl im SCL-90-R, vgl. Kapitel 4.4)
Psy-BaDo	= Basisdokumentation in Psychotherapie (vgl. Kapitel 4.4)
psych.-psychoth.	= psychiatrisch-psychotherapeutisch
psychotherapeut.	= psychotherapeutisch
RCT	= Randomised Control Trial/Randomisierte Kontrollgruppenstudie

RMSEA	= Root Mean Error of Approximation (vgl. Kapitel 4.6)
ROC	= Receiver-Operating-Characterstics (vgl. Kapitel 4.6)
ROI	= Return on investment/Ertrag aus investiertem Kapital
SCL-90-R	= Symptomcheckliste (vgl. Kapitel 4.4)
SD	= Standardabweichung (engl. standard deviation)
selbst.	= selbständig(er)
Sig.	= Signifikanz
SRMR	= Standardized Root Mean Square Residual (vgl. Kapitel 4.6)
SPT	= unterstützende psychodynamische Therapie (engl. psychodynamic supportive psychotherapy)
SVF78	= Stress-Verarbeitungs-Fragebogen (vgl. Kapitel 4.4)
TAU	= Standardbehandlung (engl. Treatment as usual)
TaL	= Teilhabe am täglichen Leben
Tal n.g.	= Teilhabe am täglichen Leben nicht hinreichend gegeben
TBA	= Therapeutenfragebogen bei Aufnahme
TBE	= Therapeutenfragebogen bei Entlassung
TFP	= Übertragungsfokussierte Psychotherapie (engl. Transference Focused Psychotherapy)
VEV	= Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (vgl. Kapitel 4.4)
WHO	= World Health Orginazation/Welt Gesundheits Organisation
WHOQoL	= Fragebogen zur Lebensqualität (vgl. Kapitel 4.4)
$Z_{TaL_Prä}$	= gemittelter Kennwert der z-standardisierten Itemrohwerte des MEK_{TaL} bei Aufnahme
Z_{TaL_Post}	= gemittelter Kennwert der z-standardisierten Itemrohwerte des MEK_{TaL} bei Entlassung
Z_{TaL_Kat}	= gemittelter Kennwert der z-standardisierten Itemrohwerte des MEK_{TaL} bei Katamnese
ZUF-8	= Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (vgl. Kapitel 4.4)

1 Einführung in das Thema

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist seit Jahren durch kontinuierlich steigende Kosten gekennzeichnet. Dies ist unter anderem auf eine sich grundlegend verändernde Altersstruktur der Bevölkerung infolge steigender Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Geburtenzahl zurückzuführen (Statistisches Bundesamt, 2009a). Nach aktuellen Prognosen ist eine weitere dramatische Alterung der Gesellschaft zu erwarten. So würde sich der relative Anteil der über 65jährigen von 20% im Jahr 2008 auf 34% im Jahr 2060, der über 85jährigen von 5% auf 14% erhöhen (Statistisches Bundesamt, 2009b). Aufgrund der hohen Altersabhängigkeit der Pro-Kopf Gesundheitsausgaben (Niehaus, 2006) ist von einer sich in den kommenden Jahrzehnten zuspitzenden Bedrohung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auszugehen. Dabei spielen die immensen Kosten insbesondere für innovative diagnostische und (pharmako-)therapeutische Verfahren eine entscheidende Rolle. Der Diskurs über Möglichkeiten, wie den kontinuierlichen Kostensteigerungen im deutschen Gesundheitssystem Einhalt geboten werden kann ist seit Jahren vorrangiges Thema innenpolitischer Auseinandersetzung. Im Zentrum dieser Auseinandersetzung stehen wiederholt und aktuell die Fragen nach mehr Wettbewerb und Effizienzsteigerung (z.B. Rösler, 2010; zitiert nach Pressebericht des Hauptstadtkongresses 2010 in Berlin). Beides setzt letztlich differenziertes Wissen über Güte unterschiedlicher Anbieter, diagnostischer und therapeutischer Verfahren etc. voraus. Insbesondere das Bemühen um standardisierte Kriterien zur Effektivitätsbewertung verschiedener kurativer Verfahren im Rahmen der sogenannten Evidenzbasierung hat umfangreiche Forschungsentwicklungen angestoßen bzw. weiter vorangetrieben. Zentral ist hierbei die Bewertung, d.h. die Evaluation aller therapeutischen Maßnahmen. Ist der Wirksamkeitsnachweis einzelner medikamentöser Wirkstoffe im Rahmen experimenteller Doppelblindstudien noch relativ einfach und eindeutig zu führen, erweist sich der Beleg der Gesamteffektivität im Bereich stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen komplizierter und weniger eindeutig. Zur wichtigsten Methodik in diesem Zusammenhang hat sich die aus der psychologischen Methodenforschung stammende metaanalytische Technik (Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980) entwickelt. Sie erlaubt aggregierende Aussagen auf Grundlage einer praktisch unendlichen Anzahl von Einzelstudien. Doch ist der Anwendungsbereich dieser Technik klar begrenzt. Zum Einen ist sie naturgegeben abhängig von einer hinreichenden Anzahl an durchgeführten thematisch passenden Primärstudien, zum Anderen weist sie deutliche Nachteile bei Fragestellungen im Bereich des sogenannten „context of discovery“ (Reichenbach, 1938), also dem Entdeckungszusammenhang (in Gegenüberstellung zum „context of justification“ / Begründungszusammenhang; ebenda) auf, da die Analysen immer auf den jeweiligen Fragestellungen und Angaben der anwendungsbezogenen Primärforschung basieren. Neben der grundsätzlichen Notwendigkeit von Primärstudien und ihren Vorteilen im „context of discovery“, kommt der Primärforschung zudem wesentliche Bedeutung für die individuelle Qualitätsbewertung bspw. eines spezifischen medizinischen Angebots einer einzelnen Klinik, eines Trägers, etc. zu. Die Gründe für die Initiierung solcher Forschungsstudien sind folglich sehr vielfältig. Auch wenn in der Regel der Wirksamkeitsnachweis, bspw. der Behandlung in einer bestimmten Klinik, im Mittelpunkt steht, so erweist sich die Ausgestaltung solcher Studien doch als vielfältig. So existieren zwar mehr

oder weniger verpflichtende methodisch-statistische Standards, verbindliche Ergebniskriterien oder Konsens über zu berücksichtigende Assessmentverfahren bestehen hingegen nicht. Darüber hinaus sind solche Studien natürlich auch finanziellen Beschränkungen unterworfen, so dass meist Kompromisse hinsichtlich Fragestellung, Differenzierungsgrad, zeitlichem Umfang, berücksichtigter Stichprobe etc. getroffen werden müssen. Daraus resultiert, dass sich vielfach die Frage stellt, ob Ex-Post-Facto auch weitergehende Fragestellungen auf Grundlage der bestehenden Daten beantwortet werden können, die nicht primär mit dem umgesetzten Studiendesign fokussiert waren.

Eine eben solche Konstellation bildet den Rahmen der vorliegenden Arbeit im Kontext psychischer Störungen, einem Bereich also, der durch anhaltend steigenden Prävalenz, insbesondere depressiver Erkrankungen, zu enormer sozioökonomischer Bedeutung gelangt ist bzw. weiterhin bekommen wird (u.a. Bühren, Voderholzer, Schulte-Markwort, Loew, Neitscher, Hohagen, & Berger, 2008). Ausgangspunkt der Studie bildete die Anfrage der Klinikleitung der Münchner Klinik Mengerschwaige nach einer externen Evaluation zur Behandlungsqualität. Da alle Patienten der Klinik in die Studie eingeschlossen werden sollten, wurde ein generisch einsetzbares Assessment ausgewählt. Die einzigen symptom- bzw. diagnosespezifischen Verfahren bildeten aufgrund der typischen Patientenklientel der Klinik das Beck-Depressions-Inventar (Beck, Ward, Mendelsohn, & Erbaugh, 1961; Beck, 1995) und das Borderline-Persönlichkeits-Inventar von Leichsenring (1994). Der hohe Anteil an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist aufgrund der weiterhin bestehenden Erkenntnislücken bezüglich des Erkrankungsbilds wissenschaftlich sehr wertvoll. Trotz der insgesamt als umfangreich zu bewertenden Assessmentbatterie, erweist sich die generische Konzeption der Gesamtstudie als hinderlich für die spezifische Betrachtung dieser Patientengruppe, insbesondere da das gruppenspezifisch ausgewählte Verfahren, das Borderline-Persönlichkeits-Inventar entgegen der Angaben der Autoren weniger gut als Verfahren zur Veränderungsbewertung geeignet erscheint.

Ziel der vorliegenden Arbeit bildet die differenzierte, diagnosespezifische Evaluation der Behandlungsergebnisse der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei soll Ex-Post-Facto auf Grundlage der generisch ausgerichteten Assessmentauswahl ein diagnosespezifisches Ergebniskriterium entwickelt werden, das einer angemessenen erkrankungsspezifischen Bewertung gerecht wird. Die darin implizit gestellte Notwendigkeit diagnosespezifischer Ergebniskriterien resultiert spiegelbildlich aus Forderungen nach störungsspezifischem Wissen und differenzieller Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung, sowie daraus abzuleitenden therapeutischen Leitlinien (Wissenschaftlicher Beirat, 2009; Lutz, 2007). Die Entwicklung dieser Kriterien orientiert sich an einem Ansatz von Schmidt und Wittmann (Wittmann & Schmidt, 1983; Schmidt et al., 1987), die Ex-Post-Facto ein übergreifendes Bewertungskriterium im Rahmen einer Evaluationsstudie der medizinischen Rehabilitation entwickelt und verwendet haben. Sie entwickelten dabei ad hoc und ohne explizit formulierte theoretische Basis einen auf 27 ausgewählten Einzelitems basierenden Gesamtkennwert, der sich auch in folgenden Studien als nützlich und aussagekräftig erwiesen hat (u.a. Steffanowski, 2008). Diese insgesamt positiv zu bewertenden Ergebnisse veranlassen zu der Frage, ob die Zugrundelegung dieser an sich deskriptiven Systematisierung unterschiedlicher Ergebniskriterien eine geeignete Basis zur Entwicklung von Ergebnissen auf bestehenden Datenbeständen darstellt. Anders als bei Schmidt und Wittmann sollen die diagnosespezifischen Kriterien theoriegeleitet

zusammengestellt werden. Anders als bei Schmidt und Wittmann stellt das anvisierte Kriterium nicht die oberste Generalitätsebene der Bewertung dar. Die Frage, inwieweit sich aus der Theorie abgeleitete Erfordernisse mit den bestehenden Datenbeständen vereinbaren lassen, stellt somit einen Praxistest dieses Vorgehens dar.

Das Wissen über Wirksamkeit unterschiedlicher spezifischer Verfahren kann nicht die erforderliche Diskussion um gerechte und sinnvolle Ressourcenverteilung innerhalb der Solidargemeinschaft ersetzen, sie stellt aber eine notwendige Entscheidungsgrundlage dar. Ein Ziel dieser differenzierten Betrachtung ist es folglich, einen kleinen Beitrag für die Bewertung ggf. auch Behandlung dieser mit gleichermaßen großem persönlichen Leid und hohen gesellschaftlichen Kosten verbundene schwere chronische Erkrankung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu leisten.

Die folgende Arbeit beginnt mit einer Darstellung ausgewählter relevanter Aspekte bzw. Konzepte im Rahmen psychotherapeutischer Evaluation und Forschung, wobei insbesondere der Beschreibung der Kriterienproblematik Raum gegeben wird (Kapitel 2). Das anschließende Kapitel 3 beinhaltet eine ausführliche Abhandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei wurde Wert darauf gelegt, das gesamte Spektrum aktueller Forschungsergebnisse zu skizzieren, um der Vielschichtigkeit dieser Störung gerecht zu werden. In Kapitel 4 werden die Entwicklung des auswertungsspezifischen Evaluationsdesigns, Hypothesen, Operationalisierung, Methodik und die Beschreibung der Stichprobe vorgestellt, bevor im darauffolgenden Kapitel die Ergebnisse der allgemeinen und der spezifischen Fragestellungen präsentiert werden. Das abschließende Kapitel 6 enthält eine kurze Ergebniszusammenfassung sowie deren Bewertung.

2 Evaluation von Psychotherapie

Da Psychotherapieforschung historisch bedingt einen wesentlichen Anteil der Entwicklung der wissenschaftlichen Disziplin Psychologie ausmacht, werden zur Verortung der vorliegenden Programmevaluationsstudie der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige zunächst die unterschiedlichen Forschungsphasen und der aktuelle Stand der Psychotherapieforschung skizziert (Kapitel 2.1), bevor anschließend mit dem Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky und Howard (1988) und dem „Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes“ von Strupp und Hadley (Strupp & Hadley 1977; Strupp 1996) eine allgemein gültige theoretische Grundlage für Psychotherapieforschung beschrieben wird (Kapitel 2.2). Den Abschluss des Kapitels bildet die Darstellung der dieser Studie zugrunde gelegten allgemeinen Konzepte der Evaluationsforschung, die Fünf-Datenboxkonzeption (Wittmann, 1990), sowie den Prinzipien der Aggregation und Symmetrie zur Lösung der Kriterienproblematik nach Wittmann (Wittmann & Schmidt, 1983; Wittmann, 1985; Kapitel 2.3).

2.1 Psychotherapieforschung

Die Historie der Psychotherapieforschung lässt sich nach Meyer (1990) in drei Abschnitte unterteilen. Beginnend mit der klassischen Phase, in der der individuelle Vorher-Nachher-Vergleich im Mittelpunkt stand, wie bspw. in den „Studien über Hysterie“ von Freud und Breuer (1895). Diese Anfänge psychotherapeutischer Forschung waren unsystematisch und entsprachen aus heutiger Sicht in keiner Weise notwendigen methodischen Anforderungen.

Der Ursprung der daran anschließenden Rechtfertigungsphase wird in der umfassenden Kritik von Eysenck (1952) gesehen, der der psychotherapeutischen Praxis jegliche über eine Spontanremission hinausgehende Wirkung absprach. Die darauffolgende durchaus auch polemisch geführte Kontroverse, führte zu einem sehr fruchtbaren Prozess, die generelle Effektivität von Psychotherapie mit Hilfe von Wartelisten-, Therapiekontroll- und Placebogruppendesigns nachzuweisen. Seit Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts widmet sich die Psychotherapieforschung vermehrt differenziellen Fragestellungen dergestalt welche Wirkfaktoren, bei welcher Art von Behandlung, durch welche Therapeuten, bei welchen Störungsbildern unter welchen situativen Rahmenbedingungen die beste Wirkung erzielen. Neben der reinen Erforschung der Ergebnisqualität tritt hierdurch zunehmend auch die Erforschung von Prozess- und Strukturqualität (Donabedian, 1966, 1980) in den Vordergrund und markiert den dritten Abschnitt. Insgesamt hat sich die Psychotherapieforschung bis heute zu einer differenzierten, wissenschaftlich höchst produktiven, durch Grenzen der psychotherapeutischen Grundorientierung kaum noch behinderten Disziplin entwickelt (Hautzinger, 2007a). Aktuelle Forschung verwendet das ganze Spektrum wissenschaftlicher Methoden von randomisierten, experimentellen Designs bis hin zu liberalen Verfahren der Beobachtung, Interpretation und Ex-Post-Facto-Forschung (Margraf, 2009). Die Forschung lässt sich dabei in zwei große Lager unterscheiden, die im Rahmen des Fünf-Daten-Box-Evaluationsmodells von Wittmann (1990, vgl. Kapitel 2.3.1; Abbildung 2-4) den „Nord-West-Pfad“, in der Tradition von Donald T. Campbell (Campbell, 1969; Cook, & Campbell, 1979; Shadish, Cook, & Campbell, 2002) mit Gewicht auf der internen Validität,

und dem Süd-West-Pfad, in der Tradition von Lee J. Cronbach (Cronbach, 1980; 1982) mit dem Fokus auf der externen Validität, darstellen. In der Psychotherapieforschung hat sich hierfür die Unterscheidung der Begrifflichkeiten „Efficacy“ (Wirksamkeitsnachweis in systematischer, möglichst kontrollierter Forschung) und „Effectiveness“ (Wirksamkeit unter Bedingungen des Routinebetriebs) etabliert (Margraf, 2009). Der „Goldstandard“ der Efficacy-Forschung ist das randomisierte Kontrollgruppen-Experiment, das auf kausale Aussagemöglichkeiten fokussiert, bei der Effectiveness werden auch Fragen der Realisierbarkeit in der Praxis angesprochen. Entscheidend für die Wahl der Methoden sind neben Fragestellung und gegebenenfalls Forschungstradition, vor allem Gesichtspunkte wie Kosten, zeitlicher Aufwand und ethische Überlegungen. Eine besondere Bedeutung bei der Forschungsplanung kommt gerade der ethisch begründeten Notwendigkeit von Einwilligung und Freiwilligkeit des Patienten zu einer bestimmten Therapiebedingung zu, so dass in der Regel auf quasi-experimentelle Designs zurückgegriffen wird. Auch die Etablierung einer unbehandelten Kontrollgruppe, also die Vorenthaltung von notwendigen Behandlungsmaßnahmen ist nicht zu rechtfertigen. Die Verwendung von Wartekontrollgruppen mit dem Verweis auf ohnehin bestehende Versorgungslücken, stellt keinen befriedigenden Kompromiss dar (Margraf, 2009).

Seit Veröffentlichung der auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung wegweisenden Metaanalyse von Glass und Smith (Smith & Glass, 1977; Smith et al., 1980) wurden im angloamerikanischen Raum über einhundert weitere Metaanalysen veröffentlicht (vgl. Steffanowski, 2008), die die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie nachweisen, auch wenn die Gesamteffektgröße wohl kleiner ist, als der ursprünglich von Smith (Smith et al., 1980) auf Grundlage von 475 Einzelstudien berechnete Effekt von $d = .85$. So ergab eine Neuberechnung der Studie anhand strengerer Kriterien eine Effektgröße von $d = .60$ (Shadish et al., 1997). Gestützt wird dies auch durch eine breit angelegte Übersichtsarbeit über 302 Metaanalysen von Lipsey & Wilson (1993) zur allgemeinen Effektgröße ganz unterschiedlicher psychologischer Interventionen. Sie konnten einen durchschnittlichen Behandlungseffekt von $.47$ ($SD = .28$; Grundlage: 156 Metaanalysen) identifizieren. Auch im deutschsprachigen Raum wurden einige Meta-Analysen zur allgemeinen Effektivität von Psychotherapie durchgeführt (Wittmann, & Matt, 1986; Grawe, Donati, & Bernauer, 1994; Steffanowski, Löschnann, Schmidt, Wittmann, & Nübling, 2007). Auch wenn die Debatte um die generelle Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren angesichts dieser positiven Ergebnisse als hinlänglich belegt gilt, so wurde auch deutlich, dass nicht alle Bereiche der Psychotherapie bereit waren, sich der wissenschaftlichen Erforschung der Effizienz ihrer Methoden zu stellen (Margraf, 2009). Dies hat sich in jüngerer Zeit durch eine Vielzahl von Arbeiten positiv weiterentwickelt. Auch die Offenlegung psychotherapeutischer Vorgänge ist heute üblich, in vielen Bereichen konnten Therapiemanuale entwickelt werden und ebenso gilt die Evidenzbasierung von Psychotherapie zwischenzeitlich als weitgehend akzeptiertes Qualitätskriterium (Hautzinger 2007b; vgl. auch DGPPN, 2009; vgl. Kapitel 2.3.2.1). Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist dabei durchaus mit gängigen Maßnahmen der somatischen Medizin vergleichbar (Lipsey & Wilson, 1993). Bezüglich der Forschungsergebnisse zur Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird auf Kapitel 3.5 (S.56) verwiesen.

Grundsätzlich sind vier klinisch relevante Gruppen von Einflussvariablen auf das Therapieergebnis zu differenzieren, die allgemein Anerkennung finden: (1) prädisponierende Faktoren des Patienten, (2)

Kontextvariablen der Behandlung, (3) Beziehungsvariablen zwischen Patient und Therapeut, (4) Behandlungsstrategien und Techniken (Beutler, 2000). Einen aktuellen, theorieschulübergreifenden Überblick über den Forschungsstand der Psychotherapie gibt das im Abstand von circa acht Jahren regelmäßig erscheinende „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Bergin & Garfield, 1971; aktuell in der 5. Auflage herausgegeben von Lambert, 2004). Allerdings ist hierin ein erhöhter Einfluss angloamerikanischer Forschungsarbeiten zu konstatieren. Insbesondere in Hinblick auf die Versorgung, explizit also Fragen der Effectiveness-Forschung, ist ein Ergebnistransfer auf Deutschland, das mit seiner gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungspflicht eine besondere Versorgungssituation darstellt, nicht möglich (Gallas, Kächele, Kraft, Kordy, & Puschner, 2008). Umso wichtiger sind entsprechende Studien im deutschsprachigen Raum, wie bspw. die kurz vor Abschluss stehende Modellstudie der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ (Wittmann & Lutz, 2003; Fydrich, Nagel, Lutz, & Richter, 2003; Lutz, Köck, & Böhnke, 2009), wie auch die Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie“ (Steffanowski, Kramer, Köster, & Wittmann, 2009; Kramer, 2009; Köster, 2008). Insbesondere die bereits abgeschlossene Trans-OP-Studie („Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung“, Puschner, Bauer, Kraft, & Kordy, 2005; Gallas et al. 2008; Gallas, Puschner, Kühn, & Kordy, 2010) gibt bereits heute einen Einblick über Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie in Deutschland (Gallas et al., 2010). Darüber hinaus konnte sie aufzeigen, dass sich ambulante Psychotherapie womöglich von stationärer Therapie deutlich unterscheidet: So konnten weder die „abnehmende Grenznutzenfunktion“ (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986), also die mit der Dauer der Therapie zunehmend notwendige Steigerung der Therapiedosis zur Erreichung vergleichbaren Ausmaßes an Verbesserung, noch Unterschiede zwischen den drei Richtlinienverfahren hinsichtlich der Eintrittschnelligkeit der Behandlungserfolge nachgewiesen werden (Gallas et al., 2008): „Vielmehr erwiesen sich lineare Modelle als geeignet, um Therapieverläufe abzubilden. Diese Linearität impliziert, dass sich die Beschwerden mit etwa gleich bleibender Geschwindigkeit bessern und Patienten von Sitzungen in fortgeschrittener Therapie in gleichem Ausmaß profitieren wie von ‚frühen‘ Sitzungen, zumindest so lange, wie noch etwas zu tun bleibt, d.h. die Beschwerden messbar sind“ (ebenda, S.421). Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Therapiedauern bei vergleichbarer Kosteneffektivität der Verfahren (Puschner & Kraft, 2008) sieht die Autorengruppe schlussfolgernd vielmehr die Notwendigkeit, die Ressourcen an psychotherapeutischer Behandlung anhand einheitlich definierter, sich am individuellen Patienten orientierender Kriterien zu verteilen, als an der aktuell praktizierten therapieschulenspezifischen Verteilung festzuhalten (Gallas et al., 2008).

Gleichermaßen kritische wie richtungsweisende Stimmen in der allgemein positiven Bewertung des zunehmenden Grads an Wissenschaftlichkeit der psychotherapeutischen Forschungsentwicklung (z.B. Kriz, J., 2000, 2008; Orlinsky, 2006, 2008; vgl. auch Tschuschke, 2005) fokussieren im wesentlichen darauf, „dass das vorherrschende Paradigma, dem die „Mainstream“-Therapieforschung folgt, die menschlichen Realitäten der Psychotherapie nicht adäquat abbildet und aus diesem Grund nicht wirklich wissenschaftlich ist“ (Orlinsky, 2008; S.347). In diesem Kontext ist die Frage nach der optimalen Erfassung von Therapiewirksamkeit (z.B. Effektstärke, statistische vs. klinische Signifikanz,

Aggregation von Kennwerten und Forschungsbefunden) weiterhin zentraler Bestandteil, so dass an die Seite der klassischen Psychotherapieforschung auch die Methoden- und Evaluationsforschung gerückt sind (Margraf, 2009). Im Folgenden werden ausgewählte Modelle und Methoden der Evaluationsforschung dargestellt, denen in Hinblick auf die vorliegende Evaluation Bedeutung zugemessen wird.

2.2 Übergreifende Theorien von Psychotherapieforschung

Praktisch jeder therapeutische Ansatz, unabhängig vom Grad der Verbreitung, empirischer Bestätigung u.a., hat mehr oder weniger konkret ausformulierte Vorstellungen über die Entstehung von Erkrankungen, Wirkmechanismen und Notwendigkeiten oder auch förderliche und hemmende Faktoren der Genesung. Einerseits aus der Notwendigkeit heraus, die Spezifität einzelner Theorien im Rahmen von Forschungsarbeiten zu überwinden, andererseits durch die Erforschung therapieschulenunabhängiger Wirkmechanismen der Psychotherapie haben sich darauf aufbauend allgemeine Modelle der Psychotherapie entwickelt. Eines der bekanntesten Modelle ist wohl die „Allgemeine Psychotherapie“ von Klaus Grawe, die einerseits Grundbedürfnisse andererseits das Streben nach Konsistenz, d.h. der Abstimmung gleichzeitig ablaufender unbewusster und bewusster psychischer Prozesse, formuliert (Grawe, 1995, 2004). Ein anderes, stärker an dem beobachtbaren Therapieablauf orientiertes Konzept ist das im Folgenden skizzierte „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987, 1988; Orlinsky, Rønnestad, Willutzki, 2004). Das darauffolgende „Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes“ von Strupp und Hadley (Strupp & Hadley 1977) ist ein weniger praktisch denn konzeptionell wichtiges Modell, das explizit die Bedeutung unterschiedlicher Perspektiven bei der Bewertung des Behandlungserfolgs herausarbeitet.

2.2.1 “Generic Model of Psychotherapy”

Das „Generic Model of Psychotherapy“ (deutsch: „Allgemeines Modell von Psychotherapie“) von Orlinsky und Howard (1988) ist ein konzeptuelles Schema der wichtigsten Merkmale des psychotherapeutischen Prozesses, das die Integration verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsmodelle erlaubt (Abbildung 2-1). Es wurde stetig weiterentwickelt und unterscheidet aktuell sechs bedeutsame, therapieschulenübergreifende Aspektkategorien, die sich zu den aufeinanderfolgenden Prozesskategorien der Input-, Prozess- und Output-Variablen zuordnen lassen: (1) formale Aspekte, ausgestaltet in Form von Therapieverträgen, (2) technische Aspekte, die sich auf die therapeutischen Maßnahmen beziehen, (3) interpersonale Aspekte, insbesondere die Therapeut-Patient-Beziehung, aber auch Beziehungen zu Mitpatienten, (4) intrapersonale Aspekte, also die Selbstbezogenheit sowohl des Patienten als auch des Therapeuten, (5) klinische Aspekte, die unmittelbare Auswirkungen der Therapiesitzung beinhalten sowie (6) der zeitliche Aspekt, in dem typische, sequenziell aufeinander abfolgende Prozesse verankert sind.

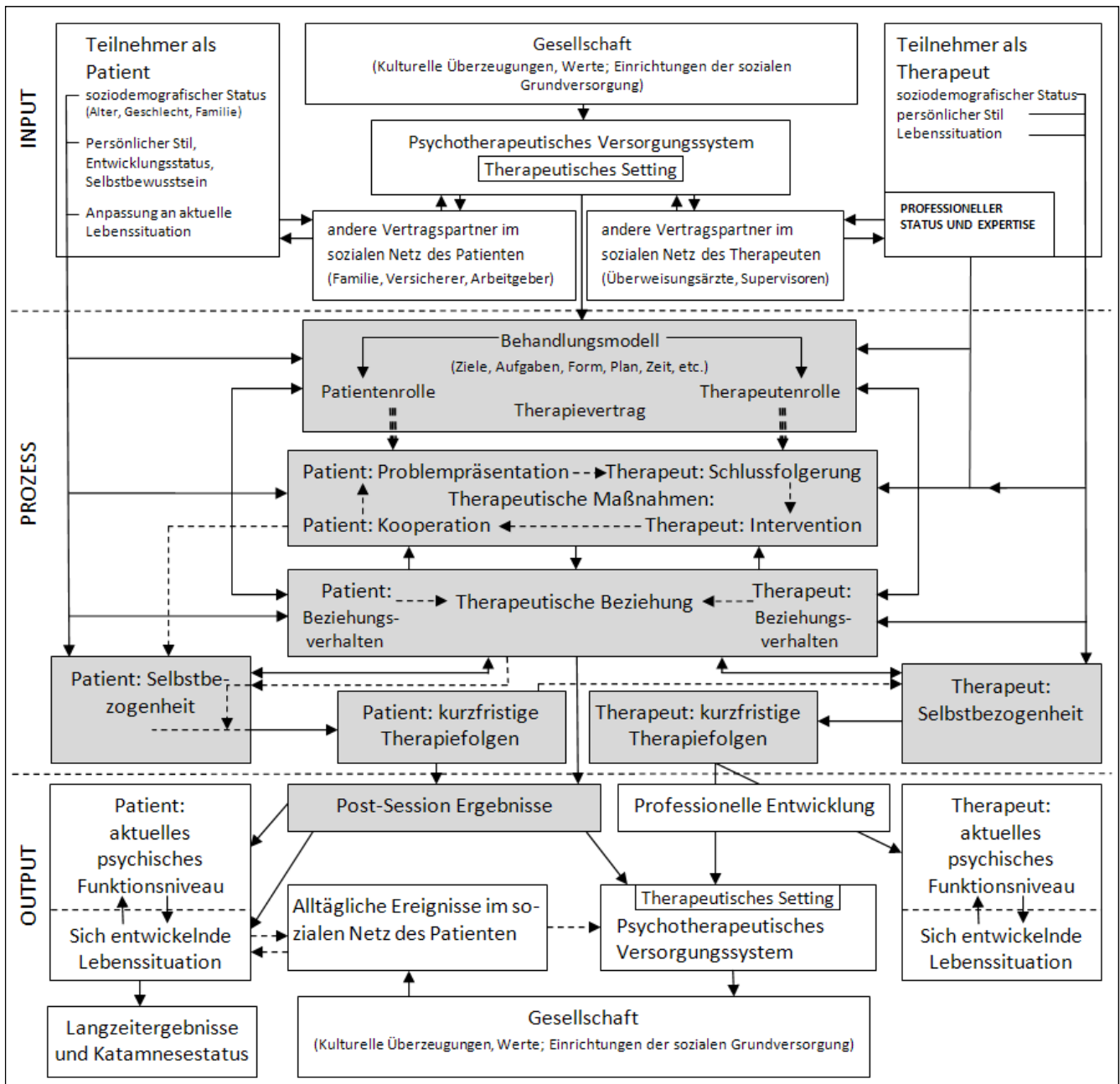


Abbildung 2-1: Allgemeines Modell der Psychotherapie nach Orlinsky und Howard (1987; nach Orlinsky et al., 2004, S. 381, Fig. 8.1; eigene Übersetzung in Anlehnung an Hautzinger & Eckert, 2007)

Das allgemeine Modell gilt zudem als Forschungsmodell, da zahlreiche Zusammenhänge der benannten Größen mittels Pfeilen beschrieben werden. Es erfährt dadurch eine Komplexität, die das Lebensumfeld des Patienten im psychotherapeutischen Geschehen widerspiegelt. Die Pfeile symbolisieren mögliche Zusammenhangshypothesen, ohne den Anspruch der Vollständigkeit. Es versteht sich nicht nur als Modell zur Identifikation von Ergebnissen aus Prozess-Ergebnisstudien, sondern als heuristische Grundlage zur Synthetisierung von Hypothesen bezüglich definierter Teilfragestellungen (Orlinsky et al., 2004). Das Modell ist als Optimierungsmodell zu verstehen, das

keine Kontraindikationen und keine Grenzen aufzeigt, sondern optimale Bedingungen für Behandlungserfolge formuliert (Hautzinger & Eckert, 2007). Hierin manifestiert sich die Hauptkritik verschiedener therapeutischer Richtungen, die nicht davon ausgehen, dass jede individuelle Situation durch ein allgemein gültiges Modell adäquat erfasst und als Grundlage für ein eindeutiges, gezieltes therapeutisches Vorgehen genutzt werden kann, sondern das Erleben, Widerstände, Gegenübertragungsprobleme etc. als wesentliche Therapiebestandteile verstehen (ebenda).

Das Allgemeine Modell der Psychotherapie von Orlinsky und Howard benennt vier Wirkfaktoren, den Therapeuten, den Patienten, das Behandlungsmodell des Therapeuten sowie die Störung des Patienten, die relevant für den Erfolg einer Therapie sind (Abbildung 2-2). Die Faktoren beeinflussen sich gegenseitig. Die besten Behandlungserfolge sind zu erwarten, wenn Passungen zwischen (1) Therapeut und Patient, (2) Therapeut und Störung des Patienten, (3) Behandlungsmodell und Störung des Patienten und zwischen (4) Behandlungsmodell und Patienten, gegeben sind. Die Passung drückt sich in der jeweiligen Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus (Orlinsky & Howard, 1988; vgl. auch Hautzinger & Eckert, 2007).

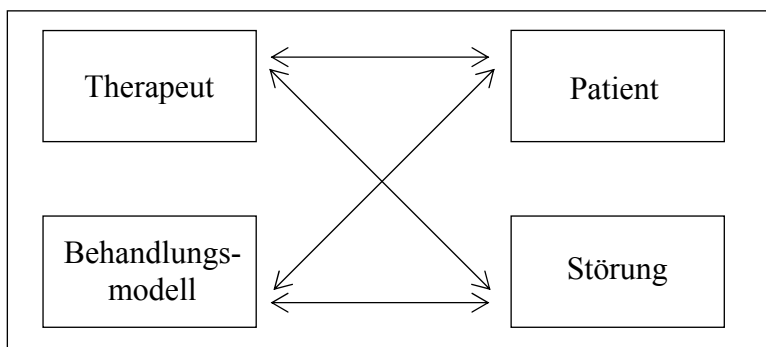


Abbildung 2-2: Erfolgsrelevante Passungen (Doppelpfeile) zwischen den vier Wirkfaktoren des Allgemeinen Modells der Psychotherapie von Orlinsky und Howard (1988; in Anlehnung an Hautzinger & Eckert, 2007, Abb.2.2., S.24)

2.2.2 “Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcome”

Das „Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes“ von Strupp und Hadley (Strupp & Hadley 1977; Strupp 1996) ist ein theoretischer Ansatz, der drei wesentliche Stakeholdergruppen im Rahmen der Gesundheitsfürsorge unterscheidet und jeweils gruppenspezifisch relevante Kriterien definiert. Grundlage des Modells ist die Annahme, dass jeder Form von Psychotherapie die Absicht einer Entwicklung des Patienten zu einem besonderen Ideal, einem Standard oder einer Norm zugrunde liegt. Die Ausformulierung dieses Zielzustandes kann je nach Verfahren sehr unterschiedlich sein. Der Pluralismus der Verfahren, wie auch der Gesellschaft insgesamt, bedingt dabei, dass eine Vielzahl an ganz unterschiedlichen Vorstellungen darüber besteht, was psychische Gesundheit letztlich ausmacht. Eine Bewertung der Effektivität von Psychotherapie muss diese Vielfalt in angemessener Weise berücksichtigen. Die Autoren entwickelten ein Modell, das die Perspektiven der drei relevantesten Stakeholdergruppen berücksichtigt: (1) der Gesellschaft, insbesondere verantwortlicher Institutionen der Gesundheitsfürsorge, zu der aber auch bedeutsame Personen im Leben des Patienten

mit hinzugerechnet werden, (2) der betroffenen Person selbst sowie (3) der auf dem Gebiet psychischer Krankheiten beruflich Tätigen, also im Besonderen Ärzte oder Therapeuten. Aus Sicht der Gesellschaft sind demnach Verhaltensvorhersage und -stabilität sowie die Übereinstimmung mit einer sozialen Rolle relevante Kriterien. Ihre Vertreter sind in erster Linie in öffentlichen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge vertreten. Der individuelle Patient hingegen wird seine eigene psychische Gesundheit an subjektiven Gefühlen bemessen, also wie zufrieden oder auch wie leistungsfähig er sich fühlt. Der Therapeut, als Vertreter der dritten Gruppe, wird das individuelle Funktionieren auf der Grundlage einer bestimmten Theorie über Erkrankung und Genesung bewerten. Die Gruppen definieren sich über ihre jeweilige berufliche Rolle. Allerdings gibt es Überschneidungen. So ist der ärztlich-therapeutische Leiter einer öffentlichen Klinik in dieser Funktion als Vertreter der Gesellschaft der ersten Gruppe, im Rahmen der therapeutischen Arbeit mit dem einzelnen Patienten der dritten Gruppe zuzuordnen. Nach dem Modell kann psychotherapeutisches Handeln in Hinblick auf jede der drei Perspektiven erfolgreich oder nicht erfolgreich sein, so dass sich insgesamt acht verschiedene Ergebniskategorien ergeben (Tabelle 2-1).

Tabelle 2-1: Die dreigeteilte Perspektive von psychischer Gesundheit und Therapieergebnissen (nach Strupp, 1996; S.1020, Tabelle 1; eigene Übersetzung)

Kategorie	Konfiguration			Status der psychischen Gesundheit
	G	P	T	
1	+	+	+	Gesundes Funktionieren, angepasstes Individuum; optimale psychische Gesundheit.
2	+	-	+	Grundsätzlich gesunde Person, beeinträchtigt durch Dysphorie, möglicherweise infolge geringfügiger Verletzung des Selbstbewusstseins, temporärer Niederlagen, Entmutigung, Verlust, Trauerreaktion..
3	+	+	-	Möglicherweise fragiles Ich (Borderline Bedingung, schizoide Persönlichkeit, etc.) bei aber guter Integration in die Gesellschaft und Gefühlen von Zufriedenheit. Unschwellige psychotische Prozesse können präsent sein, die Abwehrreaktionen sind aber einigermaßen effektiv
4	+	-	-	Ähnlich wie 3, aber die Affekte können labil oder dysphorisch sein. Grundsätzliche Ich-Schwäche, aber adäquates Funktionieren in Gesellschaft.
5	-	+	+	Die Gesellschaft bewertet das Verhalten der Person als unangemessen (z.B. unkonventioneller Lebensstil), aber das Wohlbefinden und die Persönlichkeitsstruktur sind einwandfrei.
6	-	-	+	Ähnlich wie 2, außer dass auch soziales Verhalten unangemessen ist, bspw. als Teil der Trauerreaktion erfolgt auch sozialer Rückzug, eine Kündigung des Berufs, etc.
7	-	+	-	Personen mit Ich-Störungen; Psychopathen, Persönlichkeitsstörungen, Konversionsreaktionen (la belle indifférence); Individuen mit geringer Realitätsprüfung und wenig Einsicht.
8	-	-	-	Eindeutig „psychisch erkrankt“.

Die Kategorien 1 und 8 zeigen eine perfekte Übereinstimmung der drei Perspektiven: Die Person ist entweder vollständig gesund oder so ernsthaft psychisch krank, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe angezeigt scheint. Die Kategorie 2 und 6 werden als eher seltene Ergebnisse einer

Psychotherapie angesehen. Die vier verbleibenden Kategorien 3, 4, 5 und 7 sind aus Sicht der Autoren die relevanten Kategorien, bei denen die Bewertung jeweils aus nur einer bestimmten Perspektive positiv oder negativ ausfällt. Die Autoren führen zusammenfassend aus, dass die psychische Verfassung bzw. die Heilungsentwicklung einer Person keineswegs eindeutig, sondern gleichermaßen positiv wie auch negativ ausfallen kann, jeweils abhängig von der Perspektive. Sie vertreten die Ansicht, dass die jeweilige Perspektive eindeutig erkennbar sein muss und dass eine umfassende adäquate Evaluation diese drei Facetten abbilden muss. Nach Ansicht des Autors hat insbesondere die zunehmende Bedeutung der Kosteneffektivität durch verstärkte Kostenübernahme von Psychotherapie (gültig für die USA nicht für Deutschland) und die Etablierung der DSM-IV bzw. der ICD-10 zu einer Fokussierung auf die Perspektive der Gesellschaft geführt (Strupp, 1996).

Obwohl der Ansatz intuitiv leicht nachvollziehbar und bereits über 30 Jahre alt ist, hat er insgesamt nur wenig Resonanz erlangt. So wurde das Modell lediglich theoretisch diskutiert (z.B. Hagborg & Königsberg, 1991; Macran, Ross, Hardy, & Shapiro, 1999), nicht aber empirisch umgesetzt. Die Autoren führen dies insbesondere darauf zurück, dass sie die Integration, bzw. simultane Bewertung der drei Perspektiven nicht in der Verantwortung des Forschers sehen, sondern als eine gesamtgesellschaftliche, politische Frage menschlicher Werte bewerten (Strupp, 1996). Allerdings ist auch festzuhalten, dass die Autoren mit der Empfehlung „standardised, generally accepted criteria of ‚good functioning‘ in each of these areas [gemeint sind die drei Perspektiven; Anmerkung des Autors]“ (Strupp & Hadley, 1996, S.196), in ihren Aussagen hinsichtlich Operationalisierung bzw. welche Quellen heranzuziehen sind, äußerst vage verbleiben (Macran et al., 1999).

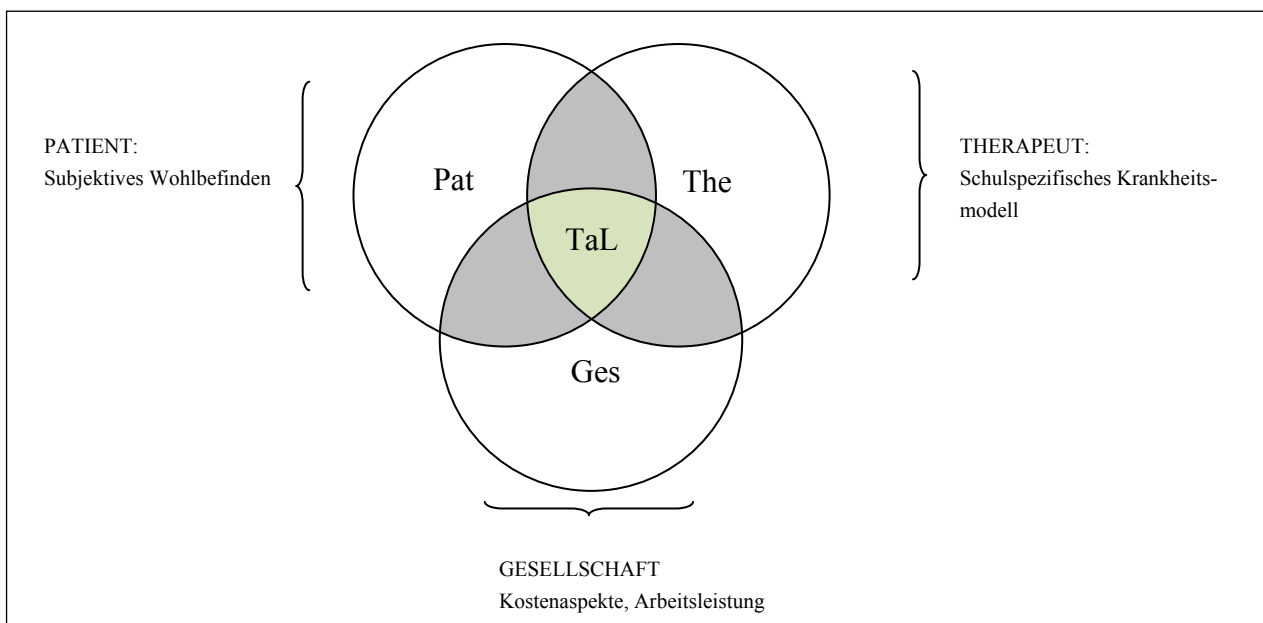
Ein weiterer Grund für lediglich theoretische Akzeptanz liegt vermutlich darin, dass die vermeintlich eindeutige Trennung des Modells der unterschiedlichen Perspektiven letztlich auf der Fokussierung auf extrem kontrastierenden aber insgesamt eher seltenen Konstellationen beruht. Beispielsweise die von Strupp & Hadley aus heutiger Sicht ein wenig veraltet wirkende Darstellung eines homosexuellen Menschen, der nach seinem Outing persönlich und aus Sicht des Therapeuten als gesundet gilt, durch sein möglicherweise auffallendes Verhalten aus Gesellschaftsperspektive hingegen nicht. Dass es unterschiedliche Bewertungen aus Sicht der drei Perspektiven geben kann, steht außer Frage, am offensichtlichsten bei Therapieabbrüchen; auch ist der Abgleich von Selbst- und Fremdwahrnehmung gleichermaßen klinisch unverzichtbar wie heuristisch wertvoll. Dennoch erscheint die implizite Hervorhebung des Modells von eher seltenen Konstellationen nicht zielführend. Vor dem Hintergrund des Nachweises der durchschnittlichen guten Effektivität Psychotherapeutischer Behandlungen (vgl. Kapitel 2.1), erscheint eine substanzielle Übereinstimmung zwischen den drei Perspektiven, bei selbstverständlich bestehenden partiellen Unterschieden, eher die Regel, denn die Ausnahme zu sein, d.h. in der überwiegenden Anzahl der Fälle wird es sich um eindeutige Konstellationen der Kategorie 8 (vgl. Tabelle 2-1) handeln. Ausgehend von einer entsprechend hohen Übereinstimmung dieser unterschiedlichen Perspektiven, stellt sich die Frage, was letztlich für diese Kongruenz bei den unterschiedlich zugrunde gelegten Bewertungskriterien verantwortlich ist. Hierbei stellt sich also zunächst einmal die grundsätzliche Frage nach der Zieldefinition von Gesundheit bzw. Gesundheit, die das Modell von Strupp und Hadley (1977) trotz des Modellnamens nur unzureichend beantwortet.

Seit Veröffentlichung der gleichermaßen gelobten wie kritisierten WHO-Definition von Gesundheit als ein "Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche" (WHO, 1946), wurden zahlreiche Definitionen vorgeschlagen. Ohne diese umfassend zu referieren, ist allen bisherigen Definitionsversuchen und Begriffserklärungen, „die Schwierigkeit einer Grenzziehung zwischen Normalem und Anormalem, zwischen Gesundem und Krankem“ gemeinsam (Bengel & Belz-Merk, 1997, S.23), so dass bislang keine hinreichende Klarheit erzielt werden konnte. Diese Problematik steht in Widerspruch zur alltäglichen Verwendung der Begrifflichkeiten von Krankheit bzw. Gesundheit. Ein Ausweg wird in der verstärkten Fokussierung der Mehrdimensionalität von Gesundheit gesucht. Unterschieden werden meist körperliches und soziales Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Bewältigung von Lebensaufgaben, sowie Selbstverwirklichung und Sinnfindung (Vogt, 2006).

Die Erfassung von Gesundheit erfolgt einerseits durch objektivierte Daten der klassischen Medizin (physiologische Messwerte, Erkenntnisse aus bildgebenden Verfahren, Vorliegen von Risikofaktoren, etc.) andererseits durch die Befragung der betroffenen Person selbst, z.B. im Rahmen der medizinischen Anamnese. Verfahren der Selbst- und Fremdbewertung ergänzen sich. Eine Definition von Behrens (2001) stellt die klassische Definition von Krankheit durch Vorliegen einer - organischen - Krankheit infrage und formuliert stattdessen die „Teilhabe am alltäglichen Leben“ als relevanten Gesundheitsindikator. Er begründet dies mit der Frage, ob das Vorliegen einer ernsthaften, tödlichen Erkrankung, die allerdings bis kurz vor den Tod zu keiner wesentlichen Einschränkung im Befinden der Personen führt, tatsächlich eine sinnvolle Definitionsgrundlage bildet. Andererseits sind bei gut behandelten chronischen Erkrankungen, bspw. einer Diabetes mellitus Erkrankung, im Alltag (zwar möglicherweise Einschränkungen) aber keine Krankheitssymptome gegeben. Der Begriff der Teilhabe hat in unterschiedlichen Disziplinen verschiedene Schwerpunktsetzungen. Stehen im Rahmen soziologischer Forschung insbesondere Fragen sozialer Ungleichheit wie Armut oder unzureichender Bildungszugang im Fokus (Bartelheimer, 2004) konzentrieren sich medizinisch-rehabilitative Forschungen insbesondere auf die funktionale Gesundheit bspw. in Hinblick auf Fragestellungen der Arbeitsfähigkeit (Ewert, Cieza, & Stucki, 2002). Ein relevantes Konzept stellt hierbei die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (WHO, 2001) dar, die differenziert auf die Vielzahl möglicher Einzelhandlungen fokussiert. Die darin unterschiedenen Komponenten der Körperstruktur und Körperfunktion, Aktivität und Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren verdeutlichen auch, dass körperliche und psychische Gesundheit allein, Teilhabe nicht garantieren, sondern auch Umwelt- (unzureichende finanzielle Mittel, gesellschaftliche Stellung, Strafvollzug u.a.) und Personenfaktoren (z.B. Schüchternheit, Antriebslosigkeit) gewichtigen Einfluss ausüben. Teilhabe als Indikator einer Gesundheitsdefinition muss folglich im Sinne einer „aus gesundheitlicher Sicht gegebenen Möglichkeit zur Partizipation an öffentlichen wie auch privaten sozialen Situationen“ verstanden werden. Die Beurteilung des Behandlungserfolges eines Patienten am Ende einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, egal ob Fremd- oder Selbsteinschätzung, stellt implizit immer eine entsprechende Verhaltensvorhersage dar. Dass diese im Kontext psychiatrischer Erkrankungen,

insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen, nicht leicht zu treffen ist und oftmals auch nur kurz- bis mittelfristige Prognosen möglich sind, bleibt ein hiervon unberührtes Problem.

Die Definition der Teilhabe am alltäglichen Leben in seiner Indikatorfunktion für Gesundheit als Zielkriterium erscheint sinnvoll, da es im Sinne eines übergeordneten Konzepts die Gemeinsamkeiten der drei Perspektiven vereint. Implizit beinhaltet es drei voneinander abweichende Definitionen von Gesundheit. Kern dieses Kriteriums ist die Möglichkeit zum Verhalten im privaten und gesellschaftlichen, alltäglichen Kontext, die letztlich die entscheidende Bewertungsgröße jeglicher Intervention der Gesundheitsfürsorge darstellt (Kaplan, 1990). Abbildung 2-3 skizziert das aus dieser Argumentation resultierende Kombinationsmodell der drei relevanten Stakeholderperspektiven des Tripartite-Modells von Strupp und Hadley (1977) mit der Teilhabe am alltäglichen Leben als zentralem Ergebniskriterium, im Sinne eines Kennwerts der Gesundheit bzw. Gesundung. Die weiß gehaltenen Flächen repräsentieren Ergebniskriterien, die der jeweiligen Perspektive allein zuzuordnen sind, wie beispielsweise das subjektive Wohlbefinden, das letztlich nur der einzelne Patient empfinden und bewerten kann. Die grau gehaltenen Flächen betreffen vielfältige Überschneidungen bzw. Kontaktbereiche zwischen jeweils zwei der Perspektiven: beispielsweise die unterschiedlichen Bewertungen eines Klinikleiters aus seiner Sicht als Therapeut wie als Vertreter der Gesellschaft in seiner Rolle als Klinikleiter (siehe oben), oder die Auswirkungen des subjektiven Wohlbefindens eines Patienten auf die schulspezifische Bewertung des Behandlungsergebnisses von Seiten des Therapeuten.



Anmerkungen: P= Patient, T= Therapeut, G= Gesellschaft; TaL= Teilhabe am alltäglichen Leben

Abbildung 2-3: Spezifikation des Bewertungsmodells der drei relevanten Stakeholderperspektiven mit dem zentralen Kriterium der Teilhabe mit Beispielen der Operationalisierung

2.3 Evaluationsforschung

Der Begriff der „Evaluationsforschung“ grenzt sich gegenüber dem weiter gefassten Begriff der Evaluation durch „die explizite Verwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden und -techniken für den Zweck der Durchführung einer Bewertung“ (Wittmann, 1985, S.17) aus. Weiter definiert Wittmann: „Evaluationsforschung bezieht sich dabei auf jene Verfahren, die die Möglichkeit des Beweises anstelle der reinen Behauptung bezüglich des Wertes und Nutzens einer bestimmten sozialen Aktivität erhöhen“ (ebenda). Obwohl der Prozess der Evaluationsforschung letztlich nicht mehr als den alltäglichen, vertrauten Vorgang des Bewertens beinhaltet, war und ist er Ursprung für zahlreiche, jahrzehntelange Forschungsarbeiten. Verantwortlich ist hierfür neben den verschiedenen Ansprüchen der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen auch die Schnittstelle zum Praxisbezug, die ein gegebenenfalls kompliziertes aber auch wissenschaftlich fruchtbares Spannungsfeld ermöglicht. Die Evaluationsforschung bzw. Programmevaluation hat sich als eigenständige sozialwissenschaftliche Disziplin etabliert, auch wenn enge kontextuelle bzw. inhaltliche Bindungen, sei es zu psychologisch-psychiatrischen, pädagogischen, beratenden oder arbeits- und organisationspsychologischen Anwendungsbereichen, bestehen. Große Erfolge erzielte die Evaluationsforschung in der Entwicklung von zahlreichen Methoden, z.B. zur statistischen Auswertung, zur Kategorisierung/ Taxonomierung, u.v.a., die über den sozialwissenschaftlichen Kontext hinaus große Bedeutung erlangt haben, wie beispielsweise in der Betriebswirtschaftslehre (Eisend, 2004). Bekanntestes Beispiel ist hier wohl die Entwicklung der metaanalytischen Technik durch Glass (Smith & Glass, 1977), Rosenthal (Rosenthal & Rubin, 1978) und Schmidt & Hunter (1977). Die Meilensteine der Evaluationsforschung können und sollen an dieser Stelle nicht erschöpfend dargestellt werden, einen Überblick geben u.a. Wittmann, (1985; 2009) Rossi, Lipsey & Freeman, (2004), Posavac & Carey (1980, 2006) oder auch Wottawa & Thierau (2003). Stattdessen werden im Folgenden die in diesem Projekt zugrunde gelegten Kernkonzepte des integrativen Evaluationsmodells von Wittmann vorgestellt. Evaluationsforschung, deren Nutzen im Wesentlichen darin liegt, „... dem Praktiker, Politiker, Gesundheitsfachmann, Gesundheitsorganisationen, Rentenversicherungen, dem Steuerzahler, der Öffentlichkeit etc. umfassende Grundlagen für rationale Bewertungen und Entscheidungen [zu] geben“ (Wittmann, 1985, S. 22), baut nach Wittmann auf drei tragenden methodischen Säulen auf: (1) Techniken der Versuchsplanung und Datenanalyse, (2) Assessmentverfahren, sowie (3) Zielbestimmungs-, Bewertungs- und Entscheidungshilfen (Wittmann & Schmidt 2002). Die im Weiteren von Wittmann als Indikationsleitfaden einer Evaluation entwickelte Fünf-Datenboxen-Konzeption (Wittmann, 1990; 2009) wird im folgenden Kapitel näher dargestellt, wobei insbesondere auf die Versuchsplanung, wesentlicher Bestandteil der ersten Säule der Fokus gelegt wird. Daran anschließend werden in einem gemeinsamen Themenblock zur Ergebnismessung und -bewertung spezifische Inhalte der zweiten und dritten Säule beschrieben. Die gemeinsame Abhandlung dieser beiden Säulen erfolgt aufgrund des gegenseitigen Bezugs der Aspekte im Rahmen dieser Arbeit (Kapitel 2.3.2). Besonderer Raum wird hierbei der Kriterienproblematik und der Konzeption der multiplen Ergebniskriterien von Wittmann & Schmidt (Wittmann & Schmidt, 1983; Schmidt et al., 1987; Schmidt, 1991) eingeräumt.

2.3.1 Evaluationsmodell

2.3.1.1 Fünf-Datenboxen-Konzeption

Zentraler Bestandteil der Fünf-Datenboxen-Konzeption von Wittmann (1990; 2009; Abbildung 2-4) ist neben der von Cattell übernommenen „Covariation Chart“ (Cattell, 1957, 1966), mit den drei Dimensionen Person, Variable und Messzeitpunkt inklusive situativem Kontext, die Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs des Evaluationsprozesses. Es werden fünf Datenboxen unterschieden, wobei die erste (in älteren Darstellungen die letzte, vgl. Wittmann, 2006) Datenbox, die Evaluationsbox (EVA-Box), den gesamten Evaluationsprozess zeitlich variabel begleitet. Sie verkörpert die Belange der sogenannten Stakeholder, also aller Personen oder auch Institutionen, die als Auftraggeber oder Betroffene Interesse an der Evaluation haben. Die Evaluationsbox repräsentiert Zielsetzungen, Ausgangslage und Bewertungskriterien, die vor der Evaluation geprüft, festgelegt oder gegebenenfalls ausgehandelt werden müssen und die Grundlage für das Studiendesign sowie den Studienverlauf, etc. wie auch für die Bewertung der Evaluation nach Abschluss bilden. Anhand dieses durch die Evaluationsbox vorgegebenen Zeitpfades werden insgesamt vier weitere Datenboxen zu drei Zeitpunkten unterschieden. Den Anfang bildet die sogenannte Prädiktorbox (PR-Box). In ihr ist die Ausgangslage vor der Implementierung erfasst. Eine gewissenhafte Abstimmung von Prädiktoren und Zielsetzungen ist Grundlage für die später als Bewertungskriterien verwendeten Variablen. Der darauffolgende Interventionsbereich ist durch zwei Datenboxen, die Experimentelle Treatment Box (ETR-Box) und die Nichtexperimentelle Treatment Box (NTR), repräsentiert. Sie bilden die gegenseitigen Pole von einem streng randomisierten experimentellen Kontrollgruppendesign einerseits bis zu nichtexperimentellen, korrelativen Studien andererseits, zwischen denen ein fließender Übergang, angedeutet durch den Doppelpfeil, besteht. Die letzte Datenbox, die Kriterien-Box (KR-Box), enthält alle Kriterienmaße. Die Windrose hilft die im vorangegangenen Kapitel 2.1 beschriebenen Evaluationsschulen, den „Nord-West-Pfad“, der im Idealfall kausale Aussagen über Interventionseffekte zwischen PR- und KR-Box ermöglicht, und den „Süd-West-Pfad“, der die externe Validität, also die Generalisierbarkeit von Ergebnissen im Versorgungsalltag fokussiert, zu identifizieren.

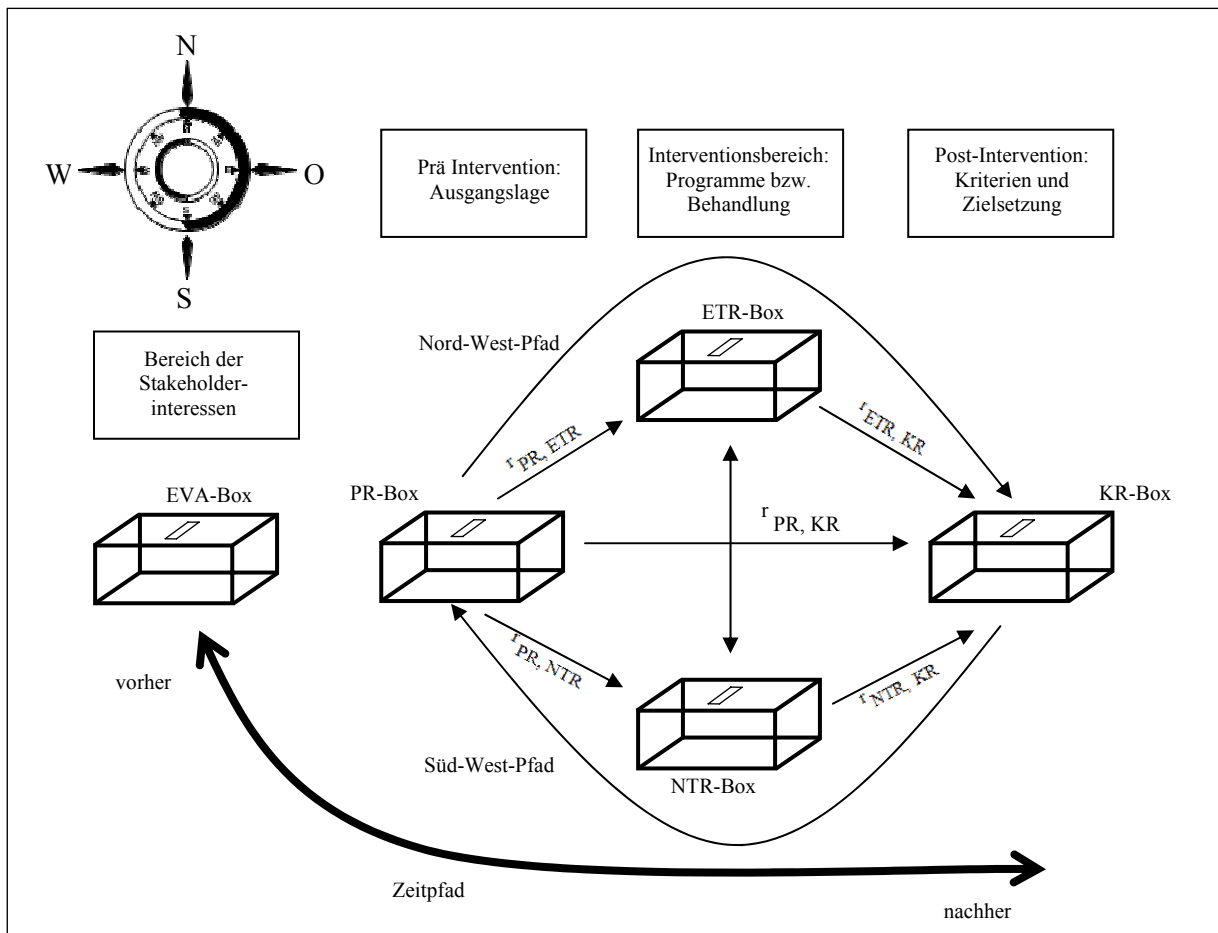


Abbildung 2-4: Das Evaluationsmodell der fünf Datenboxen nach Wittmann (1990). PR-Box: Prädiktor-Box, ETR-Box: Experimentelle Treatment-Box, NTR-Box: Nicht-experimentelle Treatment-Box, KR-Box: Kriterien-Box, EVA-Box: Bewertungs-Box (Wittmann, 2009, S.72, Abb. 5)

Mit der Veranschaulichung der Fünf-Datenbox-Konzeption werden insbesondere die Nachteile einer einseitigen Bewertung von randomisierten Kontrollgruppendesigns, wie sie im Rahmen der Evidenzbasierung (vgl. Kapitel 2.3.2.1) favorisiert werden, deutlich. Auch wenn bei Studien ohne randomisierte Kontrollgruppenzuweisung immer die Gefahr einer Konfundierung zwischen PR- und NTR-Box besteht (Wittmann et al., 2002), so ist der Wirkungsgrad der Intervention unter Praxisbedingungen mittel- und langfristig gegebenenfalls von größerer Bedeutung, so dass stärker eine komplementäre denn konkurrente Sichtweise der beiden Evaluationsrichtungen erfolgsversprechend und angemessen erscheint (u.a. Kaptchuk, 2000; Pincus, 2002).

Ist die Durchführung einer echten randomisierten Untersuchung bspw. infolge ethischer oder organisatorischer Bedingungen nicht umsetzbar (vgl. Kapitel 2.1), so gibt es eine Reihe anderer Möglichkeiten, die Evidenz von Aussagen aus korrelativen oder quasi-experimentellen Designs zu erhöhen (vgl. Shadish, et al., 2002). Besondere Bedeutung kommt hier der Mehrpunkt-Erhebung zu, die in der einfachsten Variante einen Prä-Post-Vergleich durch Differenzbildung zulässt. Zur Darstellung langfristiger Effekte ist die Erhebung mindestens einer katamnestischen Erhebung, z.B. ein halbes Jahr nach Ende der Behandlung, notwendig. Weitere Aussagekraft könnte, je nach

Fragestellung, mit zusätzlichen Erhebungsterminen erreicht werden; des Weiteren durch multizentrische, multimodale und multimethodale Datenerhebung. So steigert der Nachweis ähnlicher Ergebnisse aus unterschiedlichen Institutionen, unterschiedlichen Datenquellen (z.B. Selbst- und Fremdanfragen) und mittels verschiedenartiger Diagnostikinstrumente (z.B. standardisierter Fragebogen und klinischer Interviews) deren Überzeugungskraft. Ein solcher Nachweis konvergenter Validität kann entsprechend dem Multitrait-Multimethod-Ansatz (Campbell & Fiske, 1959) durch die gleichzeitige Verwendung inhaltsferner Konstrukte diskriminante Validität, also theoriekonform nicht bestehende Zusammenhänge, belegen. Des Weiteren lässt sich durch Wiederholungsuntersuchungen oder durch die Integration ähnlicher Studien in Meta-Analysen die Beweiskraft steigern (vgl. oben). Meta-Analysen erlauben darüber hinaus auch die Identifikation von Forschungslücken und Moderatorvariablen (Lipsey & Wilson, 2000).

2.3.2 Ergebnismessung und Bewertung

Die Differenzierung der beiden zentralen Komponenten von Evaluation, der Ergebnismessung und der Ergebnisbewertung ist sowohl theoretisch als auch in der praktischen Umsetzung von immanenter Bedeutung. Dabei ist diese Differenzierung insbesondere in Hinblick auf die jeweilige Objektivität beider Prozesse relevant. Der daraus ableitbare Qualitätsanspruch der Unabhängigkeit, sowohl personell als auch konzeptionell, von der aktiven Durchführung der Maßnahme, der Festlegung der Evaluationskriterien, der Messungen an sich und der Ergebnisauswertung sowie der Ergebnisbewertung, ist in der Praxis nicht in jedem Fall umsetzbar und sinnvoll. Zum Einen haben beispielsweise die Auftraggeber definierte Interessen, zum Anderen verfügen die Experten der Interventionsdurchführung über sehr spezifisches Wissen, das unter Umständen für die Evaluation von besonderer Bedeutung sein kann. Hier besteht folglich ein gewisser Handlungsspielraum. Um dennoch die Qualität von Evaluationen zu garantieren, wurden zahlreiche Übersichtsarbeiten notwendiger Bedingungen (u.a. Wittmann et al., 2002) oder auch explizit formulierte Standards veröffentlicht (bspw. der Deutschen Gesellschaft für Evaluation e.v. DeGEval, 2002, 2008). Ein spezifischer, aktueller Ansatz im Bereich des Gesundheitswesens zur Sicherung der Versorgungsqualität stellt die sogenannte, im Folgenden dargelegte Evidenzbasierung dar, die eindeutige Kriterien zur Ergebnismessung und -bewertung vorgibt.

2.3.2.1 Evidenzbasierung und Kostenaspekte

Grundidee der Evidenzbasierung ist das Anliegen, dem individuellen Patienten eine medizinische Versorgung gemäß der besten wissenschaftlichen Evidenz ausdrücklich und gewissenhaft zukommen zu lassen (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson, 1996). Die Evidenz einer Maßnahme wird durch Anzahl und Art der zu dieser Maßnahme bestehenden wissenschaftlichen Arbeiten bestimmt. Es lassen sich insgesamt sechs Evidenzen auf vier verschiedenen Evidenzstufen unterscheiden (Tabelle 2-2). Die höchste Evidenzstufe I ist dem sogenannten „Goldstandard“, also der streng randomisierten Kontrollgruppenstudie in der Tradition der Evaluationsschule des „Nord-West-Pfades“ vorbehalten, deren Hauptaugenmerk auf der internen Validität liegt (vgl. oben). Studien, die mit Fokussierung der externen Validität den „Süd-West-Pfad“ beschreiten, erreichen geringere Evidenzstufen.

Tabelle 2-2: Evidenzklassen (nach Fydrich & Schneider, 2007, S.58)

Stufe	Evidenztyp
Ia	Wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs).
Ib	Wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT.
IIa	Wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung.
IIb	Wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien.
III	Mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie.
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien.

Obwohl die Forderung nach einer nach wissenschaftlichen Erkenntnissen optimalen Behandlung jedes individuellen Patienten gerechtfertigt ist, beinhaltet sie in einer differenzierteren Sichtweise doch zahlreiche Konflikte, die von der Diskussion um die richtigen Kriterien des Evidenznachweises, über Fragen nach der autonom-unabhängigen Behandlungsentscheidung von Ärzten, der Bedeutung von Erfahrungswissen, dem Ringen um Kassenerstattung einzelner Maßnahmen bis zu Fragen Schutz vor klinisch-industriellem Forschungslobbyismus reichen, u.v.a. (Kienle, Karutz, Matthes, Matthiessen, Petersen & Kiene, 2003). So verwundert es nicht, dass „Evidenzbasierte Medizin [...] mehr denn je ein aktuelles Thema bei Klinikern, Sozialmedizinern, „Einkäufern“ und Planern von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie der Öffentlichkeit“ (Fydrich & Schneider, 2007; S.56) ist. Die Entwicklung von Fortbildungsveranstaltungen, Ausbildungen von spezifischen Curricula, medizinischen Expertenzentren und Fachzeitschriften zur EbM ist im angloamerikanischen Raum schon fortgeschritten und steht in enger Verwandtschaft zu Forderungen nach umfassender Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (ebenda).

Eine Besonderheit der Evidenzbasierung von Psychotherapie besteht in der ethisch begründeten Unmöglichkeit der Durchführung von Doppelblindstudien. Auch die Aussagekraft von Einfachblindstudien ist eingeschränkt, da davon ausgegangen werden muss, dass sich die Patienten eigenständig über die Behandlung informieren oder eigene Hypothesen entwickeln (Krampen, 2008). Erwartungshaltungen des Patienten wie auch die Arzt-Patienten-Interaktion beeinflussen zudem die Behandlungseffekte (z.B. Strauß & Wittmann, 2005). Es verwundert folglich nicht, dass Evidenzbasierung im aktuellen Verständnis im Kontext der Psychotherapie in besonderem Maße diskutiert wird. Wesentliche Kritikpunkte betreffen den ungeeigneten Methodentransfer, das „Kuckucksei“ (Revenstorf, 2005), aus der Medikamentenforschung und die damit verbundene zu starke Fokussierung auf RCT's und deren Gewichtung als „Goldstandard“ der Interventionsforschung, die mit einer unangemessenen Bewertung des Kriteriums der internen Validität einherginge (u.a. Albani & Geyer, 2006; Caspar, 2006; Henningsen & Rudolf, 2000; Leichsenring & Rüter, 2004; Schmacke, 2006; Orlinsky, 2006, 2008; Tschuschke, 2005; Kriz, J., 2000, 2008). Allerdings erscheint die geführte Diskussion nicht immer realitätsnah. So hat nach Grawe „Niemand, der selbst mit den

Bedingungen der Therapiepraxis konfrontiert und gleichzeitig methodisch gut ausgebildet ist, [...] je Doppelblindstudien für die Psychotherapie oder die Erfüllung irgendwelcher methodischer ‚Goldstandards‘ gefordert“ (Grawe, 2005, S.5). Es geht also keineswegs um einen direkten Methodentransfer aus pharmakologischen Studien, sondern um die Anwendung von optimal-möglichen Erkenntnismethoden in einem bestimmten Kontext. Im Fall der Psychotherapie bietet sich hierbei der Vergleich mit Verfahren an, für die bislang überzeugende Wirksamkeitsbelege vorliegen (Grawe, 2005). Nach Grawe stellt sich nicht mehr die Frage nach der selbstverständlichen Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Untermauerung praktisch-klinischen Handelns in der Psychotherapie, sondern es ginge vielmehr um die Überwindung des Therapieschulsystems, an deren Ende störungsspezifische Behandlungen stünden (ebenda).

Auch der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (2009) formuliert in seinen „Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie Version 2.7 (Stand 09.07.2009)“ deutlich aus, dass „Aus dem Nachweis der internen Validität [...] nicht auf die externe Validität geschlossen werden [kann] und umgekehrt“. Vielmehr seien „Die Frage nach der internen und die Frage nach der externen Validität [...] unterschiedlich“, und ihre Beantwortung erfordere „die Berücksichtigung jeweils unterschiedlicher methodischer Regeln“ (ebenda, S.7). Die höherrangige Bewertung von RCT gegenüber quasi-experimentellen Studiendesigns bei der Festlegung der Evidenzklassen erweist sich demzufolge im Bereich der Psychotherapieforschung als unangemessen. Da der Nachweis der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens bei einem Anwendungsbereich nicht generell auf die Wirksamkeit des gesamten psychotherapeutischen Verfahrens bei einem anderen Anwendungsbereich geschlossen werden kann (Wissenschaftlicher Beirat, 2009), wird eine wesentliche zukünftige Aufgabe psychotherapeutischer Forschung in der Herausarbeitung von störungsspezifischem Wissen und der Entwicklung entsprechender therapeutischer Leitlinien und Manuale gesehen (Lutz, 2007). Im Rahmen der Evidenzbasierung sollte aus dem Spektrum von therapeutischen Analogstudien bis zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung unter frei variierenden Bedingungen dabei jeweils die Methodik ausgewählt werden, die der Forschungsfrage und der Forschungsphase bestmöglich gerecht wird (Wittmann et al., 2002).

Der zwischenzeitlich unerlässliche Nachweis der Effektivität im Rahmen der Evidenzbasierung wird sich zukünftig noch deutlicher um Forderungen des Nachweises nach der Effizienz erweitern. Anders als bei der Effektivität, die man solitär bewerten kann, ist die Betrachtung von Kosten für ein sinnhaftes Vorgehen immer an die Relation zum Nutzen gebunden. Grundlage solcher Kosten-Wirkungsanalysen ist das sogenannte Opportunitätskostenprinzip, also der Vergleich mit dem entgangenen Nutzen bei einer alternativen Verwendung der Ressourcen (Margraf, 2009). Klassische Kosten-Nutzen-Analysen versuchen alle beteiligten Kenngrößen zur besseren Vergleichbarkeit in Geldwerten auszudrücken. Nicht in allen Fällen ist dies möglich, so dass hier Kosten-Effektivitäts-Analysen zum Tragen kommen. Dabei werden nur die Kosten in Geldeinheiten definiert, die Effektivität in nichtmonetären Kenngrößen definiert. Anhand der Ergebniskriterien, die den Kosten gegenübergestellt werden, lassen sich verschiedene Typen gesundheitsökonomischer Evaluationen unterscheiden: (1) Kosten-Analyse zur Bezifferung der Kosten einer Maßnahme (2) Kosten(mini-

mierungs)-Analysen (bzw. Kosten-Kosten-Analysen) zur Identifikation der aus einer Auswahl günstigsten Alternative, (3) Krankheitskosten-Analysen zur Bezifferung der durch eine bestimmte Erkrankung verursachten Kosten (4) Kosten-Nutzen-Analysen jeweils in monetären Einheiten, (5) Kosten-Wirksamkeits-Analysen anhand adäquater klinischer Parameter sowie (6) Kosten-Nutzwert-Studien. Diese definieren in spezifischer Form den Nutzwert ab, beispielsweise über das Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre QALYs („quality-adjusted life years“), oder der DAILYs („disability adjusted life years“), also der Anzahl verlorener Lebensjahre durch vorzeitigen Tod oder Beeinträchtigung (vgl. u.a. Margraf, 2009; Schöffski & Uber 2000; Schmidt, 2004). Gesundheitsökonomische Betrachtungen sind jeweils abhängig von der eingenommenen Perspektive. Die Perspektive höchster Generalitätsebene stellt die der Gesellschaft dar, die sämtliche Kosten berücksichtigt, unabhängig davon, wer sie zu tragen hat. Kosten umfassen den Ressourcenkonsum einer Intervention, einschließlich der gesamten zurechenbaren Folge- und Begleitleistungen. Neben der Unterscheidung der direkten medizinischen und den direkten nichtmedizinischen Kosten (Leistungen, die die gesundheitliche Versorgung unterstützen, wie Transport- und Zeitkosten der Patienten, sowie Unterstützung durch Angehörige) sind insbesondere die indirekten Kosten (Wertschöpfungsverlust infolge krankheitsbedingtem Ausfall: Arbeitsunfähigkeitszeiten, Invalidität, Wegfall von Restlebensarbeitszeit bei vorzeitigem Tod) von besonderer Bedeutung.

2.3.2.2 Kriterienproblem der Evaluationsforschung

Das Kriterienproblem von Evaluationen ist untrennbar mit jeder Evaluation verbunden und hat seinen Ursprung bereits in der ersten Idee zur Durchführung bzw. Vergabe einer konkreten Evaluationsstudie. Denn diese ist natürlich an konkrete Überlegungen und auch Wünsche des Auftraggebers gebunden, die unter Umständen auch rein politischer Natur sein können (vgl. Missbrauchsvarianten von Evaluation nach Suchman, 1970; zitiert nach Wittmann, 1985). Aber auch bei Vorliegen von reiner Wissbegier kann sich diese ganz unterschiedlich präsentieren, wie dies beispielsweise in der klassischen Differenzierung von formativer und summativer Evaluation von Scriven (1967, 1991) zum Ausdruck kommt. Andere Systematisierungen unterscheiden noch differenzierter, bspw. Mittag und Hager (2000; aufbauend auf Rossi & Freeman, 1993), die neben der formativen Evaluation noch die Evaluation der Programmkonzeption, der Programmdurchführung, der Programmwirksamkeit und der Programmeffizienz unterscheiden. Jede dieser einzelnen Evaluationsbereiche verfolgt eine eigene Fragestellung und bedarf zu deren Beantwortung unterschiedlicher Kriterien wie auch Methoden, die erfasst bzw. durchgeführt werden müssen. Es wird deutlich, dass bereits unabhängig von einem inhaltlichen Bezug, die EVA-Box (vgl. vorangegangenes Kapitel) eine entscheidende Rolle spielt. Deutlich schwieriger wird die Situation, wenn nicht nur der Auftraggeber selbst, sondern auch interessierte und/oder betroffene andere Stakeholder berücksichtigt werden (müssen). Insbesondere bei konträren Ansprüchen, bspw. der Forderung nach bestmöglicher Behandlung von Patientenseite und möglichst kostengünstiger Minimalversorgung von Seiten des Kostenträgers, gehen die Vorstellungen über die Angemessenheit der Bewertungskriterien schnell auseinander. Lösungsansätze hierbei bilden die simultane Erfassung unterschiedlicher Bewertungsbereiche, wie beispielsweise von Attkisson & Broskowski (1978) vorgeschlagen, die die Bestimmung von (1) Aufwand (2) Leistung, (3) Angemessenheit, (4) Leistungsfähigkeit und die (5) Analyse des Prozesses unterscheiden.

Auch in Hinblick auf die Erfassung der Ergebnisinformationen gibt es unterschiedliche zur Verfügung stehende Messstrategien. So unterscheiden Kordy und Scheibler (1984ab) drei verschiedene Arten: (1) Bei der allgemeinen Messstrategie werden bei allen untersuchten Personen die gleichen Eigenschaften gemessen. Meist wird eine möglichst große Anzahl an Erhebungsinstrumenten eingesetzt, um die Ergebnisqualität möglichst umfassend, mit in der Regel standardisierten und genormten Messinstrumenten. (2) Bei der gruppenspezifischen Messstrategie werden stichprobenspezifische Messverfahren eingesetzt, was aufgrund der höheren Passgenauigkeit höhere Effektgrößen erwarten lässt (zum Symmetrieprinzip siehe folgendes Kapitel). Bei der dritten, der individuellen Messstrategie (3), werden individuelle Ergebnisziele fokussiert, wie beispielsweise im Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994). Den Vorteilen des individualisierten Informationsgewinns stehen hierbei allerdings Schwierigkeiten und Einschränkungen in Hinblick auf Berechnung von statistischen Parametern, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Generalisierbarkeit der Ergebnisse gegenüber (vgl. Kordy & Scheibler, 1984ab).

Im Folgenden werden zwei wesentliche Prinzipien des integrativen Evaluationsmodells von Wittmann dargestellt, die dazu beitragen, das Kriterienproblem zu minimieren. Zum Einen das Symmetrie-Prinzip (Wittmann, 1985; 1990), zum Andern das Prinzip der Datenaggregation, spezifiziert im Ansatz der Bildung spezifischer Ergebniskriterien nach Wittmann und Schmidt (Wittmann & Schmidt, 1983; Schmidt et al., 1987).

2.3.2.3 Aggregation und Symmetrie

Sozialwissenschaftliche Konstrukte sind vielfach komplex-hierarchisch aufgebaut, so dass im Rahmen multivariater Forschung sowohl inhaltlich als auch in Hinblick auf statistische Analysen die Beachtung der Symmetrie unterschiedlicher Generalitätsebenen zwischen untersuchter Ursache und Wirkung von großer Relevanz ist. Die von Wittmann empfohlene Anwendung der Symmetrie-Prinzipien in dem von Egon Brunswik entwickelten hierarchischen Linsenmodell (1956, zitiert nach Wittmann, 1985) auf die Fünf-Datenbox-Konzeption, ermöglicht insbesondere anhand der Darstellungen möglicher asymmetrischer Validierungsstrategien, unerwartet niedrige Effektstärken im Sinne des „iron law of zero effects“ von Rossi (1978) zu erklären (Wittmann, 1985, 1990, 2002, 2009). So würden „Die Zusammenhänge unserer Operationalisierungen von Ursachen und Effekten [...] nur dann maximal, wenn das Modell der Ursachen (PR-, ETR- und NTR-Box) zum Modell des Kriteriums (CR-Box) symmetrisch ist“ (Wittmann, 1985, S. 247).

Abbildung 2-5 veranschaulicht die wichtigsten möglichen Asymmetrien. Fall 1 zeigt den extremsten Fall von Asymmetrie, nämlich die gänzlich fehlende Korrespondenz von Prädiktor und Kriterium, d.h. es wurde nicht das gemessen, was Bestandteil der Intervention war. Die beiden darauffolgenden Fälle beschreiben Asymmetrien in Hinblick auf das Generalitätsniveau der Variablen. Fall 2 veranschaulicht die Situation, wenn ein eng umschriebenes Kriterium aus einer Vielzahl an Prädiktorvariablen vorhergesagt werden soll, im dritten Fall wird versucht, aus wenigen Prädiktorvariablen einem großen Konstrukt auf Kriteriumsseite zu begegnen. Der letzte Fall beschreibt die Möglichkeit, dass sich Variablen aus Prädiktor- und Kriteriumsbox nur teilweise überlappen. Mit Hilfe der Brunswik'schen Linsengleichung, anhand derer der Grad der Symmetrie empirisch zu testen ist, konnte Wittmann

theoretisch darstellen, dass das Risiko einer Effektunterschätzung allein aus forschungsmethodischen Gründen dreimal so hoch ist, wie die Möglichkeit einer Überschätzung (Wittmann, 2002, 2009).

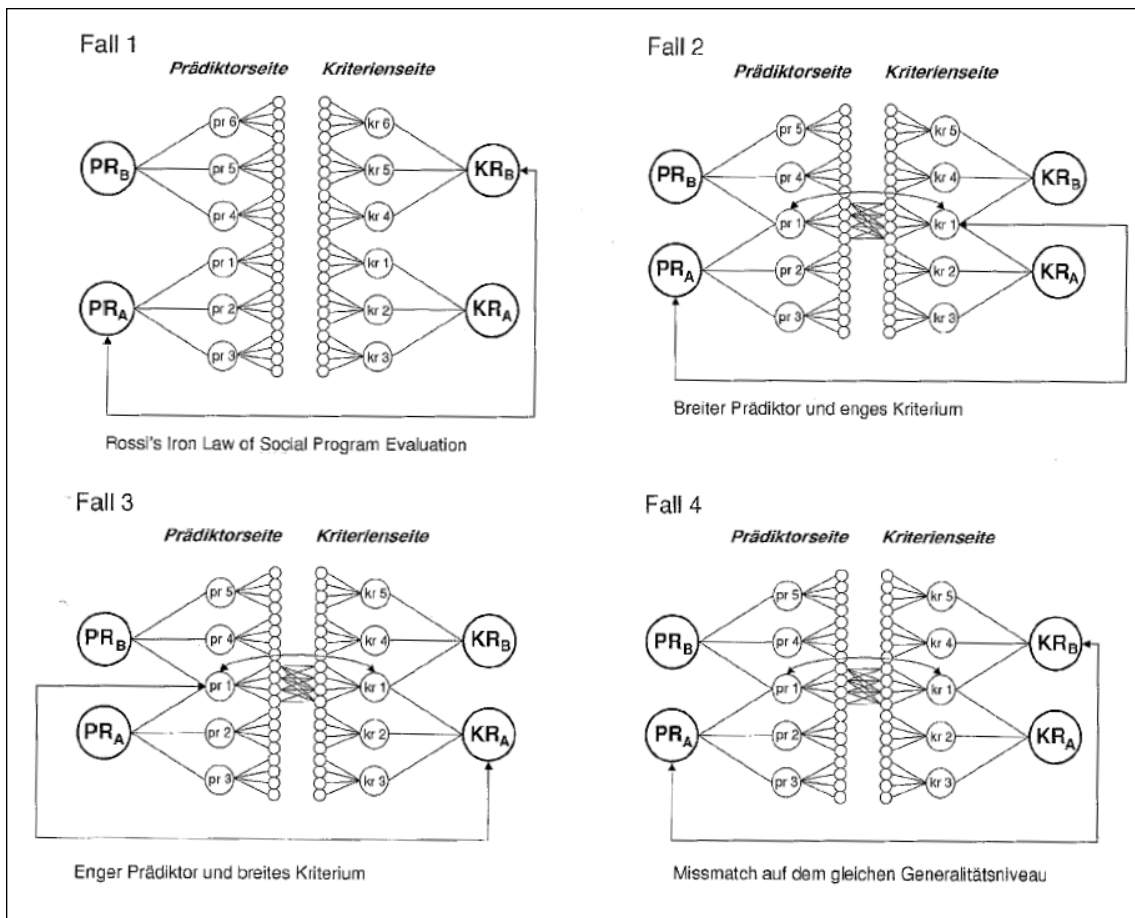


Abbildung 2-5: Veranschaulichung möglicher asymmetrischer Validierungsstrategien zwischen Prädiktor (PR) und Kriterium (KR) (Wittmann, 2009, S.81, Abb. 7)

Ausgehend vom Linsengleichungsmodell haben Schmidt und Wittmann auf Grundlage des von Fishbein und Ajzen formulierten Aggregationsprinzips von Verhaltenskriterien (Fishbein, & Ajzen, 1974), eine Systematisierung vorgeschlagen, die zum Einen zwischen isolierten Aspekten der Ergebniskriterien ("singuläre Ergebniskriterien") und facettenreichen, mehrdimensionalen "multiplen Ergebniskriterien" unterscheidet, zum Andern unterschiedliche Zeitpunkte bzw. Situationen differenziert (Schmidt et al., 1987; Schmidt, 1991). In der Kombination lassen sich insgesamt vier verschiedene Kriterienarten unterscheiden, die in Abbildung 2-6 illustriert sind.

Bei den multiplen Ergebniskriterien werden unterschiedliche Einzelaspekte des Kriteriums unabhängig von einer einmaligen oder wiederholten Messung erfasst und zu einem Index zusammengefasst. Die Indexbildung erfolgt über (a) die Auswahl und Messung mehrerer ergebnisrelevanter Einzelmerkmale, (b) der binären Codierung der Einzelergebnisse im Sinne von „vorhanden“ und „nicht vorhanden“ bei Statusinformationen und „gebessert“ bzw. „nicht gebessert“ bei Informationen direkter Veränderungsmessung, sowie (c) der theoriegeleiteten Aggregation durch Summation zu einem Gesamtwert. Grundlage der dichotomen Codierung waren trotz des Nachteils von Informationsverlust durch

Varianzreduktion, Überlegungen zur Notwendigkeit einer möglichst anschaulichen Vermittelbarkeit der Behandlungsergebnisse auch für statistisch wenig geschulte Stakeholder. Die grundsätzliche Zulässigkeit dieses pragmatischen Vorgehens konnte Steffanowski (2008) belegen.

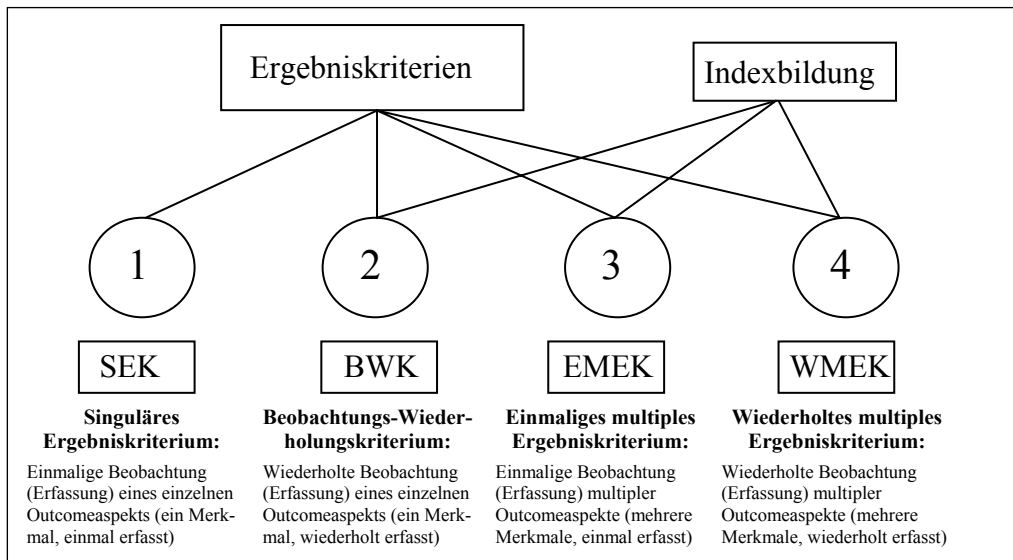


Abbildung 2-6: Unterschiedliche Ergebniskriterien nach Wittmann & Schmidt (1983; Schmidt et al., 1987; S.294; Abb. 1).

Die Vorteile in der Bildung aggregierter Ergebnismaße liegen zum Einen in der Reliabilitätssteigerung, da davon ausgegangen werden kann, dass sich gleichsinnige wahre Ergebnisgrößen der Einzelvariablen addieren, zufällige Schwankungen sich hingegen gegenseitig aufheben. Zum Andern lässt sich ein facettenreiches Spektrum an Bewertungskriterien und -perspektiven zu einem Index integrieren. Grundlage ist hierbei die Zugrundelegung inhaltlich-theoretischer Annahmen, die gegebenenfalls eine spezifische Gewichtung der unterschiedlichen Aspekte beinhalten können. Durch eine eindeutig begründete Definition der aggregierten Inhalte können Kritikpunkte hinsichtlich einer unzulässigen Vermischung sinnvoll nicht aggregierbarer Inhalte (Inkommensurabilitätsproblem) ausgeräumt werden.

Im Rahmen der Entwicklung des Aggregationsansatzes nach Wittmann und Schmidt (1983) wurde aus 27 ganz unterschiedlichen Einzelvariablen ein sogenanntes EMEK-27 gebildet (Schmidt, 1991; Lamprecht & Schmidt, 1990), das auch in fünf darauffolgenden Evaluationsstudien der stationären Gesundheitsversorgung Eingang fand (Tabelle 2-3). Grundsätzlich ist auch die Bildung auf Grundlage der Gesamtscores standardisierter Messverfahren möglich. Einen erweiterten Ansatz hat Stapel (2005) mit der Entwicklung eines multiplen „Veränderungs“-Ergebniskriteriums umgesetzt, das anhand eines Cut-offs von minimal kleiner Effektstärke ($ES > 0,2$; Stapel, 2005, S.199) des Prä-Post-Vergleichs verschiedener Verfahren entsprechend dem dichotomen Ansatz von Wittmann und Schmitt (1983) gebildet wurde. Dieser Ansatz erscheint allerdings aufgrund des relativ niedrighelligen Cut-off-Kriteriums, wie auch des vergleichsweise hohen Informationsverlustes infolge der beträchtlichen Informationsverdichtung nur bedingt optimal. Vorteilhafter ist bei Zugrundelegung von Effektstärken

die Bildung eines mittleren Gesamtstudieneffekts entsprechend metaanalytischer Methodik (Lipsey & Wilson, 2000).

Tabelle 2-3: Studien der Arbeitsgruppe unter Verwendung des EMEK-27-Kriteriums

Studie	Publikation	N
Zauberberg-Studie I	Schmidt, 1991 Lamprecht & Schmidt, 1990	364
Zauberberg-Studie II	Nübling, 1992	565
Reinerzauer Katamnese-Studie	Nübling, Schmidt, Wittmann, 1999	560
Bad Herrenalber Studie	Nübling, Bürgy, Meyerberg, Oppl, Kieser, Schmidt et al., 2000	317
EQUA-Studie	Schmidt, Karcher, Steffanowski, Nübling & Wittmann, 2000; Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg, & Wittmann, 2003	858
INDIKA-Studie	Nübling, Hafen, Jastrebow, Körner, Löschmann, Rundel et al., 2004	324

3 Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der Klinik Mengerschwaige hat sich neben der Behandlung von Depressionen, psychosomatischen Störungen und bestimmten Formen von Psychosen insbesondere die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem wesentlichen Behandlungsschwerpunkt entwickelt. Dabei gilt die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund der im Wesen der Störung begründeten Schwierigkeiten der zwischenmenschlichen Interaktion, umso stärker noch in der therapeutischen Zusammenarbeit, gemeinhin als nicht leicht (zusammenfassend u.a. Gunderson, 2005). Nicht nur der Umgang mit Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auch deren eindeutige Diagnose erweist sich dabei als problematisch. Verantwortlich hierfür ist die Symptomvielfalt, die das Zugrundeliegen der Persönlichkeitsstörung häufig verschleiert (vgl. Kapitel 3.1.3). Bis heute gibt es hinsichtlich der relevanten Leitsymptome unterschiedliche Auffassungen verschiedener therapeutischer Richtungen, so dass auch der Nutzen und die Anwendbarkeit der Kriterien nach DSM-IV und ICD-10, die im folgenden Kapitel dargestellt werden, weiterhin umstritten sind (Hoffmann, 2000; Akiskal, 2000). Die sich daraus bedingenden Schwierigkeiten werden anschließend anhand zentraler Symptome beispielhaft veranschaulicht (Kapitel 3.1.3.1 bis 3.1.3.4), bevor mit einem Überblick zur Prävalenz (Kapitel 3.1.4) die gesundheitspolitische Bedeutung hervorgehoben wird. Bei der darauffolgenden Darstellung der Forschungslage zu Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten wird explizit größeres Gewicht auf die Symptomebene gelegt, die Diagnoseebene hingegen gestraffter dargestellt, um einerseits eine Dopplung vergleichbarer Inhalte zu vermeiden, andererseits den aus manchen Therapierichtungen vorgetragenen Vorbehalten gegenüber den offiziellen Klassifikationssystemen Rechnung zu tragen (siehe im Folgenden). Kapitel 3.3 gibt in einem eigenen Kapitel Überblick über den aktuellen Erkenntnisstand zur Ätiologie der Erkrankung. Der daran anschließende Abschnitt führt allgemein anerkannte Prinzipien der Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen, wie auch spezifische Therapiekonzepte näher aus. Dies mündet in einer Darstellung zur Therapiewirksamkeit und Prognose der Behandlung (Kapitel 3.5), gefolgt von einer Darstellung der aktuellen Versorgungssituation und der durch die Erkrankung der Gesellschaft entstehenden Kosten (Kapitel 3.6). Den Abschluss bildet zur Veranschaulichung der konkreten, alltäglichen, dynamisch-psychiatrischen, stationären Versorgung der Klinik Mengerschwaige ein kurzer Abriss ihres aktuellen Therapiekonzepts (Kapitel 3.7).

3.1 Diagnose

Die Festlegung deskriptiver Kriterien durch die DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und die ICD-10 (World Health Organisation, 1991, in deutscher Übersetzung von Dilling, Mombour, & Schmidt, 1991) bedeutet eine Vereinheitlichung, die eine theorieübergreifende Betrachtung ermöglicht, und 30 Jahre nach ihrer Einführung, trotz der hohen Komorbidität, umstrittener Genese und möglicher, andauernder Vorbehalte in Hinblick auf den klinischen Nutzen als insgesamt positiv bewertet werden kann (Gunderson, 2005).

3.1.1 Ursprünge der Diagnose

Die Ursprünge der Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ sind vielfältig. Die erste nachweisliche Benutzung des Begriffs „borderland“ als Begriff zur Bezeichnung einer bestimmten psychischen Störung geht auf Hughes (1884; nach Eckert, Dulz, & Makowski, 2000; vgl. auch Reimer, Eckert, Hautzinger, Wilke, 2007). Bereits Rosse (1890, nach Reimer et al. 2007; vgl. auch Eckert et al., 2000) berichtet zur „borderland insanity“ den typischen, später vielfach wiederholt beschriebenen Abwehrmechanismus „die Welt in zwei entgegengesetzte Lager einzuteilen, ‚Recht‘ gegen ‚Unrecht‘, ‚Gut‘ gegen ‚Böse‘ - und die Existenz irgendeines Mitteldings zu ignorieren“ (Hayakawa, 1967, S.304). Moore (1921) hob als Erster die Bedeutung von „Angst“ hervor (nach Eckert et al., 2000). In der Terminologie und dem Verständnis Sigmund Freuds gab es kein Äquivalent zur Borderline-Persönlichkeitsstörung, wenn auch in der Rückschau viele Falldokumentationen, insbesondere Hysteriediagnosen, aus heutiger Sicht als Borderline-Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert würden (Dulz, 2000).

Die gängigste Rückführung der Diagnose geht auf die klinischen Beobachtungen von Adolph Stern (1938; nach Gunderson, 2005) zurück, der eine Patientengruppe identifizierte, die die vorgegebenen Grenzen der Psychotherapie nicht beachtete und die weder in das psychoanalytische Schema einer neurotischen noch einer psychotischen Störung passte. Der Borderline-Begriff entwickelte sich in der Folge als eine Zustandsbeschreibung für Patienten, die in „einem ‚Zwischengebiet‘ zwischen einer eindeutigen Indikation für die psychoanalytische Behandlungsmethode und einer eindeutigen Kontraindikation - im allgemeinen Patienten mit einer länger dauernden Psychose - lag[en]“ (Stone, 2000, S.3). Großen Anteil daran hatte Knight (1953), der ebenso wie Stern den Status einer „Verlegenheitsdiagnose“ ohne praktische Konsequenz bemängelte, durch die Hervorhebung der gleichwertigen Bedeutung einer Abgrenzung zur Psychose wie zur Neurose. Er erkannte auch, dass das Unvermögen des Umgangs mit diesen Patienten Ursache für den beobachteten Unfrieden unter den Mitarbeitern war. Der Begriff wurde für „untypische, klinisch schwierige Fälle [...] recht und schlecht in der Peripherie der psychiatrischen Begriffsbildung mitgeschleppt, ohne bemerkenswerten Fortschritt“ (Gunderson, 2005, S.28). Erst mit der psychoanalytischen Konzeption von Kernberg (u.a. 1967, 1983, 1988, 1993, 2000; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2008), der den Begriff der „Borderline Persönlichkeitsorganisation“ einführte und die Diagnostik auf die Basis von typischen Symptomkombinationen und den Nachweis der charakteristischen Ich-Störung stellte (Kernberg, 1983; vgl. auch Kapitel 3.3.5), war ein entscheidender Schritt getan, der das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung bis heute zu einem geläufigen Begriff in Psychiatrie und Psychotherapie werden ließ. Das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation fand vorrangig in den USA der siebziger Jahre Ausdruck und Verbreitung unter psychoanalytischen Therapeuten.

3.1.2 Borderline-Störung im DSM-IV und der ICD-10

Die verbindliche Definition als Persönlichkeitsstörung erfolgte erstmals 1980 mit der Aufnahme in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-III (American Psychiatric Association, 1980, 1983), infolge einer großen Studie von Spitzer (Spitzer, Endicott, & Gibbon, 1979),

in der anhand von über 1600 Patienten trennscharfe Kriterien gegenüber anderen Persönlichkeitsstörungen, Neurosen sowie affektiven und Abhängigkeitsstörungen identifiziert werden konnten.

In der aktuellen, vierten Fassung, der DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Diagnoseschlüssel: 301.83) anhand folgender Kriterien definiert (Abbildung 3-1):

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. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen werden 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 (Geldausgaben, 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. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Abbildung 3-1: Kriterien zur Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Diagnoseschlüssel: 301.83) anhand des DSM-IV (Deutschsprachige Ausgabe von Saß, Wittchen und Zaudig, 1998, S. 739, Hervorhebung im Original)

Die International Classification of Diseases ICD der Weltgesundheitsorganisation WHO, die in Deutschland aufgrund der ICD-10-Diagnosenverschlüsselung zur Leistungsabrechnung aller medizinischen Leistungen einen höheren Bekanntheitsgrad aufweist, übernahm die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung erst mit ihrer 10. Revision (ICD-10) (World Health Organisation, 1991, in deutscher Übersetzung von Dilling, et al., 1991). Unter der Ziffer F60.3 werden die Kriterien für eine „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ beschrieben, die wiederum weiter in einen „impulsiven“ (F.60.30) und einen „Borderline Typus“ (F.60.31) unterschieden wird. Durch diese Unterscheidung wird der Bereich mangelnder Impulskontrolle aus der Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgegliedert, so dass Personen mit impulsivem und emotional instabilem

Verhalten, aber ohne die borderlinetypische Identitätsunsicherheit und intensive, instabile zwischenmenschliche Beziehungen, eindeutig diagnostiziert werden können. Die Forschungskriterien (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1994) definieren die Borderline-Persönlichkeitsstörung anhand A) allgemeiner Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, die erfüllt sein müssen (F.60; siehe Anhang) den Kriterien der „Emotional instabilen Persönlichkeit vom impulsiven Typ“ (F.60.30; siehe Abbildung 3-2), von denen mindestens die zweite und mindestens zwei andere erfüllt sein müssen, und C) anhand mindestens zwei der fünf borderlinespezifischen Kriterien (F.60.31; siehe Abbildung 3-2).

Kriterien der „Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ“

1. Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
2. Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
5. Unbeständige und unberechenbare Stimmung.

Zusätzliche Kriterien der „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ“

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller);
2. Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassen werden zu vermeiden;
4. Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung;
5. Anhaltende Gefühle von Leere.

Abbildung 3-2: Kriterien zur Diagnose der „Emotional instabilen Persönlichkeit“ nach ICD-10 (Erläuterungen im Text).

Die angeführten Merkmale beider Klassifikationsmerkmale überschneiden sich weitgehend. Anders sieht es hinsichtlich der klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 aus, die keine strikt formulierten Kriterien vorgeben, sondern mit folgender, vergleichsweise wenig elaborierten Beschreibung dem Kliniker einen gewissen diagnostischen Spielraum einräumen (Dilling et al., 1991, S.215):

„F60.31 Borderline Typ: Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Dazugehöriger Begriff: Borderline Persönlichkeit(ssstörung).“

3.1.3 Symptomatologie

Wie oben bereits ausgeführt, erweist sich die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Praxis keineswegs als so einfach, wie die Kriterienkataloge von ICD-10 und DSM-IV dies erwarten ließen. So bestehen gerade bei der komplexen Symptomatologie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen Unklarheiten und Widersprüche, die in vielen Fällen nicht eindeutig entschieden werden können. Dies ist sicherlich auch in der Konstruktion der Klassifikationssysteme bedingt, die letztlich lediglich „Wahrnehmungskonventionen“ darstellen, „... nach denen eine Expertengruppe verstörte, gestörte oder störende Menschen leidlich einheitlich gruppieren kann“ (Dulz & Sachsse, 2000, S. 246). Im Folgenden werden diese undeutlichen Abgrenzungen anhand verschiedener Leitsymptome näher dargestellt. Die Auswahl erfolgte in einem Abwägen zwischen den von unterschiedlichen Autoren als Leitkriterien angesehenen Symptomen und dem Bezug zur Diagnoseebene mit Fokus auf typische Komorbiditäten (vgl. Kapitel 3.2). Eine alternative Einteilung, die zwischen affektiven, kognitiven, interpersonalen und Verhaltenskriterien unterscheidet (Zanarini, Gunderson, Franckenburg, & Chauncey, 1990; Lieb, Zanarini, Schmah, Linehan, & Bohus, 2004) wäre zwar durchaus systematischer, gleichsam aber auch deutlich unspezifischer gewesen.

3.1.3.1 Dissoziative Phänomene

Dissoziative Phänomene gehören zu den häufigen, besonders auffälligen und oftmals auch als „Theater“ diskreditierten Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz & Sachsse, 2000). Dissoziative Phänomene beschreiben eine Spaltung des Bewusstseins, bei der Gedanken, Einstellungen und andere psychologische Aktivitäten ihren Bezug untereinander verlieren, so dass logisch wie emotional unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen parallel bestehen können, wodurch zwingende Konflikte vermieden werden (in Anlehnung an Arnold, Eysenck, & Meili, 1980 und Dulz & Sachsse, 2000). Das Spektrum der Ausgestaltung ist groß, von subklinischen Phänomenen wie Tagträumen über Dämmerzustände, Depersonalisation und Derealisation bis zu schwersten Bewusstseinsstörungen, bei denen im Sinne einer multiplen Persönlichkeitsstörung, ganze Identitäts-Entitäten voneinander abgegrenzt existieren können (Dulz & Sachsse, Hoffmann, & Hochapfel, 1995; Zanarini, Ruser, Frankenburg, & Hennen, 2000). Entgegen den Kriterien der DSM-IV („Kriterium 9: Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ vgl. Abbildung 3-1) gibt es im ICD-10 keinen Bezug zur multiplen Persönlichkeit, die im ICD-10 den „Dissoziativen Störungen“ (F44) unter den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (F4) zugeordnet wird. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass die Trennung der Störungsbilder weder aufgrund soziodemografischer, klinischer noch kultureller Ebene möglich ist (Lauer, Black, & Keen, 1993; Berger, Saito, Ono, Tezuka, Sharihase, Kuboki, & Suematsu, 1994).

In der Entwicklung der Psychoanalyse hat der Spaltungsbegriff im Zusammenhang mit der Objektbeziehungstheorie (Kernberg, 1975) eine besondere Rolle eingenommen. Danach handelt es sich bei Spaltung um einen eigenständigen Abwehrmechanismus, der, zur Abwehr unerträglicher Ambivalenz für ein schwaches Ich einheitliche Objektrepräsentanzen in „total gut“ und „total böse“ auftrennen würde. Diese guten und bösen Objektbeziehungen wären als Handlungsintention voll bewusstseinsfähig, zugleich aber voneinander „völlig abgetrennt“ (Kernberg, 1975; vgl. Scharfetter,

2000; vgl. Kapitel 3.3.5). Vermutlich aufgrund der offensichtlichen deskriptiven Plausibilität hat der Spaltungsbegriff bis heute große Akzeptanz, obwohl er vielfach auch im Rahmen der psychoanalytischen Forschung in Hinblick auf Klarheit und Nutzen kritisiert wurde (zum Überblick siehe Zepf, 2009).

3.1.3.2 Angst

Das Symptom der Angst ist besonders gut geeignet, die Schwierigkeiten praktischer Kliniker mit den ätiologiefreien Klassifikationssystemen der ICD und der DSM zu beschreiben, was auch darin Ausdruck findet, dass die Bedeutung der Angst als typisches Symptom bei Borderline-Störungen weiterhin stark umstritten ist. War das Vorhandensein von chronischen, diffusen, frei flottierenden Ängsten, wie auch phobischen Ängsten in psychoanalytischen Krankheitsbeschreibungen fester Bestandteil (u.a. Kernberg, 1978; Grinberg, 2000; Hoffmann, 2000), so fand sie doch keine Berücksichtigung in Konzeptionen der DSM-III (und folgend der DSM-III-R, DSM-IV) und ICD. Und dies, obwohl die bei der Konzeption der DSM-III einflussreiche Arbeitsgruppe von Gunderson und Singer in eigenen Forschungsarbeiten die Bedeutung der Angst als Leitsymptom bestätigen konnte (1975). Zur Klärung dieser Diskrepanz gibt es zwei Ansätze: Zum Einen ermöglicht die Einführung des Achsensystems im DSM-III eine eigenständige Codierung von psychischen Erkrankungen und zugrunde liegender Persönlichkeitsstörung. Dies eröffnet zwar möglicherweise eine genauere Diagnose, beinhaltet aber insbesondere bei großen Symptomüberlappungen auch die Gefahr von Einbußen der Interraterreliabilität. Zum Andern ist ein deskriptives Klassifikationssystem nicht für jedes Krankheits- bzw. Therapieverständnis immer zielführend. So erscheint es aus psychodynamischer/-analytischer Sicht außer Frage, dass Borderline-Patienten, Ängste haben, zwar zeitlich limitiert, aber in äußerst mannigfaltiger Intensität und Ausprägung (Hoffmann, 2000). Da die Patienten aber, unabhängig von ihrem äußeren Bild, ständig in besonderer Weise und durchaus erfolgreich mit der Abwehr von Ängsten beschäftigt seien, könne durch bloßes Nichtbeobachten der Ängste nicht von ihrer Bedeutungslosigkeit ausgegangen werden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass diese nur durchbrechen könnten, wenn ihre Abwehr nicht gelänge. Die Bedeutung der Angstabwehr betrifft aus dieser Sicht auch andere typische Symptome, bspw. die Affektlosigkeit, oft als „Leergefühl“ oder „innere Leere“ beschrieben (vgl. Kapitel 3.1.3.3), die Spaltung (vgl. Kapitel 3.1.3.1), die Affektverschiebung, bzw. -substitution, also das borderlinetypische Umschlagen der Emotion gegenüber einem Menschen, (vgl. Kapitel 3.1.3.1), oder die Selbstschädigung durch Drogenkonsum, Risikoverhalten oder Selbstverletzen (vgl. Kapitel 3.1.3.4). In Phasen der Angst könne diese auch stellvertretende Funktion einnehmen, bspw. als Ersatz für die unerträglichen Gefühle der Leere, als Schutz von aggressiven Phantasien oder zur Versicherung eigener Lebendigkeit. Auch die typischen Inhalte der Ängste stehen in engem Zusammenhang mit den charakteristischen Symptomen, so beispielsweise die Unerträglichkeit des Alleinseins (Gunderson, 2005), oder auch die Angst vor (den Folgen nach übergroßer) Nähe (Leichsenring, 1996).

3.1.3.3 Affektive Beeinträchtigungen

Der bestehende Zusammenhang der Borderline-Persönlichkeitsstörung und depressiven Störungen wird bereits in den DSM-IV-Kriterien offensichtlich, von deren neun allein fünf einen Bezug zu affektiven Symptomen oder Verhaltensweisen haben, neben unbeständigen Beziehungen und einem instabilen Selbstgefühl, insbesondere die emotionale Instabilität, die Impulsivität sowie das Gefühl chronischer Leere (Akiskal, 2000; Glenn & Klonsky, 2009). Dass die Frage der Abgrenzung der Erkrankungen seit der Einführung der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem DSM-III diskutiert wird, verwundet daher kaum (Gunderson, Morey, Stout, Skodol, Shea, McGlashan, et al., 2004; vgl. Kapitel 3.2).

Trotz des offensichtlichen, klinischen Bildes ist das Konstrukt der affektiven Instabilität bislang nicht hinreichend definiert und erforscht (McKinnon & Pies, 2006). Grundsätzlich können zur Bewertung die Intensität, die Häufigkeit und die Stabilität der Gemütsveränderung herangezogen werden. Bislang ist allerdings umstritten, ob affektive Instabilität als Persönlichkeitseigenschaft zu verstehen ist, ob sie sich über alle Affekte gleichermaßen erstreckt oder ob sich verschiedene Personen- bzw. Diagnosegruppen anhand unterschiedlicher Muster der Gemütsinstabilität unterscheiden lassen, wofür es Hinweise gibt (Henry, Mitropoulou, New, Koenigsberg, Silverman, & Siever, 2001; Koenigsberg, Harvey, Mitropoulou, Schmeidler, New, Goodman et al., 2002). Insgesamt sind sowohl die Methodik als auch die Ergebnisse der Messung affektiver Instabilität der insgesamt nur wenigen Forschungsarbeiten bis heute uneinheitlich (Ebner-Priemer, Kuo, Kleindienst, Welch, Reisch, Reinhard et al., 2007), so dass weiterhin von einem hohen Forschungsbedarf mit Einbezug von grundsätzlichen Fragen wie der Sinnhaftigkeit eines bipolaren Spektrums auszugehen ist (vgl. McKinnon & Pies, 2006).

Im klinischen Bild äußert sich affektive Instabilität in enormen, innerhalb kürzester Zeit sich vielfach vollziehenden Gefühlswechseln zwischen lebhafter Stimmung, Wutausbrüchen, Zorn, Angst, Sorgen, Panik und intensiven dysphorischen Gefühlen (Lieb et al., 2004). Dabei ist diese affektive Instabilität auch von einer korrespondierenden kognitiven Dysregulation begleitet, wie Clarkin und Kollegen formulieren: „The patient not only gets angry, but is also convinced that there is a good and justifiable reason to be angry“ (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, Kernberg, 2007, S.478). Borderline-Patienten zeigen insgesamt geringeres emotionales Bewusstsein und höhere Intensitäten bei negativen Gefühlen in Selbstratingskalen (Levine, Marziali, & Hood, 1997) und berichten häufiger über intensivere und länger anhaltende negative emotionale Anspannung im Alltag (Stiglmayr, Grathwol, Linehan, Ihorst, Fahrenberg, & Bohus, 2005). Sie verfügen über eingeschränkte Fähigkeiten der Emotionskontrolle (Linehan, 1993ab) bei einer besonderen Empfindsamkeit für emotionale Hinweisreize in sozialen Interaktionen, bspw. der Gesichtszüge (u.a. Lynch, Rosenthal, Kosson, Cheavens, Lejuez, & Blair 2006; zum Überblick Domes, Schulze, & Herpertz, 2009). Da die Fähigkeit die interne Verfassung anhand von äußeren Anzeichen richtig einschätzen zu können, als Grundlage von Empathie, Vertrauen und prosozialem Verhalten gilt (Marsh & Ambady, 2007), ist, wenn diese Fähigkeit zur Emotionsidentifikation eingeschränkt ist, inadäquates soziales Verhalten und wirres emotionales Verhalten folgerichtige Konsequenz (Wolff, Stiglmayr, Bretz, Lammers, & Auckenthaler, 2007; Domes et al., 2009).

Mit Impulsivität wird kein eigenständiges Symptom bzw. keine einzelne Verhaltensweise benannt (Moeller, Barrat, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001), sondern sie beschreibt ein typisches Verhaltensmuster, nämlich unüberlegtes, leichtsinniges, überstürztes, der Situation nicht angepasstes Handeln ohne Vorausschau und mit oftmals unerwünschten Folgen (Hochhausen, Lorenz, & Newman, 2002; Evenden 1999). Impulsives Verhalten kann sich folglich in sehr vielfältiger Weise zeigen, von sozial akzeptiertem bis sozial ungeduldetem Verhalten. Im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung äußert sie sich typischerweise in plötzlichen Stimmungswechseln, verbalen Zornausbrüchen, selbstverletzenden Verhalten, Substanzmittelmissbrauch, in halbsbrecherischem Autofahren, in unreflektierten Essen oder in übermäßigem Einkaufen (Lieb et al., 2004). In einem solchen Verständnis ist die Impulsivität als klassische überdauernde Persönlichkeitseigenschaft definiert. Zur Erfassung wurden u.a. die Barratt Impulsivity Scale (Patton, Stanford, & Barratt, 1995) oder der Eysenck Impulsiveness Scale (Eysenck & Eysenck, 1977) entwickelt. In der psychologischen Forschung wurden insbesondere auf der Basis von Labortestungen auch andere Verhaltensmodelle bzw. Definitionen entwickelt. Sie konzentrieren sich auf spezifische Verhaltensweisen, bspw. im Zusammenhang mit Aggression (bspw. Berkowitz, 1974; Barratt & Slaughter, 1998; Hollander, Tracy, Swann, Coccaro, McElroy, Wozniak, et al., 2003) oder in Hinblick auf die Unfähigkeit zum Belohnungsaufschub (z.B. Dougherty, Bjork, Huckabee, Moeller, & Swann, 1999). Das Konstrukt der Impulsivität und seine Bedeutung im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen sind letzten Endes noch nicht hinreichend geklärt (Evenden 1999; Hochhausen et al., 2002; Moeller et al., 2001). So gibt es beispielsweise Ansätze, die Impulsivität als Gegenpol der Zwanghaftigkeit einer gemeinsamen Dimension konzipieren (Stein, Hollander, Simeon, & Cohen, 1994) oder aber die Impulsivität als Schlüsselfaktor zahlreicher psychiatrischer Erkrankungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Antisozialen Persönlichkeitsstörung oder auch von Abhängigkeitserkrankungen sehen (Moeller et al., 2001). Insbesondere Forschungsarbeiten zu neurobiologischen bzw. psychopharmakologischen Wirkmechanismen im Zusammenhang mit der ‚impulsive aggression‘ belegen deutliche Unterschiede bei Konzentration und Reaktion bestimmter Neurotransmitter gegenüber Gesunden, weniger zwischen verschiedenen Patientengruppen (z.B. Hollander, et al., 2003; Barratt, Stanford, Kent, & Felthous, 1997). Auch in klinischen Studien kann die Bedeutung der (unterschiedlichen Aspekte von) Impulsivität für das Erleben und die Genesung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen anhand zahlreicher Studien dargestellt werden (u.a. Koenigsberg, Harvey, Mitropoulou, New, Goodman, Silverman et al., 2001, Evenden 1999; Bornovalova, Rosenthal, Daughters, Lynch, & Lejuez, 2005). So weisen beispielsweise Borderline-Patienten im Vergleich mit Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung oder einer bipolaren Störung signifikant höhere Impulsivitätsmesswerte auf (Henry et al. 2001) und Impulsivität gilt als hochprädictiv für die Borderline-Psychopathologie über einen 7-Jahreszeitraum (Links, Heslegrave, & van Reekum, 1999). Andererseits ist auch die Besserung in der Remissionsphase bei den Symptomen besonders deutlich, bei denen Impulsivität einen bedeutsamen Anteil hat, wie beispielsweise dem Substanzmittelmissbrauch oder dem selbstverletzenden Verhalten, (Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003). Allgemein ist die Impulsivität bei älteren Patienten geringer, was für ein „Ausbrennen“ der Erkrankung mit dem Alter spricht (Stevenson, Mears, & Comerford, 2003).

Das Gefühl ‚Chronischer Leere‘ geben knapp Dreiviertel aller Borderline-Patienten gegenüber nur circa einem Drittel der Patienten anderer psychiatrischer Erkrankungen als relevantes Problem an (Grilo, McGlashan, Morey, Gunderson, Skodol, Shea et al., 2001; Johansen, Karterud, Pedersen, Gude, & Falkum, 2004). Trotz dieser Häufigkeit war Chronische Leere bislang nur selten im Fokus der Forschung, und erwies sich bislang als schwer zu definieren und zu messen (Klonsky, 2008). Auch der Beitrag zur Diagnostik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eher moderat einzuschätzen, weist doch die ‚Chronische Leere‘ die geringste Trennschärfe von allen DSM-IV-Kriterien auf (Johansen et al., 2004). Auf Grundlage der wenigen Forschung scheint chronische Leere wenig mit Langeweile zu tun zu haben, andererseits stark mit Hoffnungslosigkeit, Isolation, Depression und suizidalen Gedanken verbunden zu sein (Klonsky, 2008).

3.1.3.4 Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten

Selbstverletzendes und suizidales Verhalten sind unumstritten zentrale Kriterien der Borderline-Diagnose. Unter Suizidalität werden alle Denk-, Erlebens und Verhaltensweisen subsumiert, die bewusst oder unbewusst das eigene Leben gefährden oder beenden können (Götze, 2000). Eine eindeutige Abgrenzung von parasuizidalem Handeln, d.h. selbstschädigendem Verhalten ohne Tötungsversuch, und dem misslungenen Suizid kann im Einzelfall schwierig sein. Die Bedeutung der Suizidalität liegt in ihrer hohen Verbreitung bei Borderline-Patienten: So durchleben ausnahmslos alle Borderline-Patienten im Lauf ihres Lebens eine suizidale Befindlichkeit bzw. entsprechende Gedanken (Kernberg, 1984; Götze, 2000), der Anteil der vollendeten Suizide variiert je nach Quelle zwischen 3% (McGlashan, 1986) und 8% bzw. 10% (Stone, Hurt, & Stone, 1987; Paris, Nowlis, & Brown, 1989; Paris & Zweig-Frank, 2001), wobei beachtliche Unterschiede der Studien in Hinblick auf Stichprobengröße und Beobachtungszeitraum bestehen (McGlashan, 1986: N= 81, Zeitraum 2 Jahre; Stone et al., 1987: N= 251, Zeitraum 16 Jahre; Paris & Zweig-Frank, 2001: N= 100 Zeitraum 27 Jahre) Eine Metaanalyse auf Grundlage von diesen und fünf weiteren Studien aus den Jahren 1983 bis 2001 (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005) schätzt den Anteil über die gesamte Lebenszeit für Borderline-Patienten auf knapp unter 7% (zum Vergleich schätzen sie einen Anteil von 0,01% für die Allgemeinbevölkerung; vgl. auch Gunderson, 2005). Die Autoren gehen zudem aufgrund ihrer Ergebnisse von einem abnehmenden Risiko mit zunehmender Erkrankungsdauer aus. Der Anteil der Borderline-Patienten unter allen vollendeten Suiziden variiert mit Angaben von 9% (Runeson & Beskow, 1991) bis über 33% (Kullgren, Renberg, & Jacobsson, 1986; Isometsta, Henriksson, Heikkinen, Aro, Marttunen, Kuoppasalmi, & Lonnqvist, 1996) ebenfalls sehr weit.

Von Suizidversuchen sind im Durchschnitt zwischen 75% (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994) und 84% (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002) aller Borderline-Patienten betroffen. Im Schnitt begeht jeder Einzelne bezogen auf die Gesamtlebensdauer 3,4 Suizidversuche (Soloff, et al., 1994). Die Forschungsergebnisse zum Einfluss von Ausprägung und Intensität auf die Suizidalität sind uneinheitlich. So erbrachte eine Langzeitstudie zur Suizidrate eine Quote von 36% bei Vorhandensein aller acht DSM-III-Kriterien gegenüber einer Suizidrate von lediglich 7% bei Erfüllung von nur fünf bis sieben der Kriterien (Stone, 1989, 1996). Eine andere Studie konnte hingegen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und der globalen Ausprägung und Intensität der

Borderline-Symptomatik identifizieren (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 1997). Das Auftreten von Suizidversuchen ist auch abhängig von der Komorbidität (vgl. Kapitel 3.2). Sind bei reiner Borderline-Symptomatik ohne Komorbidität lediglich 9% der Patienten betroffen (McGlashan & Heinssen, 1996), so können in Einzelstudien auch Ergebnisse von bis zu 100% Prozent mit zusätzlicher, depressiver Symptomatik gefunden werden (Friedman, Aronoff, Clarkin, Corn, & Hurt, 1983). Das Ausmaß solcher Komorbiditätseinflüsse ist schwer zu beziffern (Soloff & Fabio, 2008), einerseits da die typischen Komorbiditäten, also depressive Störungen oder Abhängigkeits-erkrankungen, selbst als Hochrisikofaktoren gelten, andererseits aufgrund der Heterogenität des Störungsbildes, das mit den Kriterien Impulsivität, Aggression, und emotionale Instabilität zusätzlich Persönlichkeitseigenschaften benennt, die alle auch einzeln stark mit suizidalem Verhalten verknüpft sind (Brodsky et al., 1997; Yen, Shea, Sanislow, Grilo, Skodol, Gunderson, et al., 2004). Ein weiterer Grund liegt wohl darin, dass die unterschiedlichen Prädiktoren sich über die Zeit in ihrer Bedeutung verändern (Soloff & Fabio, 2008), so nimmt die Suizidalität mit steigendem Alter ab (Stone et al., 1987). Dies erklärt wohl auch die häufigen, gegenteiligen Forschungsergebnisse, bspw. hinsichtlich der Bedeutung von depressiven Komorbiditäten (vgl. Kapitel 3.2.1), von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit (siehe Kapitel 3.2.4) und von zusätzlichem Substanzmissbrauch (vgl. Gunderson, 2005). Vorangegangene Suizidversuche erweisen sich post-hoc als die stabilsten und stärksten Prädiktoren für einen vollendeten Suizid (Paris et al. 1989), für die Vorhersage sind sie aufgrund ihrer Häufigkeit bei Borderline-Patienten und der dargestellten Kumulation von Risikofaktoren allerdings nur bedingt hilfreich.

Selbstschädigendes Verhalten ist ein augenfälliges Unterscheidungsmerkmal, das bei ca. 75% der Patienten auftritt (Gardner & Cowdry, 1985; Zisook, Goff, Sledge, & Shuchter, 1994). Sozial anerkanntes, selbstschädigendes Verhalten wie Rauchen, Tätowieren, Piercen, etc. wird hinsichtlich klinischer Fragestellungen in der Regel nicht subsumiert (Walsh & Rosen, 1988; nach Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995). Typisches, klinisch relevantes Verhalten ist das Schneiden, meist an den Extremitäten (80%), aber auch Brandwunden durch Zigaretten oder Feuerzeuge (20%) sowie das Zufügen von Bissen (7%) sind beschrieben (Shearer, 1994). Es erfolgt in der Regel ohne Suizidabsicht (vgl. Petermann & Winkel, 2007), ist deshalb normalerweise auch nicht direkt lebensbedrohlich, kann aber zu schweren körperlichen Komplikationen, Entstellungen und irreparablen Behinderungen führen (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004). Das Verhalten kann durch multiple Faktoren ausgelöst werden (Haines et al., 1995), typischerweise in Phasen intensiver Emotionen, beispielsweise nach Misserfolgen oder Enttäuschungen (Shearer, 1994). Es konnten eine Reihe von einzelnen Zusammenhängen dargestellt werden, bspw. mit sexuellem Missbrauch (Briere & Gil, 1998), oder mit beeinträchtigten Fähigkeiten der Emotionsregulation (Brown, 2001), die bislang aber noch kein schlüssiges Gesamtbild der Ursächlichkeit bilden (Petermann & Winkel, 2007). Es wird insbesondere dadurch aufrechterhalten, dass es bei den Interaktionspartnern extreme, emotional intensive Reaktionen einerseits von übergroßer Hilfsbereitschaft wie andererseits von unempathischer, zynischer Zurückweisung provoziert (Sachsse, 2000). Die Gründe, die von den Betroffenen für das Verhalten genannt werden, sind vielfältig, wie „körperlicher Schmerz zur Überwindung seelischen Leids“, „Selbstbestrafung“, „Spannungsreduktion“, und „Provokation von Aufmerksamkeit“ (Shearer, 1994;

Briere & Gil, 1998; Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002; Yates, 2004). Selbstverletzendes Verhalten ist seit Urzeiten auch transkultureller Bestandteil von Initiationsriten meist bei religiösen Zeremonien, bspw. beim Übergang von Kindheit zum Erwachsenenalter, und somit nicht generell pathologisch zu interpretieren (für weitere Informationen siehe Sachsse, 2000), „in modernen Kulturen beginnt selbstverstümmelndes Verhalten [allerdings] weitaus häufiger als individueller Akt der Verzweiflung, der eher ein Unvermögen zu kommunizieren ausdrückt oder die Vergeblichkeit, mit hilfeschreitenden Worten, die benötigte Resonanz zu erreichen. Nicht alle, die sich selbst verstümmeln, haben eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, doch bei vielen trifft dies zu, und alle müssen ernst genommen werden“ (Gunderson, 2005, S.49 Textkasten 1-6).

3.1.4 Prävalenz

Epidemiologische Studien, die Persönlichkeitsstörungen differenziell erfassen, gibt es erst seit der Definition standardisierter Kriterien mit der Einführung der DSM-III (American Psychiatric Association APA) im Jahr 1980. Aufgrund grundlegender Änderungen in der DSM-IV (American Psychiatric Association APA, 1994) und der Veröffentlichung der ICD-10 der WHO im Jahr 1991, die sich in Anzahl und Kriterien gegenüber der DSM-IV unterscheidet, sind Prävalenzraten immer auch abhängig vom jeweils verwendeten Klassifikationssystem, sowie von der Art der gegebenenfalls eingesetzten (standardisierten) Diagnosesysteme (Fiedler, 2007).

So unterscheiden sich die Schätzungen zur Prävalenz in der Gesamtbevölkerung und variieren in den Bereichen zwischen 0,2% bis 1,7% (Merikangas & Weissman, 1986), von 1,3% bis 2,0 % (Widiger & Weissman, 1991; DSM-IV, 1994; Lieb et al., 2004) und 2% bis 4% bei Gunderson & Zanarini (1987). Torgersen, Kringlen und Cramer (2001) finden in einer Gemeindestichprobe eine Prävalenz von 0,7%, Swartz, Blazer, George und Winfield (1990) ebenfalls ortsgebunden eine Prävalenz von 1,8%, und eine deutsche Studie mit zufällig ausgewählten Familien eine Prävalenz von 1,2% (Maier, Lichtermann, Klingler, Heun, & Hallmayer, 1992). Eine umfangreiche Gemeindestudie in Großbritannien (Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006), die mit einem Screening eine Ausgangsstichprobe von gut 15.000 zufällig ausgewählten Personen einschloss, konnte letztlich im Rahmen von standardisierten Interviews von insgesamt N= 626 Teilnehmern, 16 Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung identifizieren. Nach Korrektur von Selektions- und Non-Response Effekten errechnen die Autoren eine Prävalenz von ebenfalls 0,7%.

Die Prävalenzraten in ambulanten Stichproben liegen bei 8-10%, bei stationären psychiatrischen Patienten bei 15%-20% (DSM-IV der American Psychiatric Association APA, 1994; Bohus & Schmahl, 2009). In kleinen Stichproben werden leicht auch höhere, letztlich nichtrepräsentative, Werte erreicht (bspw. Reich, Yates, & Nduaguba, 1989). Allgemein ist festzuhalten, dass Querschnittsprävalenzen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung stark altersabhängig sind, da insbesondere junge Erwachsene mit einer Spitze um das 24. Lebensjahr (Jerschke, Meixner, Richter, & Bohus, 1998) hiervon betroffen sind. Erstmanifestationen nach dem 40. Lebensjahr sind sehr selten. Grundsätzlich ist aber auch das durchschnittliche Alter der Erstmanifestation umstritten (Bohus & Schmal, 2009). Insbesondere die Frage nach der angemessenen Diagnostik im Jugendalter ist hier zu stellen. Eine Studie mit einer zufälligen Gemeindestichprobe von Kindern und Jugendlichen konnte Prävalenzraten

von 11% für 9-19jährige und von 7,8% für 11 bis 21 jährige identifizieren, allerdings waren die Symptome in der überwiegenden Anzahl nicht über einen zwei Jahres-Follow-up-Zeitraum stabil (Bernstein, Cohen, Velez, Schwab-Stone, Siever, Shinsato, 1993). Die Lebenszeitprävalenz wird aktuell auf knapp 6% geschätzt (Grant, Chou, Goldstein, Huang, Stinson, Saha, et al., 2008).

Das Geschlechterverhältnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nicht ganz eindeutig. So werden in kleinen Stichproben (z.B. Torgersen et al., 2001) und Patientenstichproben (z.B. Widiger & Weissman 1991) häufig höhere Frauenanteile gefunden, zwei große aktuelle Studien hingegen weisen auf eine Gleichverteilung hin (Coid et al., 2006; Grant et al., 2008). Erklären ließen sich diese Unterschiede mit der geringeren Bereitschaft von Männern, sich professionelle Hilfe zu suchen, sowie einer möglichen, unzureichend männerspezifischen Diagnostik. Städtische Bewohner und solche mit niedrigem Einkommen sind insgesamt häufiger (Torgersen et al., 2001), ein Umstand, der allgemein für psychiatrische Erkrankungen gilt und erstmalig vor Jahrzehnten entdeckt wurde (Faris & Dunham, 1939, Reprint 1967). Verantwortlich hierfür sind vermutlich zu gleichen Teilen die beiden formulierten Ansätze, dass es einerseits Menschen mit emotionalen Problemen in vermeintlich anonyme Zentren zieht, andererseits, die Umgebungsbedingungen der Zentren insgesamt härter sind und folglich häufiger zu psychischen Problemen führen (vgl. Torgersen et al., 2001).

Neben der Feststellung aktueller Prävalenzen stellt sich die im Hinblick auf die Antizipation zukünftiger Entwicklungen interessante Frage nach Prävalenzveränderungen im Verlauf der Jahrzehnte. Solche generationsübergreifenden Vergleiche epidemiologischer Daten sind aufgrund vielfacher Konzeptänderungen infolge von Forschungsergebnissen, aber auch aufgrund von „modischen“ Anpassungen an den Zeitgeist (z.B. Rost, 2003) nicht realisierbar. Ebenfalls methodische Entwicklungen oder die fehlende, insbesondere kontinuierliche, Dokumentation relevanter Daten stehen präzisen Aussagen entgegen. Und dies gilt insbesondere für die letztlich noch „junge“ Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe oben), so dass eine mögliche Zunahme bzw. Abnahme der Prävalenz auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht präzise beantwortet werden kann (Stone, 2000). Aber zumindest zeigen Neubewertungen von überlieferten Krankenbeschreibungen, dass auch nach heutigen Kriterien viele der damaligen Patienten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zugerechnet werden würden, die Borderline-Persönlichkeitsstörung also keine neue Erkrankung ist, sondern mögliche damalige Diagnosen, wie beispielsweise der „folie circulaire“ (Falret, 1854; zitiert nach Herpertz & Saß, 2000) oder der „grande hystérie“ (u.a. Charcot, 1887, zitiert nach Stone, 2000), heute nur keinen Bestand mehr haben, da sie keinen Eingang in das DSM-III gefunden haben (siehe auch Kernberg, 2000). Inwieweit tatsächlich eine objektive Zunahme zu verzeichnen ist, ist nicht zu beantworten (Stone, 2000; Kröger, 2002). Aus ätiologischer Sicht, bei der im multikausalen Zusammenwirken den äußeren Umgebungsbedingungen eine beträchtliche Bedeutung zugeschrieben wird, erwiese sich bei entsprechend verändernden Gesellschaftsbedingungen eine Steigerung der Prävalenzraten als plausibel (Kröger, 2002). Entsprechende gesellschaftliche Entwicklungen wie die Zunahme von Scheidungsraten, in deren Folge sich das Missbrauchsrisiko durch Stiefeltern deutlich erhöht (Finkelhor, 1984, zitiert nach Stone, 2000), die Schwächung religiöser Bindungen (Diekstra & Moritz, 1987, zitiert nach Stone, 2000) und der Konsumanstieg von legalen wie illegalen Drogen, geben Hinweise auf mögliche Zusammenhänge. Es kann aber auch die zunehmende Bereitschaft von

Ärzten und Therapeuten widerspiegeln, die Diagnose einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ zu vergeben (Kröger, 2002).

3.2 Komorbidität und Differentialdiagnosen

Die vorangegangenen Ausführungen haben schon vielfach aufgezeigt, dass die eindeutige Diagnose der Borderline-Persönlichkeit und damit auch die Abgrenzung gegebenenfalls besser geeigneter Diagnosen bzw. die zusätzliche Diagnostik zusätzlicher Erkrankungen im Einzelfall äußerst schwierig ist, insbesondere aufgrund der vielfältigen Symptomüberschneidungen mit anderen Diagnosen. Diagnostik ist in jedem Fall abhängig vom zugrunde gelegten Klassifikationssystem. Das in der psychiatrischen Behandlung sehr einflussreiche DSM-IV unterscheidet eine eigene Achse zugrunde liegender Persönlichkeitsstörungen (Achse 2), und erlaubt streng genommen keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ohne die gleichzeitige Diagnose einer aktuell bedeutsamen Achse 1-Störung. Symptomüberlappungen beispielsweise zwischen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Major Depression sind folglich ohne das Abwägen hinsichtlich einer Differentialdiagnose bzw. einer komorbiden Diagnose möglich (vgl. Abschnitt 3.1.3). Abweichend hiervon werden im Achsensystem der ICD-10 klinische Störungen und Persönlichkeitsstörungen auf einer Achse geführt, so dass sich hier die Frage der Komorbidität unmittelbarer stellt. Der Nutzen und die Akzeptanz der Klassifikationssysteme sind wie beschrieben weiterhin umstritten (Kapitel 3.1). Es verwundert also nicht, dass auch das Konzept der Komorbidität, entgegen seiner klinischen Verbreitung, keineswegs einheitlich definiert und akzeptiert ist (Wittchen, 1996). Als kleinster gemeinsamer Nenner wird unter Komorbidität das Vorhandensein von mehr als einer spezifischen Erkrankung einer Person in einem definierten Zeitraum verstanden (nach Burke, Wittchen, Regier, & Sartorius, 1990; zitiert nach Wittchen, 1996). Hinsichtlich der Länge des Zeitraums gibt es hingegen keine Übereinstimmung, so dass sich lediglich in Hinblick auf Lebenszeitstudien eindeutige Aussagen treffen lassen. Und diese zeigen recht deutlich die Konzentration psychiatrischer Erkrankungen auf einer kleinen hochkomorbiden Personengruppe. So konnte beispielsweise der US-amerikanische National Comorbidity Survey (bspw. Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen et al., 1994) zeigen, dass 79% aller Lebenszeit-Diagnosen Komorbiditätsdiagnosen bei Vorliegen bereits einer Achse-I-Diagnose sind.

Zwischen verschiedenen Komorbiditätsstudien bestehen oftmals Diskrepanzen, die vor allem auf Methodeneffekte aufgrund unterschiedlicher Assessmentinstrumente, verschiedener Trainingsintensität der Diagnostiker und differenzielle Stichprobeneigenschaften zurückzuführen sind (vgl. Feske, Soloff, Tarter, 2007), so dass die Heranziehung mehrerer Quellen bzw. von Reviewartikel vorteilhaft für die Bewertung ist. Grundsätzlich besteht durch Überschneidung von diagnostischen Kriterien unterschiedlicher Erkrankungen die Gefahr einer Überschätzung der Komorbiditätsraten (Pope, & Hudson, 1989).

Bevor im Folgenden Komorbiditäten zu depressiven, substanzbezogenen, Ess- und Belastungsstörung dargestellt werden, soll darauf hingewiesen sein, dass Multimorbidität bei Borderline-Patienten tatsächlich oftmals das Vorhandensein von mehr als zwei Diagnosen zur gleichen Zeit beinhaltet. So konnten Zimmermann & Mattia (1999) zeigen, dass Borderline-Patienten in mehr als zwei Dritteln der Fälle drei, in knapp der Hälfte vier gleichzeitige Achse-I-Diagnosen aufweisen, was einer

Verdopplung bzw. einer Vervielfachung gegenüber psychiatrischen Patienten ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung entspricht.

3.2.1 Depression, Bipolare Störungen

Der enge Zusammenhang von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und depressiven Störungen wurde bereits auf Symptomebene veranschaulicht (vgl. Kapitel 3.1.3.3). Die Angaben zu tatsächlich diagnostizierten Komorbiditäten variieren. Eine gleichzeitige Borderline-Störung wird bei einer bipolaren Störung Typ I bei 7% (Brieger, Ehrh, Marneros, 2003) bzw. bei einer bipolaren Störung Typ II bei 12,5% (Vieta, Colom, Martinez-Aran, Benabarre, Reinares, Gasto, 2000), bzw. ohne Typisierung bei 23% der Patienten gefunden (Grant, et al., 2008). In einer Stichprobe von Patienten mit einer Major Depression weisen 12% (Brieger et al., 2003) bis 30% (Skodol, Stout, McGlashan, Grilo, Gunderson, Shea, et al., 1999) eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf.

Bezogen auf Borderline-Stichproben variieren die Häufigkeiten des Anteils an Patienten mit einer komorbiden Major Depression zwischen ungefähr 60% und 80% (Zimmermann & Mattia, 1999; Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, et al., 1998a; Clonkin & Westen, 2005). Bezogen auf die allgemeinere Ebene irgendeiner affektiven Störung steigt der Wert sogar auf 95-96%, so dass davon auszugehen ist, dass praktisch jeder Borderline-Patient auch von einer affektiven Störung betroffen ist (Zanarini, et al., 1998a; Clonkin & Westen, 2005). Dabei zeigt sich auch, dass eine komorbide Major Depression keinen Einfluss auf die Genesung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, andererseits das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikanten negativen Einfluss auf die Genesung einer Major Depression hat (Gunderson et al., 2005).

3.2.2 Substanzbezogene Störungen

Substanzmissbrauch ist eine der häufigsten Nebendiagnosen. In einem Reviewartikel fand sich durchschnittlich ein Anteil von 57% aller klinisch behandelten Borderline-Patienten, die auch Kriterien einer substanzbezogenen Erkrankung aufweisen (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000), bei einer Streubreite von 23% (Alnaes & Torgersen, 1988) bis 66% (Dulit, Fyer, Haas, Sullivan, & Frances, 1990). Eine aktuelle Studie berichtet bezogen auf die Lebensspanne einen Anteil von 72% (Grant et al., 2008), wobei alkoholbezogene Erkrankungen (57%; verteilt auf 42% Abhängigkeit und 16% Missbrauch), die Substanzabhängigkeit (45%) und die Nikotinabhängigkeit am häufigsten vertreten sind. Betrachtet man den Einjahreszeitraum, so reduzieren sich die Werte. Von einer gleichzeitigen Komorbidität sind dann 50% betroffen, wobei die Nikotinabhängigkeit mit 36% am zahlreichsten ist, gefolgt von Alkohol- bzw. Substanzabhängigkeit mit je knapp einem Fünftel der Patienten. Der Anteil des Alkoholmissbrauchs liegt bei 6% (ebenda).

Der Anteil an Borderline-Patienten in Stichproben mit substanzbezogenen Erkrankungen ist zwar deutlich geringer, aber dennoch nicht vernachlässigbar. Ein Reviewartikel aus dem Jahr 2000 (Trull et al. 2000) findet auf Grundlage von 26 Einzelstudien bei Patienten mit einer unspezifischen Abhängigkeitserkrankung im Schnitt 27,4%, unter den Kokain- und Opioidabhängigen 17% und 19% und bei einer Alkoholabhängigkeit 14% mit einer gleichzeitigen Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei Heroinabhängigen wurde in einer Studie sogar knapp jeder zweite (47%) als Borderline-Patient

diagnostiziert (Ross, Teesson, Darke, Lynskey, Ali, Ritter, Cooke, 2005). Substanzbezogene Komorbiditäten finden sich signifikant häufiger bei Männern (Zanarini et al., 1998a; Grant et al. 2008, Tadić, Wagner, Hoch, Başkaya, Cube von, Skaletz, Lieb, et al. 2009), andererseits ist es für Frauen mit einer substanzbezogenen Erkrankung signifikant wahrscheinlicher, auch an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu leiden als für gleichermaßen erkrankte Männer (Trull et al., 2000; Ross et al., 2005).

Darüber hinaus ist bei Borderline-Patienten ein früherer Beginn und ein problematischer Verlauf der substanzbezogenen Erkrankung, mit stärkerer körperlicher Abhängigkeit, größeren sozialen und emotionalen Problemen sowie mehr Gesetzeskonflikten zu erwarten (Linehan, Schmidt III, Dimeff, Craft, Kanter, Comtois, 1999; Links, Heslegrave, Mitton, van Reekum, & Patrick, 1995; Ross, Dermatis, Levounis, & Galanter, 2003). Zudem sind bei vorliegender Komorbidität Komplikationen im Therapieverlauf, wie beispielsweise der vorzeitige Therapieabbruch, unabhängig davon, ob auf eine der beiden oder auf beide Erkrankungen simultan fokussiert wird, ungleich vielfältiger (u.a. Martinez-Raga, Marshall, Keaney, Ball, & Strang, 2002; van den Bosch, Verheul, Schippers, & Brink van den, 2002; Dimeff, & Linehan, 2008; Ross et al., 2003).

3.2.3 Essstörungen

Essstörungen sind dadurch gekennzeichnet, dass aus dem existenziell notwendigen Essbedürfnis ein somatisches, psychisches und soziales Problem geworden ist, das den gesamten Tagesablauf dominiert (Franke, A., 2002). Zu den bekanntesten Essstörungen zählen die Anorexia nervosa (Magersucht) und die Bulimia nervosa (Ess-/Fresssucht). Gerade in Hinblick auf eine Borderline-Komorbidität scheint auch die Gruppe „andere nicht spezifizierte Essstörungen“ ein relevantes eigenständiges Cluster zu bilden (Marino & Zanarini, 2001). Frauen sind wesentlich häufiger von einer Essstörung betroffen, allerdings werden männliche Stichproben auch seltener untersucht (Skodol, Oldham, Hyler, Kellman, Doidge, Davies, 1993). Die Prognose, beispielsweise für die Anorexia nervosa, ist mit einer Mortalität von 5% und einer vollständigen Genesung von lediglich jedem zweiten Patienten vergleichsweise schlecht (Steinhausen, 2002), wobei sich Komorbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen (Skodol et al., 1993; Steinhausen, 2002; vgl. auch Palmer, Birchall, Damani, Gatward, McGrain, & Parker, 2003), wie auch Angsterkrankungen und depressiven Störungen (Steinhausen, 2002) deutlich negativ auswirken.

Die auf die Lebenszeit bezogenen Häufigkeiten aller Borderline-Patienten mit einer komorbiden Essstörung variieren von 17% (Zimmermann & Mattia, 1999) über 53% (Zanarini et al., 1998a) bis 62% (Marino & Zanarini, 2000). Diese verteilen sich auf 21% respektive 25% mit einer Anorexie, 26% bzw. 27% mit einer Bulimie und 26% bis 32% mit einer anderen nicht spezifizierten Essstörung (Zanarini et al., 1998a; Marino & Zanarini, 2000). Ein früherer Reviewartikel von Skodol und Kollegen beschreibt ein insgesamt inkonsistentes Bild mit einem engeren Zusammenhang zur Bulimie (Skodol et al., 1993). Essstörungen sind auch komorbid wesentlich häufiger bei Frauen als bei Männern zu finden (Zanarini et al., 1998a). So hatten in einer aktuellen deutschen Studie 35% der weiblichen und 18% der männlichen Borderline-Patienten eine Essstörung (Tadić et al., 2009). Der Unterschied ist besonders deutlich bezüglich der Anorexia nervosa (21% vs. 4%).

Auch der Anteil von Borderline-Patienten in Stichproben von Patienten mit einer Essstörung variiert. Die höchsten Anteile finden sich für die Bulimie mit einem Median von 36% im stationären und von 19% im ambulanten Setting (Kröger, 2002). Die Komorbiditätsraten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer Anorexie sind geringer. Im stationären Setting liegt der Median bei 24 % (ebenda) im ambulanten bei 9 % (Herzog, Keller, Lavori, Kenny, Sacks, 1992; vgl. Kröger, 2002). Werden auch Komorbiditäten von Bulimie und Anorexie berücksichtigt, verschieben sich diese Anteile zu einer Prävalenz von 39% bei Patienten, die sowohl unter einer Anorexia nervosa als auch unter einer Bulimie leiden und jeweils gut 20% der Gruppen mit Einzeldiagnose (Herzog et al., 1992).

Übergewicht, das auch zur Gruppe der Essstörungen gezählt wird, aber bislang nicht als typische Komorbidität einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt, hat mit einem Anteil von knapp 20 bis 30% auch unter Borderline-Patienten in Hinblick auf typische Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus oder Bluthochdruck eine deutliche gesundheitliche Relevanz (Frankenburg & Zanarini, 2006). Als Risikofaktoren konnten neben Bewegungsmangel und familiären Faktoren, insbesondere eine Historie vielfältiger Psychopharmakabehandlungen (vgl. auch Gunderson, 2005) sowie eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Abschnitt 3.2.4), insbesondere infolge sexuellen Missbrauchs in der Vergangenheit (vgl. auch Sansone, Sansone, & Fine, 1995) identifiziert werden (Frankenburg & Zanarini, 2006). Dabei wird oftmals der bewusste Wunsch formuliert, durch das Übergewicht sexuelle Interessen abzuwehren (Gunderson, 2005).

3.2.4 Posttraumatische Belastungsstörungen

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine krankhafte Reaktion auf ein kurz oder lang anhaltendes Geschehnis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die im Mittel jeder vierte Betroffene zeigt (Hidalgo & Davidson 2000). Die Posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch überdauernde psychovegetative Übererregtheit (z.B. Schlafstörungen), belastende Nachhallerlebnisse und ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (vgl. DSM-IV, American Psychiatric Association APA, 1994). Eine Vielzahl an Studien konnte einen hohen Zusammenhang der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit körperlichen Misshandlungen und/oder sexueller Missbrauch in der Kindheit bzw. Jugend belegen. In stationären Borderline-Stichproben ist von 80% Betroffenen auszugehen, unter Einbeziehung schwerer Vernachlässigung sogar bis zu 100% (Dulz & Jensen, 2000; vgl. Kapitel 3.3.3). Die Angaben zu Komorbiditätsraten mit der Posttraumatischen Belastungsstörung schwanken im Bereich von 35,6% (Zimmermann & Mattia, 1999) bis 39,2% bei (Grant et al., 2008).

Die offensichtliche Gemeinsamkeit dieser beiden Erkrankungen führt zu der ätiologisch interessanten Frage, ob eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht primär eine traumaassoziierte Störung ist, die erst sekundär im frühen Jugendalter maladaptive Verhaltensweisen provoziert und eine ungünstige Persönlichkeitsentwicklung nach sich zieht (Driessen, Beblo, Reddemann, Rau, Lange, Silva et al., 2002). Unklar ist dabei allerdings die Bedeutung der Frage, warum dann nicht alle Borderline-Patienten eine Posttraumatische Belastungsstörung ausbilden (vgl. Zanarini et al., 1998a). Insgesamt wird die Konzeption der Borderline-Störung als chronifizierte posttraumatische Belastungserkrankung von führenden Forschergruppen als unzureichend zurückgewiesen (vgl. Bohus, 2009).

3.2.5 Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen

Differentialdiagnostisch sind unter den Persönlichkeitsstörungen vor allem die Narzisstische Persönlichkeitsstörung bei zeitgleichem Auftreten von unangemessener Wut, Anspruchsdenken und Suizidalität sowie die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Gunderson, 2005) relevant. Allerdings ist auch hier die Variationsbreite infolge spezifischer Stichproben sehr groß, bspw. bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung von ungefähr 14 % (Coid, 1993) bis knapp 50% (DeJong, Brink van der, Harteveld, & Wielen van der, 1993). Eine Überblicksarbeit findet für Borderline Patienten mit einem Median von 34% (Spannweite 35-52%, $N_{\text{Gesamt}} = 711$) für den stationären Bereich am häufigsten Dependente Persönlichkeitsstörungen (Cluster C), in der ambulanten Versorgung mit einem Median von 19% (Spannweite: 2%-26%) die histrionische Persönlichkeitsstörung (Kröger, 2002).

Zudem gibt es deutliche Hinweise auf Geschlechtseffekte in der Form, dass Männer häufiger unter einer komorbiden paranoiden, negativistischen, narzisstischen oder antisozialen Persönlichkeitsstörung leiden (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, et al., 1998b; vgl. auch Gunderson, 2005).

3.2.6 Fehldiagnosen

Die Frage nach Komorbiditäten bzw. Differentialdiagnosen stellt implizit auch die Frage nach Fehldiagnosen, die im Rahmen der dargestellten hohen Symptomüberlappungen mit anderen Erkrankungen, der Häufigkeit von Komorbiditäten und der hohen Relevanz für den Einzelnen, von großer Bedeutung sind. Fehldiagnosen sind sowohl darin zu sehen, dass im Rahmen möglicher Komorbiditäten die Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht korrekt diagnostiziert wird, aber auch in einer fälschlich diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung Diagnose.

Das Nicht-Erkennen einer zugrunde liegenden Borderline-Persönlichkeitsstörung hat in vielen Fällen einen unangemessenen Therapieansatz mit darauffolgendem Scheitern der Therapie zur Folge (Gunderson, 2005). Gerade weil die Behandlung von Borderline-Patienten durch zahlreiche Rückschläge geprägt ist, sollte die richtige Diagnose möglichst frühzeitig gestellt werden. Voraussetzung hierfür ist einerseits die Sensibilisierung der Ärzte und Therapeuten, ggf. auch Erzieher und Lehrer, sowie andererseits auch die Verfügbarkeit von Diagnostikinstrumenten von hinreichender Testgüte. In früheren Jahren wurde diesbezüglich insbesondere die Spezifität der verwendeten Verfahren kritisiert (u.a. Pobe & Hudson, 1989) - zwischenzeitlich sind eine Reihe gut untersuchter Verfahren, wie beispielsweise dem Borderline-Persönlichkeits-Inventar BPI (Leichsenring, 1994, 1997, 1999; vgl. Kapitel 4.4) oder dem SKID-II (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Fydrich, Renneberg, Schmitz, Wittchen 1997), verfügbar. Die Ursachen einer fälschlicherweise diagnostizierten bzw. nichtdiagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung können darüber hinaus aber auch in den Strukturen des Gesundheitssystems begründet sein. So kann beispielsweise das Abrechnungssystem, das bereits zu Therapiebeginn eine eindeutige Diagnose erfordert, zu einer vorschnellen Entscheidung seitens des Therapeuten führen. Umgekehrt können auch die Erwägung, eine Etikettierung des Patienten zu vermeiden, aber auch die Umgebungsbedingungen (z.B. stationäres versus ambulantes Setting), und der Behandlungsfokus des behandelnden Therapeuten Einfluss auf die Diagnosestellung nehmen (vgl. Gunderson, 2005).

Grundsätzlich stellt sich aufgrund der hohen Symptomüberschneidungen und auffälligen Häufungen an Komorbiditäten immer noch die Frage, ob die Kategorien der aktuellen Klassifikationssysteme die unterschiedlichen Krankheitsbilder bestmöglich klassifizieren oder nicht doch künstliche Artefakte konstruieren. Anders formuliert ist festzustellen, dass die Anzahl und Vielfalt notwendiger Zusatzdiagnosen einer präzisen Diagnostik widerspricht (Mentzos, 2000).

3.3 Ätiologische Konzepte

Keine der aktuellen Theorien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung integriert alle verfügbaren Informationen bezüglich Erscheinungsform und Ursache (Fonagy & Bateman, 2008). Stattdessen ist sowohl bei den Ursachen als auch der Entwicklung der Erkrankung von einem komplexen, multifaktoriellen, rekursiven Wirkgefüge aus genetisch verankerten Prädispositionen und Umgebungsstressoren in der Kindheit auszugehen, die auf die emotionale Regulation und das Verhalten rekursiv einwirken (bspw. Lieb et al., 2004; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008).

Den Anfang macht eine kurze Darstellung von Forschungsansätzen zur Erblichkeit verschiedener Komponenten der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kapitel 3.3.1). Darauf folgt ein Ergebnisüberblick neurobiologischer Forschung (Kapitel 3.3.2), die in Kombination mit der klassischen Psychotherapieforschung, wenn auch noch „in den Kinderschuhen“ (Herpertz, 2009, S.120), aufgrund aktueller Forschungsergebnisse mit vielfältigen Erwartungen konfrontiert ist (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008, Bohus, Mauchnik & Schmal, 2009; Herpertz, 2009, Berger & Caspar, 2009). Die Veränderung neuronaler Strukturen sind die neuronalen Korrelate zu Entwicklungsvorgängen der Persönlichkeit, also auch - unabhängig von der therapeutischen Grundorientierung - im Sinne von Neu- oder Umlernen durch therapeutische Intervention (u.a. Grawe, 2004; Berger & Caspar, 2009) auf Grundlage der lebenslangen Plastizität des Gehirns (u.a. Björklund & Lindvall, 2000). Anschließend wird die zwischenzeitlich empirisch eindeutig belegte Bedeutung frühkindlicher Traumata für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dargestellt (Kapitel 3.3.3), bevor in den beiden darauffolgenden Kapiteln beispielhaft für die beiden bestimmenden psychotherapeutischen Grundorientierungen die ätiologischen Ansätze des Neurobehavioralen Modell (Bohus & Schmah, 2001, 2007; Kapitel 3.3.4) sowie der Objektbeziehungstheorie auf Grundlage der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1976, Kapitel 3.3.5) kurz referiert werden. Den Abschluss bildet der spezifische, dynamisch-psychiatrische Ansatz von Günther Ammon (1988; 1995), der das Krankheitsverständnis und das Therapiekonzept der Klinik Mengerschwaige entscheidend geprägt hat (Kapitel 3.3.6).

3.3.1 Genetisch vererbliche Komponenten der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Einen Ansatz zur Darstellung vererblicher, genetisch verankerter Anteile an Erkrankungen bilden Familienstudien, also der Nachweis familiärer Häufungen. Auch im Rahmen der Borderline-Forschung wurden entsprechende Studien durchgeführt. Ein Review von 2003 (White, Gunderson, Zanarini, & Hudson, 2003) gibt einen Überblick über die Ergebnisse. Die Autoren berichten eine Spannweite der Studien mit einer Prävalenz bzw. einem Krankheitsrisiko der Angehörigen, ebenfalls an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erkranken, von 1% (Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz,

Frankenburg, 1988, zitiert nach White et al., 2003) bis 25% (Pope, Jonas, Hudson, Cohen, Gunderson, 1983, zitiert nach White et al., 2003) beziffern. Insgesamt bemängeln sie die gewichtigen methodischen Mängel der Studien, insbesondere in Hinblick auf Stichprobengröße und indirekte Messverfahren, so dass sie zusammenfassend lediglich von Hinweisen für eine mögliche familiäre Häufung ausgehen. Eine neuere Studie anhand von 341 Borderline-Patienten und 1580 Verwandten ersten Grades konnte eine Prävalenz von 13% (nach DSM-III-R) bzw. 16% (nach DSM-IV) unter den Verwandten identifizieren (Zanarini, Frankenburg, Yong, Raviola, Reich, Hennen, Hudson, & Gunderson, 2004).

Eine weitere Methode sich der Frage der Erbllichkeit zu nähern ist der Vergleich von monozygotischen und/oder dizygotischen Zwillingen. Aufgrund des Vergleichs der Konkordanzraten der verschiedenen Zwillingspaare, also dem Vergleich von identischer vs. abweichender Genausstattung bei vergleichbaren Umgebungsbedingungen, werden Aussagen über die genetische Determination hinsichtlich des Phänotyps der Persönlichkeiten einer Vielzahl von gesunden und erkrankten Menschen generiert und verglichen. Von einem bedeutsamen erblichen Einfluss wird ausgegangen, wenn die Konkordanzrate der eineiigen Zwillinge im untersuchten Merkmal signifikant größer ist als die Konkordanzrate zweieiiger Zwillinge. Untersuchungen an getrennt aufwachsenden Zwillingen ergeben dabei nur selten signifikant größere Differenzen als bei gemeinsam aufwachsenden (Torgersen, Lygren, Øien, Skre, Onstad, Edvardsen, Tambs, & Kringlenet, 2000). Eine allgemein Persönlichkeitsstörungen erforschende Zwillingsstudie erbringt für die Stichprobe von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer Konkordanzrate von 35% für die eineiigen, und einer von 7% für die zweieiigen Zwillinge, ein eben solches Ergebnis (Torgersen et al., 2000). Insgesamt werden 69% Varianzaufklärung genetischen Faktoren zugesprochen. Eine weitere Zwillingsstudie, allerdings nicht borderlinespezifisch, sondern auf Grundlage der Allgemeinbevölkerung, hat zahlreiche bedeutsame Wahrscheinlichkeitskorrelationen zur Erbllichkeit von der Borderline-Persönlichkeitsstörung nahestehenden Merkmalen, wie Suchtverhalten (.58), Gefühl chronischer Leere (.50), Intoleranz von Alleinsein (.49) gefunden, die als genetischer Einfluss auf die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gedeutet werden (Jang, Livesley, Vernon, Jackson, 1996; zitiert nach Torgersen et al., 2000). Auch wenn die Höhe dieser Zusammenhänge vermutlich auch Erbe-Umwelt-Interaktionen beinhalten, so ist auf Grundlage dieser Ergebnisse dennoch von einer bedeutsamen genetischen Vulnerabilität auszugehen (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Die dabei ebenso wesentliche Bedeutung der „natürlichen“ Variation elterlichen Pflegeverhaltens für die Entwicklung der Nachkommen konnte u.a. in zahlreichen Tier-Adoptionsstudien gezeigt werden (bspw. Francis, Diorio, Liu & Meaney, 1999; vgl. auch Kapitel 3.3.3).

3.3.2 Neurowissenschaftliche Erkenntnisse

Die Erforschung neurobiologischer Faktoren hat seit dem erstmaligen Nachweis (Baxter, Schwartz, Bergman, Martin, Szuba, Guze, et al., 1992, nach Bohus, Mauchnik, et al., 2009), dass psychotherapeutisch induzierte Veränderungsprozesse bildhaft darstellbar sind, mit den technischen Errungenschaften neurobiologischer Methoden wie der Positronen-Emissions-Tomografie PET und der funktionellen Magnet-Resonanz-Tomografie fMRT neue Möglichkeiten der Diagnostik

bekommen, die besonderes Potenzial haben, Konzepte und Modelle hinsichtlich der „Black Box Psychotherapie“ zu fundieren bzw. weiterzuentwickeln. Entscheidend wird dabei sein, wie genau sich Veränderungen im Gehirn infolge der Psychotherapie identifizieren lassen bzw. auch wie eng sich der Zusammenhang zwischen Veränderungen im Gehirn und klinischen Veränderungen darstellt (Berger & Caspar, 2009).

Insgesamt steht die Erforschung psychiatrischer Erkrankungen mittels neurowissenschaftlicher und insbesondere bildgebender Verfahren noch am Anfang, so dass aktuell noch zahlreiche Einzelergebnisse ohne eindeutig verbindendes Glied nebeneinander bestehen, die z.T. aber deutlichen Bezug zu verschiedenen Ansätzen der Ätiologie, dem klinischen Bild wie auch der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen. Untersucht werden so z.B. allgemeine Lernvorgängen (vgl. Bohus, Mauchnik, et al., 2009), neurobiologischer Aktivitäten bestimmter Hirnregionen, bspw. der Amygdala-Aktivität bei Verwendung bestimmter Stimuli (Fotos, Schmerzreize, etc.; bspw. Donegan, Sanislow, Blumberg, Fulbright, Lacadie, Skudlarski, et al. 2003; Schmahl, Bohus, Esposito, Treede, DiSalle, Greffrath et al., 2006) oder auch hirnfunktionelle Veränderungen unter Psychotherapie, bspw. Dialektisch-Behavioraler Therapie (Schnell & Herpertz, 2007). Eine aktuelle Übersichtsarbeit zu neurobiologischen Korrelaten bei u.a. Persönlichkeitsstörungen konstatieren im Rahmen von Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Konzentration auf Störungen der Affektregulation mit Fokus auf der Impulsivität und den Beziehungsstörungen; dies, da diese zum Einen zentrale Symptome der Erkrankung darstellen und zum Anderen unmittelbar physiologisch-experimentell untersuchbar sind (Berger & Caspar, 2009; eine Einzelstudienübersicht gibt auch Lis, Greenfield, Henry, Guilé, & Dougherty, 2007).

3.3.3 Die Bedeutung gravierender frühkindlicher psychosozialer Belastungsfaktoren

Die Forschungsergebnisse zur Bedeutung gravierender frühkindlicher, psychosozialer Belastungsfaktoren sind trotz nicht zu vernachlässigender methodischer Probleme bei der Erfassung (Durett, Trull, & Silk, 2004), ausgesprochen eindringlich. Im Mittelpunkt der Forschung stehen die von Linehan (1996) sogenannten „invalidierenden Umweltbedingungen“, in der auf persönliche Erfahrungen und Gefühlsäußerungen des Kindes in inkonsistenter, oftmals abwertender, ablehnender oder auch missachtender Weise reagiert wird. Eine solche feindselig-chaotische Umweltbedingung macht es dem Kind unmöglich, eigene emotionale Wahrnehmungen konsistent zu interpretieren und zu lernen diesen zu vertrauen (ebenda).

Die extremsten Formen solcher invalidierender Umweltbedingungen sind die Erfahrung von sexuellem Missbrauch und/oder körperlichen Misshandlungen in der Kindheit bzw. Jugend, der in einer Vielzahl von Studien belegt werden konnte und eine Spannweite von 10-71% von Borderline Patienten berichtet wird (Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino et al. 1997; Zanarini, Gunderson, Marino, et al., 1989; Paris, Zweig-Frank, Guzder, 1994ab; Zweig-Frank & Paris, 1991; Paris, 2000; Westen, Ludolph, Misle, Ruffins, Block, 1990; Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen, & Hill, 1990; Shearer, Peters, Quaytman, & Ogden 1990; van der Kolk, Hostetler, Herron, & Fisler, 1994; Silk, Lee, Hill, & Lohr, 1995; Bornovalova, Gratz, Delany-Brumsey, Paulson, Lejuez, 2006; Battle, Shea, Johnson, Yen, Zlotnick, Zanarini, et al., 2004). Vergleichbare Ergebnisse berichtet auch eine deutsche

Studie (Limberger, Kleindienst, Barth, Dick, & Bohus, 2006; zitiert nach Bohus, 2009). Im Durchschnitt berichten so retrospektiv 60% der Patienten körperliche Gewalterfahrung, 65% sexuelle Gewalterfahrung und 40% Vernachlässigung (Zanarini, 2000). Es ist davon auszugehen, dass unter allen stationär behandelten Borderline-Patienten circa 80%, unter Einbeziehung schwerer Vernachlässigung sogar bis zu 100% (Dulz & Jensen, 2000) traumatische Erlebnisse im Kindes- und Jugendalter berichten. Unter schwer und schwersterkrankten Patienten sind im Mittel 90% betroffen (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989). Darüber hinaus gibt es deutliche Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des Kindesmissbrauchs und der Schwere der Borderline-Erkrankung (Mitton, Links, & Durocher, 1997; Zanarini, Yong, Frankenburg, Hennen, Reich, Marino et al., 2002; Silk et al. 1995).

Die hohe Variation der Häufigkeiten ist einer Reihe vor allem methodischer Faktoren geschuldet. So verwenden einige Studien objektive Kriterien, andere beruhen auf individuell-subjektiven Missbrauchsdefinitionen der einzelnen Teilnehmern (Durrett, et al., 2004). Weitere Probleme ergeben sich infolge der in der retrospektiven Methode bedingten geringeren Reliabilität (Henry, Moffitt, Caspi, Langley, Silva, 1994) aufgrund von Erinnerungsfehlern (Squire, 1989), Umdeutungen zur eigenen Neudefinition an aktuellen Gegebenheiten (Ross, 1989), oder unterschiedlichem Ausmaß an Scham. Gerade das Ausmaß an Scham ist allerdings schwer zu belegen, wird eher indirekt ermittelt, bspw. über unterschiedliche Konkordanzraten zwischen verschiedenen Messzeitpunkten von Männern und Frauen (Friedrich, Talley, Panser, Fett, Zinsmeister, 1997).

Trotz des eindeutigen Zusammenhangs von Kindesmisshandlung und einer späteren Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein einfacher kausaler Zusammenhang bislang nicht nachgewiesen (Sabo, 1997). Zum Einen gibt es eine Reihe von Borderline-Patienten, die keine schweren traumatischen Erfahrungen berichten (in einer deutschen Studie sind dies 15%; Limberger et al., 2006; zitiert nach Bohus, 2009), zum Andern entwickelt nicht jedes vernachlässigte, geschlagene oder missbrauchte Kind eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Zahlen zum sexuellen Missbrauch in der Allgemeinbevölkerung variieren zwischen 6 % und 25 % für Mädchen und zwischen 2 % und 8 % für Jungen (Engfer, 2005). Eine prospektive, über Jahre begleitende Studie hat Zahlen von 17% für Mädchen und 3% für Jungen bis zum 16. Lebensjahr gefunden, bei Eingrenzungen auf Missbrauchshandlungen mit Penetration waren ca. 5,6% respektive 1,4% betroffen (Fergusson, Lynsky, Horwood, 1996). Insgesamt ist von sehr hohen Dunkelziffern insbesondere im innerfamiliären Bereich auszugehen (Fegert, 2006), von dem vornehmlich Mädchen betroffen sind (Cullen, Smith, Jeann, Haaf, 2000). Weiter ist davon auszugehen, dass Traumen idiosynkratisch wirken, d.h. der Einzelne ist je nach Widerstandsfähigkeit, im Sinne beispielsweise des salutogenetischen Gesundheitsmodells von Antonovsky (1979, 1989, 1993) oder dem Hardiness-Konzept von Kobasa (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi, Kahn, 1982), und dem Ausmaß an anderen zur Verfügung stehenden Copingmöglichkeiten unterschiedlich in der Lage, auf das Trauma zu reagieren - auch wenn nicht davon auszugehen ist, dass schwerste Traumen, wie maligner Inzest, Holocaust, Krieg, und ähnliches gänzlich ohne Folgen bleiben (Scharfetter, 2000).

Auswirkungen der schwer belastenden Umgebungsbedingungen lassen sich auch im Bindungsstil der Borderline-Patienten ablesen. Die auf evolutionsbiologischen Annahmen basierende Bindungstheorie postuliert ein primäres Bedürfnis nach Nähe zu einer Bindungsfigur (in der ursprünglichen Version

explizit zur Mutter), das von überlebenswichtiger Bedeutung ist (Bowlby, 1975). Das Bindungsverhalten ist in starkem Maße vom Fürsorgeverhalten der Bindungsperson abhängig (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Eine gute primäre Bindungsbeziehung ermöglicht es dem Kind von einer sicheren emotionalen Basis seine Umgebung zu explorieren und dadurch einen sicheren Bindungsstil auszubilden (vgl. auch Schmidt & Strauß 1996; Strauß & Schmidt, 1997). Defizitäre Bindungsstile, wie der vermeidende, der ambivalente und der desorganisierte Bindungsstil, können auch noch im Erwachsenenalter Bestand haben, wobei sich die zur Diagnose herangezogenen Verhaltensparameter unterscheiden, wie auch geringfügig die Benennung (vgl. auch Schmidt & Strauß 1996; Strauß & Schmidt, 1997, Strauß & Schwark, 2007; Strauß 2006). Einen Überblick über zahlreiche Studien, die einen Anteil von 70% bis 90% mit unsicherem Bindungsstil unter Borderline-Patienten darstellen konnten, geben Agrawal und Kollegen (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004), wobei 60-100% dem unsicher-verstrickt (englisch: preoccupied; mitunter auch als unsicher-ambivalent oder verwickelt bezeichnet) Typus, und 50-88% dem unsicher-unverarbeiteten (englisch: unresolved) Typus zuzuordnen sind (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Der unsicher-verstrickte Typ zeichnet sich bei Erwachsenen durch passiv aggressives Verhalten bei negativer Selbst- und positiver Fremdwahrnehmung aus, Erwachsene mit unsicher-unverarbeitetem Bindungsstil zeigen Denk- und Sprachfehler bei der Aufarbeitung von Niederlagen oder Traumata sowie ein negative Selbstwahrnehmung bei gleichzeitig negativer Erwartungshaltung gegenüber anderen (ebenda).

3.3.4 Kognitiv-Behaviorale Ansätze

Kognitiv-Behaviorale Ansätze fokussieren auf beobachtbares Verhalten und auf psychische Schemata bzw. innere Skripte (Stone 2006). Grundannahme ist, dass jedes Verhalten wie auch die verschiedenen kognitiven Schemata, die schließlich das individuelle Verhalten, die Emotion und Kognition einer Person organisieren, im Verlauf der Entwicklung gelernt werden. Im klinischen Alltag hat das Neurobehaviorale Störungsmodell (Bohus & Schmahl, 2001, 2007; Bohus, 2009) aufgrund seines engen Bezugs zur Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan, 1993ab, 1996, 2008; vgl. Kapitel 3.4.2) besondere Anerkennung erfahren. Es handelt sich um ein deskriptives Modell, das genetische Komponenten (vgl. Kapitel 3.3.1), traumatische Erfahrungen (Kapitel 3.3.3) sowie dysfunktionale Lernprozesse und Verhaltensmuster integriert (Bohus, 2009, vgl. Abbildung 3-3).

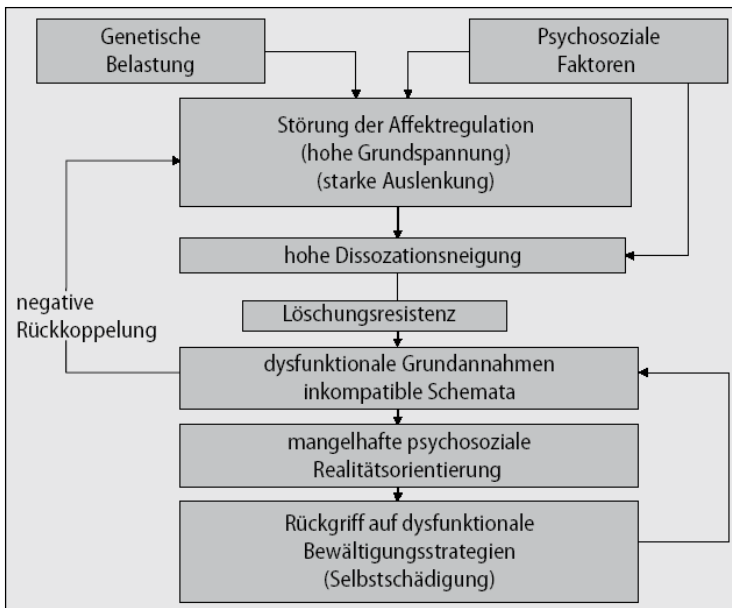


Abbildung 3-3: Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline-Störung (Bohus & Schmahl, 2007; S.1074, Abb. 2).

Ausgehend von einer genetischen Prädisposition, nach Ansicht von Linehan einer besonderen emotionalen Empfindsamkeit (Linehan, 1993ab, 1996, 2008) und einer entwertenden Umgebung in der Kindheit (Kapitel 3.3.3), entwickelt der Betroffene nach Prinzipien der Lerntheorie dysfunktionale Verhaltensweisen, respektive kognitive Schemata, beispielsweise in Hinblick auf die Etablierung angstauserregender Stimuli oder der Aufrechterhaltung von Handlungsmustern zur Spannungsreduktion (Bohus & Schmahl, 2001). Insbesondere die Neigung zur Dissoziation (vgl. Kapitel 3.1.3.1) verhindert eine flexible Realitätsanpassung und führt zu einem wiederholten Rückgriff auf ungeeignete Bewältigungsstrategien. Da diese Bewältigungsstrategien aber durchaus zu einer Spannungsentlastung führen, beispielsweise bei selbstverletzenden Verhalten (Kemperman, Russ, Shearin, 1997), wird dieses Verhalten nicht aufgegeben, sondern es findet eine ebenfalls dysfunktionale Rückkopplung einerseits auf die kognitiven Schemata andererseits auf die Affektregulation statt. Diese führt zu einer ausgeprägten Instabilität der eigenen Identität mit den typischen, klinisch beobachtbaren Störungen der Beziehungsregulation, der Affektregulation, der Kognition und der Handlungssteuerung.

3.3.5 Psychoanalytische Ansätze

Grundlegend und den verschiedenen psychoanalytischen Ansätzen gemeinsam ist die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Melanie Klein (1957) vertrat erstmals den Gedanken, dass die unmittelbare Umgebung, die Wahrnehmung der Welt bzw. die Erwartungen einer Person, mit denen er an die Umgebung herantritt, durch seine frühen Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen („Objekten“) geprägt ist. Die zentrale Bedeutung der Internalisierung durch Wahrnehmung und kognitive Speicherung dieser frühen dyadischen Objektbeziehungen für die Persönlichkeitsentwicklung und spätere Beziehungsgestaltung ist Konsens einer Reihe von Konzepten, die unter dem Begriff der „Objektbeziehungstheorie“ zusammengefasst werden (ebenda). Der Objekt-Begriff bezeichnet in diesem Kontext einen reagierenden Partner, also eine Person, welche auf die

Äußerungen des Subjekts einget. Der Begriff der Objektbeziehung bezeichnet die vom Subjekt erlebte, gegebenenfalls auch von der realen Interaktion abweichenden, fantasierten, Beziehungen des Subjekts zu seiner Umgebung (Mertens, 1990). Die Internalisierung von Objektbeziehungen gilt als Grundlage für die sich kontinuierlich entwickelnde psychische Struktur und für spätere Erfahrungen. Diese internalisierten Objektbeziehungen sind schließlich die Basis für unbewusste Konflikte und Übertragungsreaktionen im Rahmen der Therapie (Kernberg, 1988; vgl. Kapitel 3.4.3). Vorausgesetzt wird hierbei eine interne psychische Struktur der Selbstrepräsentation, der Fremdrepräsentation im Verhältnis zum Selbst sowie einen beide Repräsentationen verbindenden Affekt (Clarkin et al., 2007). Diese Strukturen sind einerseits akkurate Beschreibungen früherer Erfahrungen, andererseits repräsentieren sie das Selbst und bilden in ihren dyadischen Objektbeziehungen untereinander die Grundlage von Motivation und Verhalten. Eine normale, gelungene Persönlichkeitsorganisation zeichnet sich durch ein integriertes und nuanciertes Selbst- und Fremdkonzept, ein breites Spektrum an komplexen, gut modulierten, affektiven Erfahrungen und ein stabiles, individualisiertes, internalisiertes und präsent Wertesystem aus. Hierbei hilft auch die Ausbildung verschiedener psychologischer Abwehrmechanismen, um offensichtliche Konflikte zwischen internalen Gemütszuständen und Trieben, internalisierter Triebabwehr und der externaler Realität auszuhandeln. Voll entwickelte Abwehrmechanismen fördern eine Angstminimierung vor konfliktbezogenen Spannungen sowie eine gesteigerte, individuelle Handlungsflexibilität, die ein erfolgreiches Interagieren mit der Umgebung, beispielsweise in zwischenmenschlichen und beruflichen Beziehungen ermöglicht. Abwehrmechanismen sind von unterschiedlicher Qualität, die sich im Lauf der Persönlichkeitsentwicklung ausdifferenzieren. Während gesunde Individuen auf Mechanismen, wie z.B. Rationalisierung und Humor zurückgreifen können, greifen Borderline-Patienten auf frühe, einfache Abwehrmechanismen zurück, die durch die radikale Abspaltung von guten und bösen Affekten bzw. Objekten gekennzeichnet ist. Verantwortlich ist hierfür die pathologische Struktur der Persönlichkeitsorganisation, die durch die fehlende Integration primitiver positiver und negativer Objektbeziehungen, die als frühe, affektiv-intensive Erfahrungen abgespeichert sind, gekennzeichnet ist. Die Verleugnung oder Projektion von Konfliktanteilen hilft zwar Angst zu reduzieren, erweist sich aber als rigide und unflexibel, so dass eine erfolgreiche Adaption an die Realität oftmals misslingt. Die innere Spaltung in gut und böse beeinflusst die Wahrnehmung der Realität und prägt das klinische Bild der Gegensätze und Instabilität (ebenda; vgl. Kapitel 3.1.3).

Das psychoanalytische Verständnis von Persönlichkeitsstörungen orientiert sich wesentlich am Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (1976). Die begriffliche Nähe zur Borderline-Persönlichkeitsstörung ist historisch bedingt und aus heutiger Sicht als unglücklich zu bewerten, da sie Verwechslungen provoziert. Das von Kernberg vorgeschlagene Modell klassifiziert vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie, verschiedene Persönlichkeitsstörungen in ein zweidimensionales Feld, das einerseits die Dimension „Introversion“ und „Extraversion“, andererseits den Schweregrad unterscheidet (Kernberg 1976). Dem Schweregrad lassen sich drei voneinander unterscheidbare Persönlichkeitsorganisationen zuordnen, die sich insbesondere in Hinblick auf die Ich-Identität, die verwendeten Abwehrmechanismen sowie die Fähigkeiten der Realitätsprüfung unterscheiden. Das Konzept der Persönlichkeitsorganisation bzw.

synonym der Persönlichkeitsstruktur wird dabei als ein dauerhaftes, psychisches Funktionsniveau verstanden und ist zentraler Ansatzpunkt psychodynamisch bzw. psychoanalytisch orientierter Diagnostik und Behandlung. Persönlichkeitsstörungen, bzw. psychische Erkrankungen sind in diesem Sinne Ausdruck sogenannter „struktureller Störungen“, wobei die Grundfähigkeiten der Person zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, zur Selbstregulation und zur Beziehungsgestaltung eingeschränkt sind. Den aus psychoanalytischer Sicht eher oberflächlichen Verhaltenskriterien der aktuell verbindlichen Klassifikationssysteme können unterschiedliche Persönlichkeitsorganisationen zugrunde liegen. Kernberg unterscheidet vom leichtesten bis zum schwersten Schweregrad die neurotische, die Borderline- und die psychotische Persönlichkeitsorganisation. Der neurotischen Persönlichkeitsorganisation werden vor allem zwanghafte und vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen zugerechnet, wobei relevante Fähigkeiten der Ich-Identität bzw. der Ich-Stärke wie Angsttoleranz, Impulskontrolle oder der Fähigkeit zur tiefen Objektbeziehung, nicht gestört sind. Die psychotische wie auch die Borderline-Persönlichkeitsorganisation sind gekennzeichnet durch das beschriebene Ausagieren primitiver Abwehrmechanismen und Identitätsdiffusion. Unterscheiden lassen sie sich bezüglich der Realitätsprüfung, also der Fähigkeit Selbst und Nicht-Selbst zu unterscheiden, sowie der Differenzierung von intrapsychischen und äußeren Reizen, die bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation intakt, bei der psychotischen Persönlichkeitsorganisation nicht gegeben ist.

3.3.6 Dynamisch-psychiatrischer Ansatz nach Günther Ammon

Der Dynamisch-psychiatrische Ansatz (Ammon, 1979/2000; 1982/2000) geht auf ihren Begründer Dr. Günther Ammon zurück, der milieu- und gruppentherapeutische Ansätze, die er in einem langjährigen Klinikaufenthalt (1956-1965) an der Menninger Clinic and School of Psychiatry (Topeka/USA) kennenlernte, zu einem eigenen Therapieansatz ausgebaut hat. Die Wurzeln des Konzepts liegen in humanistischen, psychoanalytischen, ich-psychologischen und gruppendynamischen Ansätzen (Fabian, 2009), wobei eine deutliche Nähe zum Psychoanalytischen Konzept der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie (Kernberg, 1976) besteht. So wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung auch in diesem Konzept als eine spezifische Schwäche in der Integration eines vielfältigen Ichs verstanden (Ammon, 1974). Dabei bleiben, anders als zum Beispiel bei psychotischen Reaktionen, grundlegende Ich-Funktionen, wie beispielsweise die Wahrnehmung, intakt, die allerdings nicht miteinander integriert werden können, sondern lediglich in Form einer Als-ob-Persönlichkeit oberflächlich miteinander verbunden sind. Die Ich-Zersplitterung zeige sich insbesondere in der Unfähigkeit zum Aufbau von stabilen und kontinuierlichen Objektbeziehungen bzw. in deren Vermeidung entweder durch Flucht oder das frühzeitige, zwanghafte Zerstören solcher sich entwickelnder Objektbeziehungen (ebenda). Die Ich-Zersplitterung dient einerseits der Vermeidung einer unbewussten Identitätsdiffusion und der damit verbundenen existenziellen Angst als auch der Abwehr des eigenen Strebens nach Abgrenzung, das von den Patienten als „Muttermord“ (ebenda, S.133) verstanden würde.

Die Dynamische Psychiatrie hat ein ganzheitliches Gesundheits-Krankheitsverständnis, das sowohl biologisch-organische, wie auch soziale und psychologische Bedingungen und Entwicklungen im Lebensprozess berücksichtigt (Burbiel, Finke, Krüger, 2009). Der umgebenden Gruppe wird bei der

Ich- und Identitätsentwicklung besondere Bedeutung zugeschrieben, da das Erleben und Erfahren der eigenen Persönlichkeit nur im Wahr- und Ernstnehmen der Anderen und deren Rückmeldung möglich ist. Ammon hat in diesem Zusammenhang das Prinzip der Sozialenergie formuliert (nach Ammon, M., 2009), das er als zwischenmenschliche psychische Energie definiert, die im Kontakt und in der Auseinandersetzung zum Ausdruck kommt, die in der Regel Geborgenheit, Verlässlichkeit und Liebe ermöglicht, die aber auch Forderungen an die Identität und Aufforderungen zur Tätigkeit und zur Aufgabe stellt. Dieser sozialenergetische Austauschprozess in der Primärgruppe ist für die Entwicklung und damit für die Identität entscheidend, sowohl im Gesunden wie im Kranken. Schwere psychische Erkrankungen werden folglich als Struktur- und Identitätserkrankungen begriffen, die in einer frühen präödipalen Entwicklungsphase im Umfeld einer destruktiv-defizitären sozialenergetischen Gruppendynamik entwickelt wurden. Das Kind ist dadurch nicht in der Lage, klare und sichere Ich-Grenzen zu entwickeln, da für eine gelingende Identitätsentwicklung des Kindes eine beständige Stützung der Ich-Grenzen nach innen und nach außen notwendig ist. Leistet dies die primäre Bezugsgruppe nicht, so kann sich keine Ich-Energie zur Entwicklung von Persönlichkeitsstruktur und einer eigenen Identität bilden, d.h. das Kind verbleibt mit gewissen unintegrierten Identitätsbereichen in einer diffusen Abhängigkeit von undifferenzierten Kommunikationsmustern. Die damit einhergehenden Gefühle von Angst und Wut können nicht wahrgenommen werden, sondern werden durch Verleugnung der Realität abgewehrt. Zusätzlich kann es zu einem von Geburt an nonverbalen Transfer von emotionalen Erfahrungsdefiziten auf das Kind im Falle nicht bewältigter Traumata der Primärgeneration kommen.

3.4 Therapeutische Konzepte

Die folgende Darstellung therapeutischer Ansätze zur Behandlung der Borderline-Störung erhebt nicht den Anspruch der Vollständigkeit, sondern zielt darauf ab, die Ansätze darzustellen, die auch im therapeutischen Konzept der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige Eingang gefunden haben. Es handelt sich um die „Übertragungsfokussierte Psychotherapie“ nach Clarkin, Yeomans & Kernberg (1999, 2008) und die „Dialektisch-Behaviorale Therapie“ nach M. Linehan (1993ab, 1996, 2008). Beide Verfahren sind manualisiert und von nachgewiesenermaßen hoher Qualität (Evidenzgrad II a bzw. Evidenzgrad I b, vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN, 2009; siehe auch Kapitel 2.3.2.1). Aufgrund der Integration von sowohl psychoanalytischen als auch kognitiv-behavioralen Therapieelementen in das Therapiekonzept wird auf einen Vergleich in Hinblick auf formale Kriterien und therapeutische Techniken verzichtet. Einen aktuellen Überblick geben de Groot, Verheul und Trijsburg (2008).

Den Darstellungen vorangestellt wird eine komprimierte Darstellung medikamentöser Behandlungsansätze. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Darstellung des aktuellen Therapieangebots der Klinik Mengerschwaige.

3.4.1 Medikamentöse Behandlung

Die Behandlungsleitlinien (DGPPN, 2009) empfehlen im Rahmen der Krisenbehandlung die Verabreichung von Medikamenten zur raschen Behandlung von extrem emotional-aversiven Spannungs- und Erregungszuständen d.h. also vor allem sedierende, niedrig dosierte atypische Neuroleptika sowie Antidepressiva. Allerdings weisen die Autoren auch darauf hin, dass bislang kein rationaler Wirksamkeitsnachweis für die Vorteile der medikamentösen Krisenintervention erbracht wurde, d.h. die Empfehlungen lediglich auf Grundlage klinischer Erfahrung der Notfallpsychiatrie beruhen, wobei bei kompetenter psychotherapeutischer Intervention die Krisenintervention meist innerhalb weniger Tage erfolgreich ist (ebenda).

Auch in Hinblick auf eine Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung über die Krisenintervention hinaus ist festzuhalten, dass es bislang kein zugelassenes spezifisches Medikament zur Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt, sondern die psychopharmakologische Behandlung vielmehr auf die Linderung spezifischer psychopathologischer Syndrome abzielt (Bohus, 2009; DGPPN, 2009). Die Studienlage auch hierzu ist gekennzeichnet durch wenige Fallzahlen, kleine Stichproben und eine Vielzahl methodischer Probleme (u.a. Beschränkung auf kurze Beobachtungszeiträume; fehlende Angaben zum therapeutischen Gesamtrahmen, etc.). Es kommen Antidepressiva, Antipsychotika und Stimmungsstabilisatoren zum Einsatz (vgl. DGPPN, 2009). Eine aktuelle Metaanalyse zur Wirksamkeit von Präparaten dieser Substanzgruppen zur Behandlung von depressiven und Ärgersymptomen (Mercer, Douglass, Links, 2009) fand insgesamt lediglich 33 inhaltlich passende Studien, von denen nur 18 alle definierten Einschlusskriterien (u.a. insbesondere die Forderung nach randomisierter, doppelblinder Placebo-Kontrolle) erfüllten. Die Ergebnisse erweisen sich in fünf der sechs gerechneten Metaanalysen als signifikant (nichtsignifikant erweist sich die antidepressive Wirkung der Antipsychotika bei einer mittleren Effektstärke von $ES=.46$) gegenüber der Placebo-Behandlung und unterstreichen mit mittleren bis sehr großen Effekten (Spannweite von $ES=.37$ bis $ES= 1.75$) ihren Nutzen. Einschränkend ist aber auch hier der kurze Beobachtungszeitraum insbesondere der hocheffektiven Einzelstudien und vor allem der Ausschluss der meisten Einzelstudien von Patienten mit komorbidem Alkohol- oder Substanzmissbrauch sowie Suizidalität oder Handlungen von Selbstverletzungen (ebenda). Diese Stichprobeneinschränkung, wie auch der monotherapeutische Einsatz der meisten Studien spiegeln in keiner Weise die klinische Praxis wider. Ebenfalls noch ausstehend ist die Erforschung der Kombination von Präparaten unterschiedlicher pharmakologischer Substanzklassen (Rommel, & Bohus, 2006).

3.4.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie DBT nach M. Linehan

Wenige therapeutische Innovationen habe so viel Interesse hervorgerufen wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan (1993ab, 1996, 2008). Diese wurde ursprünglich im ambulanten Bereich entwickelt und manualisiert, später aber auch auf den stationären Bereich ausgeweitet. Sie ist dem Verhaltenstheoretischen Paradigma verpflichtet, experimentell gefundene Gesetzmäßigkeiten der Verhaltensentwicklung, -aufrechterhaltung bzw. -veränderung systematisch zu nutzen (Comtois,

Bryan, Linehan, 2000). Zentrales Prinzip der Dialektisch-Behavioralen Therapie ist der simultane Fokus auf der Anwendung von wertschätzenden, validierenden² und verhaltensverändernden Strategien (van den Bosch et al., 2002). Sie beinhaltet neben verhaltenstherapeutischen und kognitiven Methoden auch Elemente der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Zen-Meditation (Bohus, 2009). Ziel ist es, die in der Welt des Patienten innewohnenden Gegensätze (Dialektik) schrittweise aufzulösen. Im ambulanten Setting sind vier Module zu unterscheiden: Die Einzeltherapie erstreckt sich über 12 Monate (Linehan, 1993) bzw. 2 Jahre (Bohus, 2009) mit 1-2 Behandlungsstunden pro Woche, einem Fertigkeitstraining in der Gruppe mit 2-3 Stunden wöchentlich, einer streng reglementierten Telefonberatung in Hinblick auf lebensbedrohliche Krisensituationen sowie eine wöchentliche Supervisionsgruppe zur Abstimmung von Einzel- und Gruppentherapeuten (ebenda). Das Fertigkeitstraining umfasst insgesamt vier Themenbereiche. Das Leitthema der ‚Inneren Achtsamkeit‘ ist die Vermittlung von Strategien, um sich selbst besser zu spüren und der eigenen Wahrnehmung zu vertrauen. Ziel ist es, Bewusstheit über sich und die umgebende Realität zu gewinnen und Steuerungsmöglichkeiten zu erlernen, beispielsweise die innere Distanzierung von äußeren aber auch internen Ereignissen, um sich in Situationen sicher fühlen zu können, ohne diese zu bewerten bzw. zu entwerten. Die Trainings ‚Zwischenmenschliche Fertigkeiten‘ sollen dazu befähigen, Beziehungen zu knüpfen und zu pflegen. Geübt wird die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, deren Äußerung, sowie die Durchsetzung bzw. Abgrenzung gegenüber Anderen auf Grundlage angemessener Abwägung. Zentral ist der Baustein zum ‚Umgang mit Gefühlen‘, in dem die Patienten unterschiedliche Gefühle differenzieren und benennen, sowie ihre Bedeutung in Bezug auf aktuelles und zukünftiges Handeln begreifen lernen. Der letzte Bereich der ‚Stress-Toleranz‘ thematisiert den Umgang mit intensiven Anspannungszuständen. Ziele sind das zeitnahe Erkennen und Akzeptieren von Stresssituation, das Gewinnen von Abstand, bspw. durch Ablenkungstechniken, sowie das Erlernen unangenehme Gefühle in unveränderlichen Situationen aushalten zu können.

Im Rahmen der Einzeltherapie steht entsprechend der dynamischen Zielhierarchie die Bearbeitung möglicher Suizidalität im Vordergrund. Zwischen den Patienten und Therapeut/Klinik wird ein Behandlungsvertrag geschlossen, in denen sich der Patient zur Mitarbeit und zur Einhaltung von Abmachungen und der Therapeut sich zur bestmöglichen Hilfestellung verpflichten. Dieser wird regelmäßig während der Therapie geprüft und ggf. angepasst. Typische Techniken sind das Führen eines Tagebuchs, in das suizidale Gedanken, Spannungszustände, etc. aber auch positive Erlebnisse eingetragen werden. Die Bearbeitung möglicher Traumata wird erst fokussiert, wenn die Patienten gelernt haben, Spannungszustände und dissoziative Phänomene zu regulieren. Hierbei kommen bewährte Techniken der Verhaltenstherapie wie auch Expositionsstrategien zum Einsatz.

Ein an den Richtlinien der ambulanten Dialektisch-Behavioralen Therapie orientiertes stationäres Behandlungskonzept wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg

² Unter „Validierung“ werden in diesem Zusammenhang, Äußerungen des Therapeuten verstanden, die dem Patienten vermitteln, dass seine Verhaltens- und Erlebensweisen aus seiner subjektiven Sicht stimmig sind, aber nicht immer die einzig möglichen bzw. nicht die sinnvollsten Reaktionsmuster darstellen (vgl. Bohus, 2009).

entwickelt (Lieb, Bohus, Barthruff, Jacob, & Richter, o. A.; vgl. auch Bohus, Haaf, Simms, Schmah, Unckel, Linehan, 2004; Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Böhme, Linehan, 2000). Das Programm dauert insgesamt 12 Wochen und umfasst jeweils acht Patienten in offenen, gemischt geschlechtlichen Stationen. Neben den allgemeinen Therapieangeboten wie der täglichen Visite, Stationsversammlungen, Gesundheitsinformationen, etc. werden die spezifischen Therapiebausteine der Dialektisch-Behavioralen Therapie angeboten. Zusätzlich wurde das Konzept um Gruppen zu ‚Körpertherapie‘, ‚Selbstwerterleben‘ und ‚Sozialem Wissen‘ erweitert. Entsprechend der dynamischen Zielhierarchie wurde das Konzept für den stationären Ablauf in drei aufeinanderfolgende Stufen unterteilt: In Stufe I, die ca. die ersten drei Wochen in Anspruch nimmt, steht die Verhaltensanalyse im Vordergrund. Sie wird mit einer Teamvorstellung, die Voraussetzung für Stufe II darstellt abgeschlossen. Stufe II, in der Regel 4. bis 9. Woche, steht das Fertigkeitstraining im Mittelpunkt und in Stufe III, 10. bis 12. Woche wird mittels Bedarfsanalysen im Besonderen die bevorstehende Entlassung geplant (ebenda; vgl. auch Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 2001).

Die Dialektisch-Behavioralen Therapie wurde darüber hinaus für eine Reihe von Erkrankungen angepasst, die sich ebenfalls durch emotionale Dysregulation auszeichnen, wie beispielsweise bei Suchtkranken mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Linehan et al., 1999), bei „Binge Eating“-Essstörungen (Telch, Agras & Linehan, 2001), bei depressiven und/oder suizidalen Menschen (Miller, 1999; Rathus & Miller, 2000), aber auch für spezifische teilstationäre (Simpson, Pistorello, Begin, Costello, Levinson, Mulberry, Pearlstein et al., 1998) und forensische Behandlungssettings (McCann, Ball, Ivanoff, 2000) oder auch in Versorgungsnetzwerken ambulanter Therapeuten (Gunia, 2007; Gunia & Huppertz, 2007; Friedrich, Gunia, & Huppertz, 2003).

3.4.3 Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Die psychoanalytische, manualisierte, übertragungsfokussierte Psychotherapie (englisch: „Transference Focused Psychotherapy, TFP“; Clarkin et al., 1999, 2008; Yeomans & Clarkin, 2002) begründet sich auf der Objektbeziehungstheorie Kernbergs (1976, vgl. Kapitel 3.3.5) und fokussiert auf die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Das Ziel der Behandlung ist es, die rigiden und primitiv internalisierten Objektbeziehungen des Patienten zu verändern, die zu den charakteristischen affektiven bzw. kognitiven Störungen und den typischen maladaptiven Verhaltensauffälligkeiten führen. Grundannahme ist dabei, dass sich infolge von reiferem und flexiblerem Integrieren der vormals abgespaltenen Partialobjektbeziehungen auch die Verhaltens- und Umgebungsprobleme verändern und lösen. Zentrale, aufeinander aufbauende Behandlungsschritte sind (1) die Definition der dominanten Objektbeziehungen, (2) das Beobachten und Deuten der Rollenwechsel des Patienten, (3) das Beobachten und Deuten von Verbindungen zwischen sich abwehrenden Objektbeziehungsdyaden und (4) das Integrieren abgespaltenen Teilobjekte.

Der Analyse von der manifesten bzw. latenten negativen Übertragung und der korrespondierenden Gegenübertragung des Therapeuten kommt dabei besondere Bedeutung zu. Ausgehend von der beschriebenen Theorie, dass die aktuellen Probleme der Patienten in pathologisch entwickelten Internalisierungen begründet sind (vgl. 3.3.5), „besteht die Behandlung darin, daß man sich das pathologische Introjekt, die pathologische Beziehung in der Übertragung aktivieren lässt, sie den

Patienten in der Übertragung voll erleben lässt und ihm hilft, sie durch Deutung zu überwinden“ (Kernberg, 2000, S.533).

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie ist von der Notwendigkeit eines besonders klaren und starken Rahmens, um Therapie gefährdendem Agieren Grenzen zu setzen (Lackinger & Dammann, 2005) überzeugt. Daher wird der eigentlichen Therapie eine sogenannte „Vertragsverhandlungsphase“ vorangestellt, in der alle Regeln und Gefahren so besprochen und so explizit wie möglich gemacht werden. In einem sorgsam ausgehandelten Therapievertrag werden klare Vorgehensweisen beispielsweise für mögliche Krisensituationen des Patienten definiert und dokumentiert. Das therapeutische Vorgehen ist hierarchisiert, d.h. solange (para-)suizidales Verhalten oder andere störende Verhaltensweisen (Unehrllichkeit gegenüber dem Therapeuten, Therapievertragsverletzungen etc.) vorliegen, werden diese fokussiert. Erst wenn kein die Therapie gefährdendes Verhalten mehr gezeigt wird, richtet sich die Aufmerksamkeit auf andere Übertragungsäußerungen. Sekundärer Krankheitsgewinn von Symptomen oder Therapiearrangements sind auszuschalten zudem ist durch Klärung von Realitätsverzerrungen eine gemeinsam geteilte Realität, als Therapiebasis, zu erarbeiten. Techniken des Verfahrens sind Klärung, Konfrontation und Deutung (Clarkin et al., 1999). Supportive Techniken, wie Ermutigung, Ratschläge, aktives Verständnis zeigen etc., wird nicht angewandt und sollte gegebenenfalls supervidiert werden (Dammann, Buchheim, Clarkin, Kernberg, 2000).

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie ist durch eine transparente, partnerschaftliche Haltung gegenüber dem Patienten gekennzeichnet, erweist sich aber durch den starren Therapierahmen als deutlich aktiver und konfrontativer gegenüber typischen psychoanalytischen Therapieverfahren (Dammann, Buchheim et al., 2000). Darüber hinaus wird besonders in der Anfangsphase sehr viel stärker auf das Hier-und-Jetzt fokussiert. Die Verwendung von entsprechenden Deutungen ermöglicht es dem Patienten, seine aktuellen Gefühle, sein Handeln und die Reaktionen der Umgebung in Zusammenhang zu bringen. Ein wichtiges Grundprinzip ist weiterhin das Anerkennen und das tolerierende Aushalten auch feindlich-aggressiver Aspekte des Patienten. Das Manual beinhaltet hierfür ausführliche Therapieanleitungen zum Management von typischen Konfliktsituationen infolge von Aggressivität, Suizidalität, etc. und sieht eine wöchentliche bis 14tägige Supervision vor.

3.4.4 Das Therapiekonzept der dynamisch-psychiatrischen Therapie

Das Therapiekonzept der Klinik findet ihren Ursprung in dem von dem jüdischen Psychiater Ernst Simmel (1882-1947) gegründeten, psychoanalytisch orientierten psychiatrischen Krankenhaus im Humboldt-Schlösschen in Berlin-Tegel. Als erste psychoanalytische Klinik der Welt hatte seine von ihm entwickelte Behandlungsmethode, die er als "Milieuthherapie" bezeichnete, sowie sein Klinikkonzept, das Forschung, Klinik und Ausbildung in einem Haus vereinte, deutlichen Einfluss auf die weitere Entwicklung stationärer psychoanalytischer Therapie, obwohl die Klinik bereits vier Jahre nach ihrer Gründung 1927 in der Folge der Weltwirtschaftskrise schließen musste (Schultz & Hermanns, 1987). Der amerikanische Psychoanalytiker Carl Friedrich Menninger (1862-1953) gründete in Topeka (Kansas, USA) zusammen mit seinem Sohn Karl die heute noch einflussreiche psychiatrische Menninger Klinik, in der er ähnlich wie im Humboldt-Schlösschen eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie einführte (<http://www.menningerclinic.com>; 06.05.2009).

Gründer der Klinik Mengerschwaige war der gleichermaßen charismatische wie auch streitbare (vgl. Hemminger, 1989; Bayrischer Staatsanzeiger, 1986; zitiert nach Ammon, 1995) Psychiater Dr. Günther Ammon, der nach seiner Ausbildung zum Psychoanalytiker 1956 neun Jahre in der Menninger-Klinik in den USA arbeitete. Diese Zeit gilt als relevant für die Entwicklung der Konzepte der Dynamischen Psychiatrie (vgl. Kapitel 3.3.6, S.49f).

Das Grundverständnis der Dynamischen Psychiatrie ist das einer „verstehenden Psychiatrie“ (Fabian, 2009, S.2). Therapeutisches Anliegen ist es dabei, die unterschiedlichen Persönlichkeitsfacetten des Patienten vor dem Hintergrund seiner individuellen Erlebnisse zu verstehen und auf dieser Grundlage seine aktuelle Symptomatik und Verhaltensweisen nachvollziehen und einordnen zu können. Besondere Bedeutung wird hierbei den zwischenmenschlichen Erfahrungen in den frühen Lebensjahren beigemessen, wobei nicht nur bewusst-erinnerliche, sondern besonders auch die unbewusst-verinnerlichteten Ereignisse, die das aktuelle Kontakt- und Beziehungsverhalten der Patienten entscheidend prägen, fokussiert werden. Dieses Verstehen der Dynamik des Patienten erfolgt im interpersonellen Geschehen zwischen Patient und Therapeut, das allerdings nicht separate Zweierbeziehung, sondern immer als Teil eines größeren Gruppengeflechts gesehen wird. Der Behandlungsansatz wird in der Identitäts- und Kontakttherapie in der Gruppe gesehen (Ammon, M., 2009). Der Gesamtgruppendynamik, die sich über eine Vielzahl neuer Kontakte und Beziehungserfahrungen zwischen Therapeuten und (Mit-)Patienten entwickelt, wird dabei zentrale therapeutische Bedeutung zugesprochen. Ziel ist die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, d.h. die Erneuerung defizitär-destruktiver Persönlichkeitsanteile durch konstruktive. Für eine solche nachholende Identitätsentwicklung ist ein konstruktives sozialenergetisches Umfeld von zentraler Bedeutung, so dass die Klinik seit ihrer Gründung „als ein großgruppendynamischer, milieuthérapeutischer, die gesunden und kreativen Kräfte der Patienten fördernder Entwicklungsraum konzipiert“ war und ist (Burbiel et al., 2009, S.3). Neben der besonderen Bedeutung der Gruppenprozesse ist insbesondere zur Erreichung des unbewussten Kerns des Menschen im therapeutischen Konzept auch die individuell zugeschnittene einzeltherapeutische Betreuung jedes einzelnen Patienten definiert, sei es „durch supportiv oder fokal tiefenpsychologisch orientierte oder analytische einzelpsychotherapeutische Gespräche“, hervorgehoben (ebenda).

Das aktuelle Therapiekonzept orientiert sich an den aktuellen Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN, 2009, vgl. auch Behandlungsleitlinien der American Psychiatric Association APA, 2001; deutsche Übersetzung Dilling, 2005), die Therapiekonzept übergreifende grundlegende Behandlungsprinzipien formulieren. Hierzu zählen die im Rahmen der vorangegangenen Kapitel näher dargestellten Prinzipien der ausführlichen Problemanalyse und Behandlungsplanung mit Therapievertrag und Krisenplan und der Hierarchisierung der Behandlungsziele. Eine besondere Bedeutung wird im therapeutischen Prozess auch der therapeutischen Beziehung eingeräumt (Bolm, Dulz, & Thomasius, 2002), wobei insbesondere dysfunktionales zwischenmenschliches Verhalten, wie Schweigen, Unpünktlichkeit, oder auch Feindseligkeit frühzeitig angesprochen wird. Zur Sicherung der zwingend notwendigen therapeutischen Distanz ist eine regelmäßige Supervision etabliert. Das von der DGPPN (2009) empfohlene schleichende Auslaufen der Behandlung wird im Rahmen der Möglichkeiten einer stationären Behandlung, bspw. mittels sogenannter Probeentlassungen, umgesetzt.

3.5 Therapiewirksamkeit & Prognose

3.5.1 Psychotherapieforschung der Borderline-Störung

Bis heute liegen nur eine geringe Anzahl kontrollierter Psychotherapiestudien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung vor. Dafür werden die späte Definition ausreichender Operationalisierungskriterien mit der DSM-III (American Psychiatric Association APA, 1980), die Bevorzugung kasuistischer Methodik psychoanalytischer Schulen, die typischen Schwierigkeiten in der Therapie der Patienten aber auch die lange Ignoranz (insbesondere in Europa) des Störungsbilds durch die klinische Psychiatrie, verantwortlich gemacht (Dammann, Clarkin, Kächele, 2000). Frühere Arbeiten belegten vor allem die unzureichenden Therapieerfolge (bspw. Skodol, Buckley, Charles, 1983; McGlashan, 1986), die die allgemeine Meinung der Nichttherapierbarkeit forcierten und verfestigten. Erst neuere Arbeiten korrigieren dieses Bild (vgl. Kapitel 3.5.2).

3.5.1.1 Wirksamkeitsnachweise der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie

Aufgrund der insgesamt noch geringen Anzahl an kontrollierten Studien, die im Sinne der höchsten Evidenz zum Vergleich herangezogen werden können, bietet es sich an, alle bekannten Einzelstudien kurz aufzuführen (Tabelle 3-1; für weitere Informationen zu den aufgeführten Assessmentinstrumenten siehe Kapitel 4.4). Vorlage hierbei waren vergleichbare Darstellungen von Lieb und Kollegen (2004) sowie von Bohus und Schmahel (2007; vgl. auch Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007). In diesen Arbeiten aufgeführte Studien, die nicht die Dialektisch-Behaviorale-Therapie beinhalten, wurden nicht übernommen. Die Tabelle wurde um eine Spalte erweitert, in der die Effektstärken derjenigen Assessmentinstrumente enthalten sind, die auch in der vorliegenden Studie eingesetzt wurden. Es wurden hierbei die Originalangaben der Autoren übernommen, ohne Berücksichtigung, wie die Effektstärke d berechnet wurde (vgl. Kapitel 4.6, S.100). Waren diese in den Arbeiten nicht genannt, wurden sie, soweit aus den Angaben möglich, berechnet. Insgesamt ist festzustellen, dass wenige vergleichbare Ergebnisse der verwendeten standardisierten Verfahren vorliegen. Hierfür ursächlich ist die durchaus gerechtfertigte deutliche Fokussierung der Ergebnisbewertung auf die Suizidalität, die Abbrecherquoten und die Anzahl an stationären Tagen der Krisenintervention der bisherigen Studien. Insgesamt fünf der dargestellten neun Studien sind der Arbeitsgruppe um Marsha M. Linehan zuzuordnen (Tabelle 3-1, Nr. 1, 2, 3, 7 und 8). Zur ersten Studie liegen vier Veröffentlichungen vor (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, Heard, 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Linehan & Heard, 1993; Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994). Es handelt sich dabei um eine Vergleichsstudie der Dialektisch-Behavioralen Therapie mit der bis dato üblichen Standardbehandlung (TAU, englisch „treatment as usual“). Insgesamt 46 der nach verschiedenen Kriterien gepaarten und randomisiert auf die Gruppen verteilten Patientinnen konnten nach einem Jahr Behandlung in die Auswertungen der Studie aufgenommen werden. Die psychometrischen Daten wurden zu Therapiebeginn, nach vier und nach acht Monaten, mit Abschluss der einjährigen Therapie und katamnestisch nach 6 und 12 Monaten erhoben. Die Ergebnisse zeigen signifikant weniger suizidale Handlungen im Therapiejahr (DBT: $Md= 1,5$; $M= 6,8$, $SD= 12,4$ vs. TAU: $Md: 9,0$; $M= 43,5$, $SD= 69,9$), einen signifikant höheren Anteil von Patientinnen ohne parasuizidale Handlungen (DBT: $N= 7$

gegenüber TAU: N= 1 von jeweils N= 22), seltener Therapeutenwechsel (DBT: 83% gegenüber TAU: 42% ohne Wechsel) und einen signifikant höheren Anteil an Patientinnen, die in der Therapie verbleiben (DBT: 16,7% gegenüber TAU: 50%) sowie eine deutlich niedrigeren Anzahl an stationären Behandlungstagen (DBT: M= 8,5 gegenüber TAU: M= 38,9) im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan et al., 1991). Diese Überlegenheit zeigt sich auch in Hinblick auf die Stabilität der Effekte nach 6 und 12 Monaten (Linehan et al., 1993). Methodisch einschränkend sind hier allerdings die z.T. extrem kleinen Stichproben zu bewerten, so beziehen sich, mit Ausnahme der Daten zum suizidalen Verhalten in der Nach-Therapiezeit, die Ergebnisse auf lediglich N= 9 (DBT-Gruppe) bzw. N= 11 (TAU-Gruppe) der ursprünglich vergleichsweise homogenen Patientinnenstichprobe (Linehan et al., 1991, 1993). Da auch die Stichprobengrößen der anderen aufgeführten Studien vergleichsweise gering sind (Tabelle 3-1), erscheint insbesondere die Erforschung der differenziellen Aspekte der DBT in Hinblick auf Suizid-, Selbstverletzungs- und Abbruchsprävention dringend geboten (vgl. Linehan & Heard, 1993).

Tabelle 3-1: Kontrollierte Psychotherapiestudien der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (in Anlehnung an Lieb et al., 2004, S. 456; Bohus & Schmahl, 2007, S.1077; die letzte Spalte wurde ergänzt)

Vergleich ¹	Stichprobe	N	Dauer/Katamnese ²	Haupteffekte	Literatur	ausgewählte Effektstärken ³ DBT-Gruppe Kontrollgruppe
1 DBT vs. TAU	BPS + Suizidversuch in den letzten 8 Wochen und 1 weiteren in letzten 5 Jahren; Frauen	24/ 22	1 Jahr/ 6 Monate & 1 Jahr	Senkung der Häufig-/ Gefährlichkeit von Suizidversuchen/Selbstverletzungen, Therapieabbrüchen, stationären Kriseninterventionen; Reduktion von Wut; Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan et al. 1991, 1994, Linehan, Heard et al., 1993	keine Ergebnisse vergleichbarer standardisierter Diagnostikverfahren berichtet
2 DBT vs. TAU	BPS + Drogenabhängigkeit; Frauen	12/ 16	1 Jahr/ 8 Monate	Senkung des Gebrauchs illegaler Drogen, Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Linehan et al., 1999	keine Ergebnisse vergleichbarer standardisierter Diagnostikverfahren berichtet
3 DBT + LAAM vs. TAU + LAAM	BPS + Opiatabhängigkeit; Frauen	11/ 12	1 Jahr/ 4 Monate	Senkung des Gebrauchs von Opiaten vergleichsweise niedrige Drop-out-Rate	Linehan et al., 2002	keine Ergebnisse vergleichbarer standardisierter Diagnostikverfahren berichtet
4 DBT vs. CCT	BPS + Überweisung nach akutem Suizidversuch	12/ 12	1 Jahr	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen/Selbstverletzungen, Impulsivität, Wut, Depressivität, stationären Kriseninterventionen; Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit	Turner, 2000	BDI ⁴ : $d_6 = 1.79$ $d_{12} = 2.39$ BPRS ⁴ : $d_6 = 1.81$ $d_{12} = 1.85$ BDI ⁴ : $d_6 = .49$ $d_{12} = .60$ BPRS ⁴ : $d_6 = .83$ $d_{12} = .92$
5 DBT vs. TAU	BPS; Frauen	10/ 10	6 Monate	Senkung der Häufigkeit von Suizidversuchen/ Selbstverletzungen, Hoffnungslosigkeit, Depressivität	Koons et al., 2001	BDI: $d = 0.96$ BDI: $d = 0.87$
6 DBT vs. TAU	BPS; Frauen	31/ 33	3 Monate	Senkung der Häufig-/ Gefährlichkeit von Suizidversuchen/Selbstverletzungen, Therapieabbrüchen, Impulsivität	Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2002	keine Ergebnisse vergleichbarer Diagnostikverfahren berichtet
7 Stationäre DBT vs. Warteliste	BPS; Frauen	31/ 19	3 Monate	Signifikante Verbesserung der Selbstverletzungen und aller psychopathologischen Variablen	Bohus, Haaf et al., 2004	GAF: $d = 1.21$ BDI: $d = .90$ IIP: $d = .60$ SCL-90-R (GSI): $d = .84$ SCL-90-R (GSI): $d = .10$ GAF: $d = 0.12$ BDI: k.A. IIP: $d = .00$

Anmerkungen: N jeweils pro Vergleichsgruppe

¹DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie, TAU: Standardbehandlung (Treatment As Usual), LAAM: Medikamentöse Behandlung mit Opioidantagonist (Levo-Alpha-AcetylMethadol), CCT: Klientenzentrierte Therapie (client-centered therapy), TFP: übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy), spkomTh: Therapie durch auf spezifisch ausgewählte Psychotherapeuten; vgl. Text), SPT: unterstützende psychodynamische Therapie („psychodynamic supportive psychotherapy“)² Behandlungsdauer / ggf. Beobachtungszeitraum (Katamnese)

³ die Auswahl orientiert sich an den im Rahmen der vorliegenden Studie verwendeten Messinstrumente (vgl. Kapitel 4.4), um eine möglichst große Vergleichbarkeit herzustellen

⁴ Effektstärke auf Grundlage der veröffentlichten Daten nachberechnet wie folgt: $D_6 = (M_{\text{DBT}} - M_{\text{Kontrollgruppe}}) / SD_{\text{DBT}}$; $D_{12} = (M_{\text{DBT}} - M_{\text{Kontrollgruppe}}) / SD_{\text{DBT}}$

Fortsetzung der Tabelle nächste Seite

Fortsetzung von Tabelle 3-1: Kontrollierte Psychotherapiestudien der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (in Anlehnung an Lieb et al., 2004, S. 456; Bohus & Schmahl, 2007, S.1077; die letzte Spalte wurde ergänzt)

Vergleich ¹	Stichprobe	N	Dauer/Katamnese ²	Haupteffekte	Literatur	ausgewählte Effektstärken ³
						DBT-Gruppe Kontrollgruppe
8 DBT vs. spkomTh	BPS + parasuizidale Handlung in den letzten 8 Wochen und 1 weitere in 5 Jahren; Frauen	52/ 51	1 Jahr / 1 Jahr	Senkung der Häufig-/ Gefährlichkeit von Suizidversuchen/Selbstverletzungen, Therapieabbrüchen stationären Kriseninterventionen	Linehan et al., 2006	keine Ergebnisse vergleichbarer standardisierter Diagnostikverfahren berichtet
9 TFP vs. DBT vs. SPT	BPS	30/ 30/ 30	1 Jahr	Schwache bis mittlere Effekte nach 2 Jahren Behandlung, keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen	Clarkin et al., 2004; Clarkin, Levy et al., 2007	keine Ergebnisse vergleichbarer standardisierter Diagnostikverfahren berichtet
10 DBT mit AD ⁵ vs. DBT ohne AD ⁵	BPS; teilstationäre Behandlung	9/ 11	12 Wochen	kein zusätzlicher Nutzen durch Antidepressiva. Deutliche signifikante Reduktion der Symptomatik	Simpson et al. (2004) ⁶	BDI: $d_{DBT+AD} = 0.63^6$ GAF: $d_{DBT+AD} = 1.40^6$ BDI: $d_{DBT+PL} = 1.60^6$ GAF: $d_{DBT+PL} = 1.70^6$

Anmerkungen: N jeweils pro Vergleichsgruppe

⁵ Behandlungsvergleich mit vs. ohne die Gabe von AD= Antidepressiva (Fluoxetin), PL= Placebo

⁶ Effektstärke auf Grundlage der veröffentlichten Daten nachberechnet anhand der gepoolten Standardabweichung (aufgrund der geringen Stichprobengrößen)

Die zweite dargestellte Studie (vgl. Tabelle 3-1, Nr. 2) fokussiert auf die Therapie von Borderline-Patienten mit einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung (Linehan et al., 1999). Hierfür wurden die Kernelemente der DBT um verschiedene Modifikationen und Zusätze erweitert, z.B. durch Strategien zur Stärkung der therapeutischen Bindung, durch ein spezifisches Medikamentenprotokoll oder auch durch spezifische Abstinenz-Fertigkeitstrainings. Auch hier zeigt die DBT überlegene Ergebnisse gegenüber der Standardbehandlung in Hinblick auf den Anteil abstinenter Tage, die Reduzierung des tatsächlichen Drogengebrauchs, sowie höhere Stufen der globalen und sozialen Funktionsfähigkeit der Patientinnen.

Die folgende Studie mit heroinabhängigen Borderline-Patientinnen (Linehan, Dimeff, Reynolds Comtois, Welch, Heagerty, et al., 2002; vgl. Tabelle 3-1, Nr. 3) vergleicht die DBT mit einem manualisierten 12-Stufen-Standardprogramm (Comprehensive Validation Therapy with 12-Step, CVT+12S) anhand von insgesamt N= 23 Patientinnen, die gleichzeitig einer Opioidantagonisttherapie mit einem dem (bekannteren) Methadon verwandten Präparat (Levo-Alpha-AcetylMethadol) behandelt wurden. Die Ergebnisse zeigen eine signifikant höhere Abbruchrate bei der DBT (DBT: N= 4, von denen drei von dem gleichen Therapeuten behandelt wurden, gegenüber CVT+12S: N= 0). Darüber hinaus verzeichnen beide Verfahren in Hinblick auf Urinanalysen einen deutlichen, anfangs vergleichbaren Rückgang des Opioidmissbrauchs, der allerdings beim CVT+12V-Verfahren vier Monate vor Therapieende wieder ansteigt, so dass am Ende ein signifikanter Vorteil der DBT besteht. In Hinblick auf Nicht-Opiat-Missbrauch gab es weder über das Jahr eine Reduktion, noch Unterschiede zwischen den Gruppen. Beide Gruppen zeigen, verglichen mit der Prä-Diagnostik, zum Therapieende, wie auch zur 4-Monatskatamnese eine Verbesserung der Psychopathologie.

Die Studie von Turner (Turner, 2000, vgl. Tabelle 3-1, Nr. 4) untersuchte insgesamt N= 19 Frauen und N= 5 Männer mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Therapie dauerte ein Jahr mit Datenerhebungen zu Beginn, nach 6 Monaten und am Ende der Therapie. Suizidalität und Selbstverletzungen wurden wöchentlich dokumentiert. Der Vergleich der randomisierten Studie erfolgte zwischen der DBT und einer klientenzentrierten supportiven Therapie nach Carkhuff (1969; zitiert nach Tuner, 2000). In der Studie wurden das Beck-Depressions-Inventar BDI (Beck et al., 1961; Beck & Steer, 1987; Beck, 1995; deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995) und die Brief Psychiatric Rating Scale BPRS (Overall & Gorham, 1962) eingesetzt, so dass Vergleiche zur Studie der Klinik Mengerschwaige möglich sind. Da die Publikation keine Effektstärken, sondern nur Mittelwerte und Standardabweichungen berichtet, wurden diese zur Vergleichbarkeit berechnet. Die Effekte der Dialektisch-Behavioralen Therapie sind beachtlich und untermauern deren Nutzen auch in Hinblick auf die Psychopathologie. Allerdings ist ein bedeutsamer Anstieg der Streuung zwischen Aufnahme- und Katamnese-messung dokumentiert, so dass von einer erheblichen Überschätzung der Effekte auszugehen ist (vgl. Kapitel 4.6, S.100). Hierfür sind mutmaßlich die sehr kleinen Substichprobengrößen verantwortlich, die auch sonst die Aussagekraft deutlich einschränken.

Eine N= 20 weibliche Veteranen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung umfassende Studie (Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse, et al., 2001; vgl. Tabelle 3-1, Nr. 5) verglich die DBT mit einer Standardbehandlung, die aus einer wöchentlichen, 60minütigen Einzeltherapie, sowie

aus dem Angebot von einer oder mehreren unterstützenden, psychoedukativen Gruppen bestand, was allerdings nur von N= 4, d.h. 40% der TAU-Gruppe-Teilnehmerinnen regelmäßig genutzt wurde. Das Assessment umfasst auch das Beck-Depressions-Inventar BDI. Für beide Verfahren können mit einem leichten Vorteil für die DBT große Effekte im Sinne Cohens (1992) durch die sechsmonatige Therapie nachgewiesen werden. Darüber hinaus konnten signifikant höhere Verbesserungen zwischen Prä und Post zugunsten der DBT in Hinblick auf selbstschädigendes Verhalten (inklusive Suizidversuchen) nachgewiesen werden (DBT: von 50% auf 10% gegenüber TAU: von 30% auf 20%). Zudem zeigten sich, wenn auch nicht signifikante, Vorteile der DBT in Hinblick auf Ärger, dissoziatives Verhalten sowie und die Anzahl stationärer Aufnahmen. Beide Verfahren zeigen signifikanten Rückgang bei depressiven Symptomen und einer Reihe von borderlinetypischen Verhaltensmustern. Gegenüber den anderen dargestellten Studien zeigt hier die TAU-Gruppe eine vergleichbare Abbrecherrate wie die DBT-Gruppe (TAU: 17% gegenüber DBT: 23%).

Van den Bosch (van den Bosch et al., 2002) und Verheul (Verheul et al., 2003; vgl. Tabelle 3-1, Nr. 6) untersuchten eine Stichprobe von N= 64 Patientinnen. Die insgesamt sechs psychometrischen Erhebungen fanden ca. sechs Wochen vor, sowie 11, 22, 33, 44 und 52 Wochen nach der Randomisierung statt. Verglichen wurde eine 12monatige DBT mit einer Standardbehandlung durch psychiatrische Dienste bzw. Zentren zur Abhängigkeitsbehandlung. Kritisch an diesem Vergleich ist die deutlich geringere Therapiedichte dieser Standardbehandlung, die in der Regel nicht mehr als zwei Sitzungen pro Monat mit einem Therapeuten, Psychiater oder Sozialarbeiter umfasste (vgl. Verheul et al., 2003), die somit an die Behandlungsintensität von einer wöchentlichen Einzeltherapiesitzung und 2,5 Stunden Gruppentherapie nicht näherungsweise heranreichen kann. Die Ergebnisse zeigen, dass die DBT die Patienten signifikant besser in der Therapie halten kann (DBT: N= 17 von 31; 63% gegenüber N= 7 von 33; 23%). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Suizidalität, allerdings unternahm weniger Patienten in der DBT einen Suizidversuch während des Therapiejahres (DBT: 2 gegenüber TAU: 8, n.s.) und auch die Anzahl derjenigen, die im letzten halben Jahr selbstverletzendes Verhalten zeigten, war deutlich geringer (DBT: N= 8, 35% gegenüber TAU: N= 13, 57%; Verheul et al., 2003). Keinen Einfluss auf die Ergebnisse hatten komorbide Abhängigkeitserkrankungen (van den Bosch et al., 2002).

Der Studie von Bohus (Bohus, Haaf et al., 2004; vgl. Tabelle 3-1, Nr. 7) zeigt auch im stationären Setting mittlere bis große Effekte der Dialektisch-Behavioralen Therapie, allerdings ist der Zeitrahmen von 3 Monaten vergleichsweise kurz. Die Studie ist als einzige der hier vorgestellten Studien eine Wartelistenkontrollgruppenstudie, die erwartungskonform auch die ausbleibende Besserung ohne Therapie veranschaulicht.

Die Studie von Linehan und Kollegen (Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, et al., 2006; vgl. Tabelle 3-1, Nr. 8) umspannt den Beobachtungszeitraum von einem Therapiejahr und einem darauffolgenden Katamnesezeitraum von ebenfalls einem Jahr. Die Studie fokussiert auf Suizidalität und Selbstverletzung und vergleicht die Dialektisch-Behaviorale Therapie mit nicht-behavioraler Therapie von kommunalen Therapeuten, die durch Direktoren der kommunalen Gesundheitsfürsorge als Experten für schwierige Patienten ausgewählt wurden. Sie konnten auf sämtlichen Kriterien eine Überlegenheit der DBT nachweisen, z.B. in Hinblick auf Suizidversuche lediglich halb so viele, bei

einer geschätzten Anzahl von $NNT= 4,3$ (Number needed to treat; $CI_{95\%}$: 2,40-18,07) von mit der DBT zu behandelnden Patienten, um einen Suizidversuch zu vermeiden.

Die Studie von Clarkin und Kollegen (Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg, 2004; Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg, 2007; vgl. auch Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Clarkin, Kernberg, 2006; Tabelle 3-1, Nr. 9) zielt auf die Darstellung des Einflusses der berücksichtigten Therapiekonzepte auf die individuelle Veränderungsentwicklung über die Dauer der anhand individueller Wachstumskurvenanalysen ab. Die Studie zeigt für alle drei Therapiegruppen, Übertragungsfokussierte Psychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie und eine unterstützende psychodynamische Psychotherapie („supportive psychodynamic psychotherapy“ SPT; Appelbaum, 2005) signifikante positive individuelle Veränderungen in Hinblick auf Depression, Angst, globales Funktionieren und soziale Anpassung. Eine signifikante Verringerung der Suizidalität konnte hingegen nicht bei der SPT, eine Ärgerreduktion nur bei der TFP dokumentiert werden. Die Therapiemethoden wurden nicht direkt statistisch miteinander verglichen. Es werden keine Aussagen über die Effektgrößen bezüglich der erhobenen Diagnostikinstrumente gemacht. Eine Metaanalyse zur Effektivität von Psychodynamischer Langzeittherapie (Leichsenring & Rabung, 2008), die diese Studie berücksichtigt, berichtet eine Overall-Effektgröße von $ES= 0.89$ (Hedges- d^3 ; Konfidenzintervall: 0.36 bis 1.42).

Neben den dargestellten RCT-Studien gibt es auch eine Reihe von Ein-Gruppen-Prä-Post-Studien, die im Folgenden dargestellt werden (Tabelle 3-2). Für die Auswahl diente die Literatursammlung einer Metaanalyse zur Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Kröger & Kosfelder, 2007) als Orientierung. Leitend waren wiederum der Einbezug der Dialektisch-Behavioralen Therapie sowie die Vergleichbarkeit der verwendeten Assessmentinstrumente. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr ist es das Ziel, einen kompakten Überblick über die aktuelle Forschungslage zu vermitteln. Es wurden das Beck-Depression-Inventar, der SCL-90-R sowie die GAF verwendet, deren Ergebnisse zum Vergleich herangezogen werden können. Eine kürzlich durchgeführte deutsche Studie mit insgesamt $N= 50$ Patienten (Kröger et al., 2006; Fassbinder, Rudolf, Bussiek, Kröger, Arnold, Greggersen et al., 2007), die die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie an einer stationären Patientengruppe untersucht, findet mittlere Effekte in Hinblick auf die allgemeine Symptombelastung (GSI des SCL-90-R) wie auch auf die Depressivität (BDI-Gesamtwert). Von der ursprünglichen Stichprobe konnten $N= 31$ Patienten (62%) für die erste Katamneseerhebung nach 15 Monaten und $N= 30$ für die zweite nach 30 (60%) Monaten gewonnen werden, die eine erfreulich gute Stabilität der Effekte aufweisen. Deutliche Steigerungen ergaben sich auch noch im Katamnesezeitraum in Hinblick auf das psychosoziale Funktionsniveau (GAF).

³ im Original eigentlich „Hedges‘ g “. Hierbei handelt es sich wie bei Cohen’s d (vgl. Kapitel 4.6, S.105) um eine durch die gepoolte Standardabweichung geteilte Mittelwertsdifferenz, lediglich die Poolung wird geringfügig anders berechnet (vgl. Hedges, 1981).

Tabelle 3-2: Prä-Post Psychotherapiestudien DBT zur Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Stichprobe/ Therapie- verfahren ¹	N _{Prä-Post}	N _{Prä-Kat}	Dauer/ Katamnese ²	Haupteffekte	Literatur	ausgewählte Effektstärken ³ Prä - Post	Prä - Kat
1 stationäre DBT	50	31/30	3 Monate/ 15 und 30 Monate	stabile Reduktion der Psychopathologie; deutliche Steigerung des psychosozialen Funktionsniveaus im Katamnesezeitraum	Kröger et al., 2006 ⁴ ; Fassbinder et al., 2007	GSI: d= 0.68 ⁴ GAF: d= 1.33 ⁴ BDI: d= 0.59 ⁴	GSI: d ₁₅ = 0.44 ⁴ d ₃₀ = 0.34 ⁵ GAF: d ₁₅ = 1.85 ⁴ d ₃₀ = 2.16 ⁵ BDI: d ₁₅ 0.60 ⁴ d ₃₀ = 0.60 ⁵
2 stationäre DBT	24	-	3 Monate	Signifikante Reduktion von Depression, Angst, Dissoziation und allgemeinem Stress	Bohus et al., 2000	BDI: d= 1.30 GSI: d= 1.01	
3 ambulante DBT	33	-	16 Monate	signifikante Senkung von Suizidraten, Selbstverletzungen und Hospitalisierung	Friedrich et al. (2003)	BDI: d= 0.31 ⁶	-

¹DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie, TFP: übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy), BPD: borderline personality disorder

²die Auswahl orientiert sich an den im Rahmen der vorliegenden Studie verwendeten Messinstrumente (vgl. Kapitel 4.4), um eine möglichst große Vergleichbarkeit herzustellen

³Behandlungsdauer / ggf. Beobachtungszeitraum (Katamnese)

⁴in Kröger et al. (2006) wurden die Effektstärken nach der Formel von Mac Gaw & Glass (1980), zitiert nach Kröger, 2006) berechnet.

⁵Fassbinder et al. (2007)

⁶Basierend auf einer Teilstichprobe von N= 11; Cohen's d nach Angaben des Autors nachträglich berechnet.

Die zugrunde gelegte metaanalytische Zusammenschau (Kröger & Kosfelder, 2007) von insgesamt zehn der dargestellten Studien erbrachte eine globale Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie von $ES = .62$, ohne Hinweise auf Wirksamkeitsunterschiede zwischen stationärer und ambulanter Behandlung.

3.5.1.2 Wirksamkeitsnachweise der übertragungsfokussierten Psychotherapie

Die Forschungslage zur Übertragungsfokussierten Psychotherapie ist deutlich geringer, insbesondere der Wirksamkeitsnachweis in randomisierten Kontrollstudien ist in Hinblick auf eine höhere Evidenzgradeinstufung (aktuell Evidenzgrad IIa) noch zu wenig erfolgt. Die Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2009) zitieren als einzige die oben dargestellte randomisierte Vergleichsstudie von Clarkin et al. (2004, 2007; Levy et al., 2006; vgl. Tabelle 3-1) der drei Therapieansätze Übertragungsfokussierte Psychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie und Supportive Therapie nach Rockland. Diese Studie stellt in einer aktuellen Übersichtsarbeit der Autorengruppe (Kernberg, Yeomans, Clarkin, Levy, 2008) zur Übertragungsfokussierten Psychotherapie den zweiten Schritt des Wirksamkeitsnachweises dar. Wie beschrieben (Kapitel 3.5.1.1) zeigten alle drei Therapieformen Verbesserungen in wesentlichen Bereichen, die Übertragungsfokussierte Psychotherapie erzielte alleinig eine Verminderung von Reizbarkeit und verbalen bzw. indirekten Angriffen sowie eine signifikant positive Veränderung des Bindungsstils, gemessen über das Berkley Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan & Main, 1998; zitiert nach Kernberg et al., 2008), von unsicherer zu sicherer Bindung (Levy et al. 2006). Die zweite von den Autoren zitierte Studie ist eine vorangehende Prä-Post-Studie mit $N = 23$ Patientinnen (Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney, Kernberg, 2001), die eine signifikante Reduktion der Suizidversuche ($d = .15$), weniger Krankenhausaufenthalte ($d = .41$) und -tage ($d = .31$) nach 12 monatiger ambulanter Therapie dokumentiert. 52.9% der Patienten erfüllten nach einem Jahr nicht mehr die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kernberg et al., 2008).

Eine weitere multizentrische, randomisierte Therapiewirksamkeitsstudie im ambulanten Setting über drei Jahre mit jeweils zwei Sitzungen pro Woche verglich die Übertragungsfokussierte Therapie mit der Schema-Fokus-Therapie SFT (Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt et al., 2006). Für beide Therapieformen fanden sich statisch wie auch klinisch signifikante Verbesserungen zur Ein-, Zwei- und Dreijahresmessung auf allen DSM-IV-Kriterien. Allerdings erwies sich die Schema-Fokus-Therapie in allen Outcomevariablen als effektiver, insbesondere in Hinblick auf die Drop-out-Rate. So konnten in der SFT $N = 33$ von $N = 45$ Patienten (73%) über drei Jahre in der Therapie, in der TFP lediglich $N = 21$ von $N = 43$ (49%) gehalten werden. Für die vorliegende Studie heranzuziehende Vergleiche sind im ebenfalls, allerdings in der Langversion, eingesetzten WHOQoL (WHOQoL Group, 1998a, 1998b) vorhanden, der nach drei Jahren für die Schema-Fokus-Therapie eine Verbesserung mit einer Effektstärke von $d = 1.46$, für die TFP von $d = 1.16$ dokumentiert.

3.5.1.3 Wirksamkeitsnachweise des dynamisch-psychiatrischen Ansatzes

Wesentlichen Beitrag zum Wirksamkeitsnachweis des dynamisch-psychiatrischen Therapieansatzes hat die Klinik Mengerschwaipe geleistet. Bereits in den 1980er Jahren hat die Klinik begonnen relevante Erkrankungs- bzw. Heilungsparameter zu quantifizieren und zu dokumentieren, um die Wirksamkeit ihrer stationären Psychotherapie bei schweren Borderline bzw. psychotischen Erkrankungen zu belegen und zu veröffentlichen. Diese Forschung war verankert in der Krankheitstheorie und der theoretischen Konzeption des dynamisch-psychiatrischen Ansatzes. Der ersten veröffentlichten Studie mit N= 49 Patienten lag demgemäß ein Effizienzverständnis zugrunde, das nicht auf beobachtbare, deskriptive Kriterien abzielte, sondern die Persönlichkeitsstruktur fokussierte (Burbiel & Wolfrum, 1984). Entsprechend intensiv ist die Ausrichtung der Forschungsdiagnostik auf den eigens theoretisch abgeleiteten und entwickelten Ich-Struktur-Test nach Ammon ISTA (Ammon, Finke & Wolfrum, 1998; vgl. Kapitel 4.4). Die Ergebnisse nach durchschnittlich elf Monaten stationärer Therapie zeigen theoriekonforme Veränderung der Persönlichkeitsstruktur durch überwiegend signifikante Veränderungen der Strukturanteile (konstruktiv, destruktiv, defizitär) auf allen ISTA-Skalen, d.h. der Aggression, Angst und Abwehr. Auch in Hinblick auf die Symptomatologie stellen sich deutliche, signifikante Heilungsprozesse dar. So zeigen sich in dem international standardmäßig eingesetzten Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI (deutschsprachige Ausgabe von Gehring & Blaser, 1982; Original: Hathaway & McKinley, 1943) auf sieben der zehn Symptomskalen signifikante ($p \leq 0.01$) Verbesserungen. Eine Wiederholungsstudie nach fünf Jahren mit N= 46 Patienten bei durchschnittlich 14 Monaten Therapie bestätigt die Ergebnisse (Burbiel, Fabian, Emmert, Wolfrum, 1989).

Im Rahmen des Münchner Katamnestikprojekts (MK) wurde die Wirksamkeit stationär-psychiatrischer Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und psychotischer Erkrankungen untersucht (Burbiel, Apfelthaler, Fabian, Schanné, Seidler, Wolfrum, 1990, 1992, 1993; Ammon, Burbiel, Apfelthaler, Sandermann, 1998). Verwirklicht wurden Ein-Gruppen-Prä-Post-Studien mit einer zeitlich variablen Katamnese von ein bis sieben Jahren nach Entlassung (im Durchschnitt nach 4,1 Jahren). Neben dem MMPI und dem ISTA kam auch der Gießentest GT (Beckmann & Richter, 1975) und der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) zum Einsatz. Insgesamt konnten für N= 254 psychotisch-strukturierte Personen durch die Psychosen-Psychotherapie sowohl kurzfristige als auch langfristig stabile, signifikante, positive Veränderungen in verschiedenen Erlebens- und Verhaltensbereichen erzielt werden. Für N= 74 dieser Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung lagen vollständige Datensätze über alle drei Messzeitpunkte vor. Die Ergebnisse des ISTA und des MMPI bestätigen sich abermals. Die GT-Skalen „Grundstimmung“ und „Soziale Resonanz“ zeigen kurz- und langfristige, die Skalen „Durchlässigkeit“ und „Soziale Potenz“ zeigen nur langfristig positive Veränderungen. Die „Kontrollskala“ verändert sich hingegen nicht. Auch der VEV zeigt zwischen allen Zeitpunkten signifikant positive Entwicklungen (Ammon, Finke et al. 1998). So können eine Zunahme von Kontakt- und Beziehungsfähigkeiten der Patienten einhergehend mit einer Abnahme verschiedener Ängste und Angstattacken sowie von Zwangsimpulsen und -gedanken nachgewiesen werden. Auch die

Zunahme flexibler Abgrenzungsfähigkeiten führte zu einer verbesserten Auseinandersetzungsfähigkeit der Patienten mit der unmittelbaren Umwelt (Burbiel et al., 1992).

Die Forschungstätigkeit zeigt das seit Jahren bestehende Bemühen der Klinik um einen empirisch basierten Nachweis der Effektivität ihres Therapieansatzes. Dies äußert sich auch in der umfangreichen, seit mehreren Jahren routinemäßig implementierten Diagnostik medizinischer, psychiatrischer, sozialer und psychologischer Kennwerte bei Aufnahme und Entlassung zur fortlaufenden Überprüfung von Verlauf und Wirksamkeit der Therapien, die Grundlage eine Reanalyse der gesammelten Daten aus den Jahren 2001 bis 2006 bildeten (Steffanowski, Kriz, Völkle, Isaak, Glahn, & Wittmann, 2007). Die Ergebnisse unterstreichen die Wirksamkeit der Behandlung in der Klinik Mengerschwaige mit mittelgroßen bis großen Effektstärken. So werden im Prä-Post-Vergleich zwischen Aufnahme und Entlassung auf dem Gesamtwert GSI des SCL-90-R (Derogatis, 1977; Derogatis & Savitz, 1999; deutsche Version von Franke, 1995, 2002) ein $d = .86$ auf, sowie eine Effektstärke von $d = .85$ im Beck-Depressions-Inventar bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 72 Tagen erzielt. Auch im ISTA können durchschnittliche Effektstärken über alle Skalen von $d = .43$ (Spannweite .20 bis .61, $SD = .10$) erzielt werden. Hinsichtlich des VEV zeigen zwei Drittel aller Patienten individuell signifikante Verbesserungen des Erlebens und Verhaltens.

3.5.2 Prognose

Die Prognose der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird seit der Veröffentlichung der Studien der Arbeitsgruppen um Zanarini (Zanarini et al. 2003; Zanarini et al., 2006) und Grilo (Grilo, Sanislow, Gunderson, Pagano, Yen, Zanarini et al., 2004) allgemein deutlich optimistischer eingeschätzt als die bis dahin gültige Annahme einer Störung von hoher Stabilität erwarten ließ (DGPN, 2009). So erfüllten bereits nach zwei Jahren nur noch 65% ($N = 180$ von $N = 275$) der Untersuchten die DSM-IV-Kriterien, nach vier Jahren nur noch jeder Zweite und nach sechs Jahren nur noch knapp ein Drittel (31%; $N = 83$ von $N = 264$). Die „Rückfallraten“ (d.h. das erneute Erfüllen der DSM-IV-Diagnosekriterien) erwiesen sich über die sechs Jahre mit 6% als gering (Zanarini et al., 2003). Nach 10 Jahren erfüllten lediglich noch 12% ($N = 33$ von $N = 275$) der Untersuchten die DSM-IV-Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Zanarini et al., 2006). Von den $N = 242$, die innerhalb dieser 10 Jahre eine Remission erreichten, erlebten dies 39% ($N = 95$), jeweils weitere 22% bis zum 4-Jahres- ($N = 54$) sowie bis zum 6-Jahres-Katamnesezeitpunkt ($N = 53$), $N = 31$ (12.8%) nach weiteren zwei und $N = 9$ (3.7%) in den letzten zwei Jahren (ebenda). Einschränkend ist allerdings, dass ein kategoriales Klassifikationssystem wie das DSM-IV einerseits kein eigentliches Diagnostikinstrument ist und als solches nur sehr eingeschränkt für Verlaufsmessungen geeignet ist, andererseits auch das Nichterfüllen von Diagnosekriterien nicht mit Symptommfreiheit oder Heilung gleichzusetzen ist (DGPN, 2009).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist wie dargestellt eine multifaktorielle Erkrankung, die Identifikation von Risikofaktoren entsprechend schwierig und oftmals abhängig von den zur Verfügung stehenden Daten. Als gesichert prognostisch ungünstig für den Krankheitsverlauf gelten insbesondere Komorbiditäten (vgl. Kapitel 3.2), allen voran Alkoholabhängigkeit und Drogenmissbrauch, aber auch die Posttraumatische Belastungsstörung (u.a. Zanarini et al., 2003).

Insbesondere dem sexuellem Missbrauch und emotionaler wie körperlicher Misshandlung in der Kindheit kommt in Hinblick Symptomschwere und Heilung negative Bedeutung zu (vgl. Kapitel 3.3.3). Andere Autoren sehen insbesondere emotionale Instabilität und Impulsivität als Risikofaktoren (Bornovalova et al., 2006), allerdings ist bei solchen persönlichkeitsbezogenen Kriterien die Trennung von Ursache und Wirkung nicht eindeutig.

Die Schätzungen zur Suizidrate der Borderline-Persönlichkeitsstörung variieren (vgl. Kapitel 3.1.3.4), in der Zusammenschau liegt sie um circa 7% (Pompili, et al. 2005; Lieb et al. 2004). Als Risikofaktoren für vollendete Suizide gelten impulsive Handlungsmuster, Selbstverletzungen, höheres Lebensalter, Depressionen, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie frühkindlicher Missbrauch benannt (Bohus, 2009).

Als positive prognostische Variablen gelten eher allgemein prognostisch günstige Variablen wie sehr hohe Intelligenz, künstlerisches Talent, hohes Maß an Selbstdisziplin, außergewöhnliche Attraktivität und im Falle einer Alkoholabhängigkeit die Einbindung in die Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker (Stone, 1993).

3.6 Versorgungssituation und Kostenaspekte

Die psychotherapeutische Versorgungsstruktur in Deutschland ist vielfältig differenziert und verfügt sowohl im stationären (Krankenhäuser, Kliniken), als auch im teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten (Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen) Bereich über eine erhebliche Versorgungskapazität, die insbesondere in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich ausgebaut wurde (Schulz, Barghaan, Harfst, Koch, 2008, vgl. auch Nübling, 2009). Den größten Anteil der stationären Versorgung, die sich in Deutschland auf Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung aufteilen, entfallen mit knapp einer dreiviertel Million Patienten auf die psychiatrische Versorgung, wobei in mindestens Zweidritteln aller Fälle keine psychotherapeutische (Mit-)Behandlung erfolgt (Schulz & Koch, 2002).

Zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland sind insgesamt wenige Studien veröffentlicht (Bohus, 2007). Es ist jedoch davon auszugehen, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen insgesamt einen großen Anteil der zur Verfügung stehenden insbesondere stationären Ressourcen binden. Bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist hingegen ein Versorgungsmangel zu verzeichnen (Schrömgens, 2007; Bohus, 2007), der wohl auch direkt auf das Krankheitsbild zurückzuführen ist. Einerseits in Hinblick auf die „Schwierigkeiten“, die mit der Erkrankung für den therapeutischen Prozess assoziiert sind (s.o.), andererseits auch ökonomisch infolge hoher Drop-out-Raten, die für einen einzelnen, selbständigen Therapeuten schlechter zu tragen sind als für eine Klinik (Barth-Stopik, 2000). Darüber hinaus ist die Vernetzung zwischen den verschiedenen Angeboten in der stationären, ambulanten und komplementären Versorgung bislang noch unzureichend (Schrömgens, 2007). Die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sollte grundsätzlich weniger vom jeweiligen Therapieangebot, als vielmehr von klinischen Kriterien abhängig sein. Bolm und Kollegen (Bolm et al., 2002) geben hierfür eine Liste verschiedener Symptome sowie Komorbiditäten. Allerdings

kennzeichnet hierbei alles in allem stärker der Schweregrad als das jeweilige einzelne Symptom die Notwendigkeit einer stationären Therapie.

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen enorme ökonomische Anforderungen an die Gesellschaft sowohl direkt an das Gesundheitssystem, als auch durch den Ausfall von Arbeitszeit. So konnten beispielsweise Bender und Kollegen (Bender, Dolan, Skodol, Sanislow, Dyck, McGlashan, et al. 2001) zeigen, dass Borderline-Patienten, verglichen mit Patienten mit einer depressiven Störung (Major Depression), mit Ausnahme von Selbsthilfegruppen für alle Arten psychosozialer Behandlung ein deutlich erhöhtes Risiko haben (bspw. bei Einzelpsychotherapien ein Odds-Ratio von $OR= 4,66$; bei stationären psychiatrischen Behandlungen ein Odds-Ratio von $OR= 4,95$). Auch bei der pharmakologischen Behandlung ist das Risiko bei der Verschreibung von Medikamenten zur Gefühlsstabilisierung ($OR= 6,22$) zur Angstlösung ($OR= 2,23$) oder zur antidepressiven ($OR= 2,10$) und antipsychotischen Behandlung ($OR= 10,47$) deutlich erhöht. Des Weiteren haben sie signifikant größere Behandlungsmengen in allen Behandlungsarten (Einzel-, Gruppentherapie, Tagesbehandlung, stationäre Aufnahme, betreute Einrichtungen), bei Effekten von $ES= 0,39$ bis $ES= 0,50$ ⁴. Nicht signifikant, aber ebenfalls höher ist die Inanspruchnahme von Familien- und Partnertherapien und Selbsthilfegruppen. Die durchschnittlichen Kosten einer Persönlichkeitsstörung sind für die Patienten im Schnitt knapp doppelt so hoch wie ohne, wobei 80% aller Belastungen nicht direkt gesundheitsbezogen sind (Rendu, Moran, Patel, Knapp, & Mann, 2002). Ein ähnliches Ergebnis liefert die Studie von Walker und Kollegen (Walker, Unutzer, Rutter, Gelfand, Saunders, Korff, et al., 1999), die zeigen konnten, dass bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit die jährlichen durchschnittlichen Kosten für Gesundheitsleistungen, knapp eineinhalb Mal so groß sind, wie bei Frauen ohne solche Erlebnisse. Aufgrund unzureichender Diagnostik bleiben viele dieser direkt mit der Borderline-Störung in Zusammenhang stehenden Kosten unentdeckt.

Eine Schätzung der tatsächlichen direkten Kosten für die Behandlung ist schwer, da sie von einer Reihe diskutabler Größen abhängt. Für Deutschland gibt es hierzu zwei Schätzungen, die im Jahr mit circa 6,2 Milliarden DM (Jerschke et al., 1998) beziehungsweise 4,5 Milliarden Euro (Bohus, 2007) allein für Behandlungskosten, d.h. ohne Kosten für betreutes Wohnen, Heimaufenthalte und ohne Berücksichtigung aller indirekten Kosten, sehr hoch ausfallen. Das Vorgehen der beiden Autoren ist vergleichbar, so dass an dieser Stelle, lediglich die Schätzung mit den aktuelleren Daten kurz dargestellt wird. Ausgehend von einer Prävalenzrate von 0,7% (nach Coid et al., 2006) für die Gruppe der über 18-jährigen und einer Rate von 3% der 15-18jährigen (nach Brunner et al., 2007; allerdings bezieht sich diese Studie nicht explizit auf Borderline-Patienten, sondern auf wiederholte Selbstverletzungen), wird eine Gesamtzahl von 485.000 Behandlungsbedürftigen Borderline-Patienten geschätzt. Diese Zahl wird halbiert, da Coid et al. (2006) in ihrer Studie, einer 15.000 Personen umfassenden Gemeindestudie in England, zeigen konnten, dass lediglich ca. 50% psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen. Diese 242.000 Patienten werden nun in Beziehung gesetzt zu der Annahme von 1,3 Hospitalisierungen pro Jahr, mit durchschnittlich 60 stationären Tagen Behandlungsdauer (nach

⁴ eigene Berechnung der Effektstärke mit gepoolter Streuung (bei insgesamt deutlich höherer Varianz der Borderline-Patienten), da bei Bender et al. (2001) hierzu keine Angaben gemacht wurden.

Bohus, Haaf et al., 2004; Kröger et al., 2006), so dass bei einem Pflegesatz von 300,-€ ein Umfang von 4,3 Milliarden Euro erreicht wird, was 20% der Gesamtkosten (bei Annahme von 22,5 Milliarden Euro für 2002, ohne Quellenangabe) für die Behandlung psychischer Behandlungskosten, bzw. 31% der stationären Kosten ausmacht. Dieser Ansatz beinhaltet vor allem zwei wesentliche Schwachstellen, die beide zu einer Überschätzung der tatsächlichen stationären Behandlungstage führen. Zum Einen werden die Ergebnisse von Coid et al. (2006), die 50% identifiziert haben, die psychische Hilfe in Anspruch nehmen, ohne Differenzierung auf stationäre Behandlung geschlossen, zum Andern wird davon ausgegangen, dass die 242.000 geschätzten Patienten, die einen Altersbereich von 15 von 65 Jahren umfassen, jedes Jahr in gleicher Weise die Ressourcen des Gesundheitswesens beanspruchen. Dies ist vor dem Hintergrund der wiederholt gezeigten hohen Anteile von jungen Frauen, sowohl in der ambulanten wie in der stationären Versorgung nicht nachvollziehbar. Coid und Kollegen können vielmehr zeigen, dass lediglich 13,4% lebenslange psychiatrische Krankenhausaufenthalte in Anspruch nehmen (Coid, Yang, Beppington, Moran, Brugha, Jenkins, et al., 2009). Zudem ist der typische Alterseffekt, das sogenannten „Aging-out“, also der deutlichen, von früheren Therapieerfahrungen unabhängigen Linderung der Symptomatik nach dem 40.-45. Lebensjahr (Dammann, Clarkin, et al., 2000), auszugehen. Darüber hinaus berücksichtigt dieses Vorgehen in keiner Weise Komorbiditäten, obwohl die funktionalen Einschränkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung durch die komorbiden Syndrome verursacht werden, nicht die Achse-II Psychopathologie (Coid et al, 2009). Es erscheint demnach zumindest fraglich, ob es sinnvoll ist, die Behandlungskosten undifferenziert der zu Grunde liegende Persönlichkeitsstörung zuzuschreiben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die wiederholten stationären Aufnahmen, die durch Behandlung der Borderline-Patienten verursacht werden, für die Gesamtkosten von entscheidender Bedeutung sind. Die Argumentation von Bohus und Schmahl (2007, 2009), dass durch die Entwicklung empirisch gesicherter ambulanter Therapieformen, wie der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT nach Linehan (vgl. 1993ab, 1996, 2008), die stationären Kosten deutlich gesenkt werden könnten, beinhaltet letztlich die seit langem bekannte Notwendigkeit nach spezifischen Therapieformen für Borderline-Patienten (bspw. Clark, 1919, nach Eckert et al.; Deutsch, 1934, nach Reimer et al., 2007), die um die Forderung nach empirischen Wirknachweisen ergänzt ist.

Für die Gesellschaft sind neben den direkten Kosten auch die indirekten Kosten durch ausgebliebene Arbeitsleistung aufgrund fehlender Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit sowie die Versorgungskosten relevant. Ihr Anteil an den Gesamtkosten wird auf 80% geschätzt (Rendu, et al., 2002, siehe oben). Die Gesamtkosten von direkten und indirekten Kosten, die auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen zurückgeführt werden können, sind derzeit nicht abschätzbar (Palmer, Davidson, Tyrer, Gumley, Tata, Norrie, Murray, & Seivewright, 2006). Ebenso gibt es bislang nur wenige explizite Kosten-Nutzen bzw. Kosten-Effektivitätsstudien in Hinblick auf verschiedene Therapieverfahren. Eine Kostenreduktion um vier Fünftel der Behandlungskosten nach einer psychoanalytischen, tagesklinischen Behandlung gegenüber verglichen mit einer allgemein psychiatrisch behandelten Kontrollgruppe konnten Bateman und Fonagy (2003) zeigen. Eine ebenfalls im ambulanten Setting durchgeführte Analyse zu psychodynamischer Therapie konnte ebenfalls eine deutliche Kostenreduktion verglichen mit den ambulanten ungleich höheren stationären Kosten aufzeigen (Stevenson &

Meares, 1999). Palmer und Kollegen verglichen ein herkömmliches Verfahren mit einer Kombination des herkömmlichen Verfahrens mit einem kognitiv-behavioralen Anteil, konnten aber keine signifikanten Unterschiede sowohl hinsichtlich der klinischen Hauptergebnisse (vgl. auch Davidson, Norrie, Tyrer, Gumley, Tata, Murray, & Palmer, 2006; Davidson, Tyrer, Gumley, Tata, Norrie, Palmer, Millar, et al., 2006), als auch der Kosten-Effektivität finden (ebenda).

Bevor in Kapitel 4 die Forschungsfrage näher ausgeführt wird, wird im Folgenden der Blick von den allgemeinen aktuellen Forschungserkenntnissen der Borderline-Persönlichkeitsstörung noch einmal anhand einer kurzen Beschreibung des aktuellen Behandlungsangebots auf den konkreten Klinikalltag der Klinik Mengerschwaige gelenkt.

3.7 Behandlungskonzept der Klinik Mengerschwaige

Das aktuelle Behandlungsangebot der Klinik ist theoriegeleitet, leitlinienorientiert gemäß den Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften, störungsspezifisch und modular aufgebaut. Es lässt in folgende vier verschiedene Oberkategorien unterscheiden (vgl. <http://www.klinik-mengerschwaige.de/konzeptu.htm>; 06.05.2009):

- (1) Basistherapien für alle Patienten:** Psychiatrische und internistische Betreuung, psychoanalytisch orientierte Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie bei halb offener heterogener Struktur, Dynamisch-Psychiatrische Milieuthérapie (vgl. Kapitel 3.4.4), Gespräche mit dem Haustherapeuten, Angehörigen- und Partnergespräche, jeweils einmal wöchentlich stattfindende Einführungs- und Entlassgruppe.
- (2) Körper- und kreativen Gestaltungstherapien indiziert nach Problemlage:** Medizinische Massagen, aktivierende Frühgymnastik, Entspannungsgruppe nach Jacobson, funktionelle Entspannung nach Feldenkrais, physiotherapeutische Einzelarbeit und Schwimmen sowie Maltherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Theatertherapie und Reittherapie.
- (3) Diagnosespezifische Therapieangebote:** Für Persönlichkeitsstörungen (Einzeltherapie mit einem borderlinespezifischen Konzept in Anlehnung an die übertragungsfokussierte Psychotherapie TFP nach Clarkin et al., 2001), Fertigkeitentraining in Anlehnung an Linehan (1993a, 1993b, 1996), Traumatherapeutische Stabilisierungsgruppe, bei Bedarf Gruppe für Essstörungen), Posttraumatische Belastungsstörungen (Arbeit an der therapeutischen Beziehung, Vermittlung von Stabilisierungstechniken, wenn möglich Traumakonfrontation) und Psychosen (vorwiegend stützende und realitätsorientierte Einzeltherapie), Kognitives Computertraining Cogpack („Cognitive Training Package“, Marker, 1986-2004; Olbrich, 2001), Psychoedukatives Training in Anlehnung an Kieserg & Hornung (1996) und Bäuml (1994).
- (4) Interessengruppen offen für Jeden:** Breites Angebot ohne thematische Einschränkung zur Auswahl je nach Begabung und Neigung (Trommel-, Wander-, Foto-, Keramik-, Näh-, Rock-, Koch-, Politik-, Fahrradgruppen, etc.).

Wesentliches, identifikatives Element des Therapiekonzepts bildet die Dynamisch-Psychiatrische Milieuthérapie als Kernelement der Basistherapien. Die Klinik bildet für die Zeit des Aufenthalts den Lebensraum (Milieu) der Patienten, quasi als Modell zur Realität außerhalb der Klinik, in dem im

geschützten Raum das Wieder-Auftreten und Erleben von Spannungen, Probleme, Konflikte, etc. der wesentlichen Symptomatik der Patienten ausgetragen, bewusst wahrgenommen, bearbeitet und verändert werden. Unterschieden werden unterschiedliche Milieugruppen, jeweils geleitet durch erfahrene/-s Psychotherapeuten/Pflegepersonal. Zentrale Bestandteile sind das gemeinsame Zusammenleben und Arbeiten der Gruppe. Dies beinhaltet neben regelmäßigen psychodynamischen Gruppensitzungen und der gemeinsamen Planung des Tagesablaufs aller Tage der Woche, inklusive persönlicher oder gesellschaftlicher Ereignisse (bspw. Geburtstage oder Projektabschlüsse), insbesondere die gemeinschaftliche Auswahl, Planung und Durchführung eines „Milieuprojekts“, d.h. eines begrenzten Arbeitsprojekts nach freier Wahl. Ziel dabei ist, dass alle Gruppenmitglieder, soweit möglich, je nach Fähigkeiten und Interessen etwa drei Stunden täglich gemeinsam arbeiten. Dabei ist die Organisation von Entwurf, über Finanzierung bis zur Fertigstellung in der Verantwortung der Gruppe. Bei der Realisierung des Milieuprojektes geht es vornehmlich um die Wahrnehmung und Bearbeitung gruppenspezifischer Abläufe im gemeinsamen Arbeiten (vgl. auch <http://www.klinik-menterschwaige.de/mprojekt.htm>; 02.06.2009). Durch die vielfältigen Auseinandersetzungen und Rückmeldungen um die Gruppengrenzen, um das gemeinsame Projekt und die Gruppenaufgaben werden die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, die soziale Wahrnehmung, das Selbstwertgefühl, der Realitätsbezug und die soziale Kompetenz gefördert.

Wesentliches Ziel der Behandlung ist eine gesunde Identitätsentwicklung, um den Patienten, langfristig ein selbst bestimmtes, gesellschaftlich integriertes und kreatives Leben zu ermöglichen. Die Dauer der Therapie in der Klinik wird für jeden Patienten je nach Indikation und Krankheitsschwere individuell festgelegt. Unterschieden werden Kriseninterventionen von bis zu 14 Tage bei akuten Belastungen und ambulant nicht zu behandelnder Dekompensation bei bekannter zugrunde liegender, psychiatrischer Erkrankung, Kurzzeittherapien bis zu sechs Wochen bei begrenzten Problem- oder Konfliktlagen („Fokaltherapie“) sowie intensivere Akutbehandlungen von bis zu vier Monaten bei schwer bzw. multimorbid erkrankten Patienten. In regelmäßigen Fallkonferenzen werden die Belange aller Patienten durch das gesamte Behandlungsteam (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Therapeuten) zusammengetragen, diskutiert und bewertet. In dieser Runde wird die weitere Behandlung entschieden und die verschiedenen Professionen aufeinander abgestimmt (Klinik Mentschwaige, 2009).

4 Präzisierung der Fragestellung, Formulierung der Hypothesen und Beschreibung der Methodik

Anliegen der Klinik Mengerschwaige und Ausgangspunkt dieser Evaluationsstudie war es, ein kontinuierliches Qualitätsmonitoring der Behandlungsqualität über einen längeren Zeitraum durchzuführen. Hierzu wurde die Arbeitsgruppe um Professor Dr. Werner W. Wittmann der Universität Mannheim beauftragt. Das Interesse der Klinik galt den Fragen, (1) wer in die Klinik zur Behandlung kommt (bezüglich Soziodemografie, Indikationsgruppen, Schweregrad bei Aufnahme, Anamnese, ICD-10-Diagnosen sowie individuelle Probleme und Therapieziele), (2) wie Struktur- und Prozessmerkmale der Klinik beurteilt werden, ggf. unter Berücksichtigung möglicher Einflussvariablen (z.B. Entlassmodus, Behandlungsdauer, etc.) und (3) welche Veränderungen bzgl. Gesundheitszustand und Verhalten durch die Behandlung erreicht werden können. Wesentliches Anliegen der Klinikleitung war die Vergleichbarkeit einerseits mit anderen veröffentlichten Ergebnissen ähnlicher Behandlungen, andererseits mit früheren Ergebnissen der Klinik (vgl. Kapitel 3.5). Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit fokussiert auf die Diagnosegruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörung, also eine Teilstichprobe der Gesamtevaluation. Hintergrund bildet die weiterhin, trotz verschiedener theoretischer, diagnostischer und klinisch-praktischer Überschneidungen, aktuelle Diskussion um das zentrale Wesen der Borderline-Persönlichkeitsstörung, mögliche Leitsymptome, Behandlungsstrategien und letztlich auch der Bewertungskriterien. Diese Unzulänglichkeit bestehender einzelner Bewertungskriterien soll im Folgenden durch die Entwicklung eines borderlinespezifischen, sowie eines teilhaberepräsentierenden multiplen Ergebniskriteriums sensu Schmidt & Wittmann (1983) verbessert werden. Auf Grundlage der dargestellten aktuellen Befund- und Theorielage der Evaluationsforschung (vgl. Kapitel 2) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Kapitel 3) wird ein spezifisches Evaluationsmodell dargestellt (Kapitel 4.1). Die im darauffolgenden Kapitel formulierten Hypothesen umfassen borderlinespezifische Fragestellungen wie auch methodische Überlegungen zur Validierung der neu gebildeten multiplen Ergebniskriterien (Kapitel 4.2). Darauffolgend werden die Datenerhebung (Kapitel 4.3) und das Assessment beschrieben (Kapitel 4.4) bevor die Operationalisierung der multiplen Ergebniskriterien erläutert wird (Kapitel 4.5). Den Abschluss dieses Kapitels bilden ein kurzer Überblick über die Auswertungsmethodik (Kapitel 4.6) sowie die Beschreibung der im Rahmen dieser Evaluationsstudie untersuchten Stichprobe (Kapitel 4.7).

4.1 Spezifisches Evaluationsmodell unter Einbezug der neu konzipierten multiplen Ergebniskriterien

Das spezifische Evaluationsmodell gründet auf der Fünf-Datenboxen-Konzeption von Wittmann (1990; 2009, vgl. Kapitel 2.3.1.1, S.15) und folgt in seiner Ausformulierung der vorangegangenen Argumentation. Als geeignetes Studiendesign wurde das klassische Prä-Post-Design gewählt (Abbildung 4-1), da es sowohl Aussagen über den Aufnahmezustand, den Entlassstatus wie auch über die Veränderung, also den Behandlungserfolg ermöglicht. Ein solcher Ansatz „indirekter Verän-

derungsmessung“ mittels der wiederholten Statusmessung und der durch Subtraktion bestimmten Messwertdifferenzen stellt den gebräuchlichsten Ansatz der Erfassung von Veränderungsinformationen dar (Stieglitz & Baumann, 1994) und dies, obwohl er mit mehreren Messzeitpunkten einen hohen organisatorischen Aufwand bei der Datenerhebung mit sich bringt. Von Vorteil ist, dass die gewonnenen Informationen dabei gleichermaßen für die Behandlungsplanung wie auch die Behandlungsbewertung genutzt werden können. Die Erhebung einer katamnestischen Befragung nach sechs Monaten ermöglicht die Darstellung der Stabilität der Effekte. Die Abschätzung individueller Wachstumskurven erscheint in Hinblick auf den langwierigen und wechselvollen Krankheitsverlauf allerdings auch mit der minimal notwendigen Anzahl von drei Erhebungszeitpunkten Rogosa (1995) im Kontext der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht möglich.

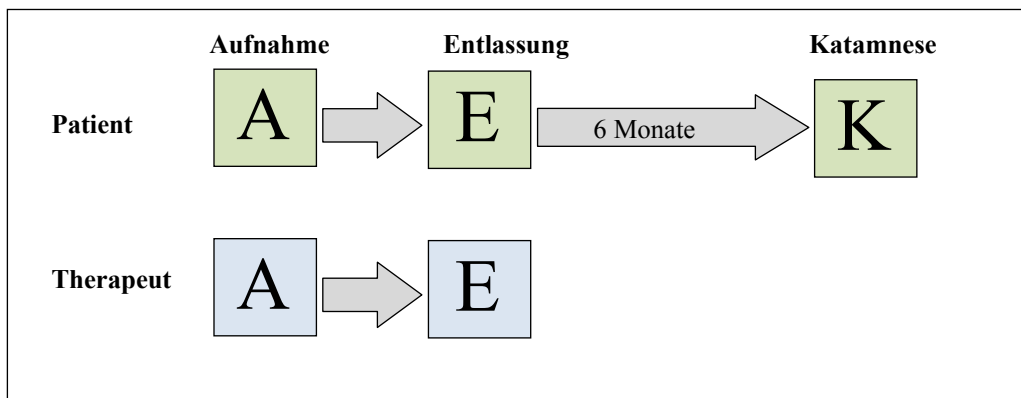
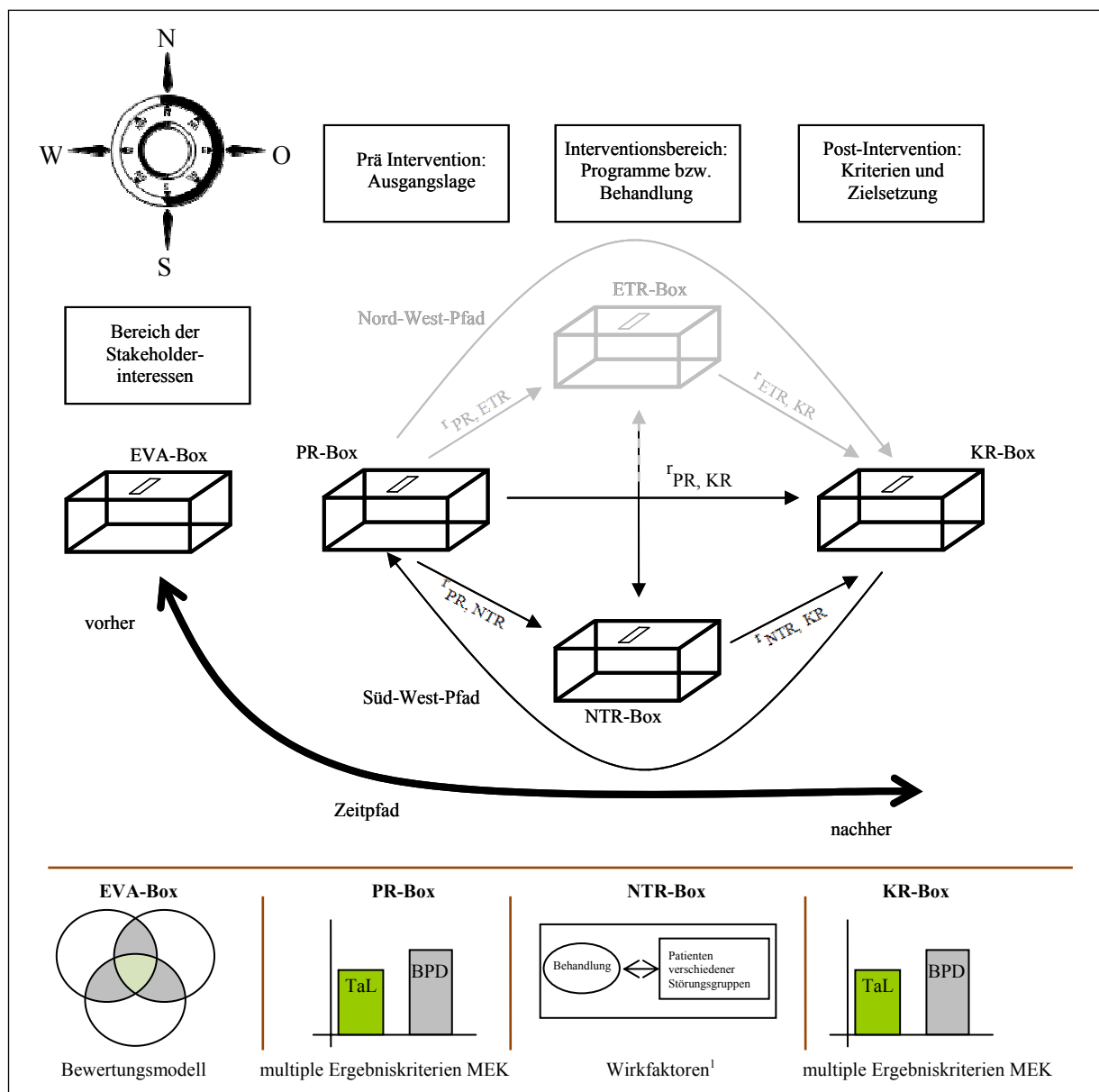


Abbildung 4-1: Studiendesign: Messzeitpunkte und Datenquellen

Aufgrund des diagnose-, berufsgruppen- sowie alltagsübergreifenden Therapiekonzepts der Klinik Mengerschwaige bestehen keine Möglichkeiten zur Etablierung einer Kontrollgruppe und zur randomisierten Zuweisung der Patienten. Den Einschränkungen in Hinblick auf eindeutige Ursache-Wirkungsbezüge steht der hohe Alltagsbezug wertvoll gegenüber (vgl. Kapitel 2). Mit der Entscheidung für ein korrelatives Ein-Gruppen-Prä-Post-Design mit drei Messzeitpunkten zur Aufnahme, bei Entlassung und zur Halbjahreskatamnese wird der Süd-West-Pfad der Fünf-Datenbox-Konzeption beschriftet. Abbildung 4-2 visualisiert das spezifizierte Evaluationsmodell. Der nicht beschriftete Nord-West-Pfad ist farblich zurückgesetzt. Am unteren Rand der Abbildung sind in Form schematisierter Symbole die theoretisch abgeleiteten Inhalte der jeweiligen Box zugeordnet.



¹ in Anlehnung an das „Allgemeine Modell der Psychotherapie“ (Orlinsky & Howard, 1988; vgl. Text, vgl. Abbildung 4-3)

Abbildung 4-2: Spezifiziertes Evaluationsmodell mit Visualisierung der theoretischen Konzeptionen der vier relevanten Datenboxen.

Die EVA-Box wird durch das auf dem Tripartite-Modell von Strupp & Hadley (1977) basierendem Bewertungsmodell mit der Teilhabe am alltäglichen Leben als zentralem Kern (vgl. Abbildung 2-3, S.13) repräsentiert. Die PR-Box wie auch die KR-Box ist gefüllt mit der Messmethodik (vgl. Kapitel 4.4, S.80), die letztlich die Prä-Post-Vergleiche zwischen PR-Box und KR-Box mittels der standardisierten Testverfahren, sowie anhand der multiplen Ergebniskriterien ermöglichen. Unterschieden werden zwei unterschiedliche, theoretisch ausgerichtete Aggregationsansätze. Den einen Ansatz bildet die Entwicklung eines perspektivenintegrativen multiplen Ergebniskriteriums der Teilhabe am alltäglichen Leben (MEK_{TaL}), das die größtmögliche Übereinstimmung der drei unterschiedlichen Perspektiven repräsentiert (vgl. Kapitel 2.2.2, S.9ff, Abbildung 2-3, S.13). Den

anderen Ansatz bildet ein separierendes Vorgehen in Form eines erkrankungsspezifischen multiplen Ergebniskriteriums (MEK_{BPD}), das explizit auf Grundlage der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung basiert. Ziel hierbei ist es einerseits, den Forderungen nach erkrankungsspezifischen Behandlungsmaßnahmen (Grawe, 2005; Lutz, 2007) im Sinne des Symmetrieprinzips auch erkrankungsspezifische Ergebniskriterien gegenüberzustellen, andererseits auch der Passung von Störung zu Therapeut und zu Behandlungsmodell entsprechend dem Allgemeinen Modells der Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1988; vgl. Abbildung 2-2, S.9) Rechnung zu tragen. Eine eindeutige Abbildung dieser vier Wirkfaktoren ist im Rahmen dieser Studie nicht vollständig umsetzbar. Wesentlicher Grund hierfür ist die Tatsache, dass im Rahmen der Studienplanung jegliche Erfassung von individualisierten Therapeutendaten, inklusive einer pseudonymisierten Zuordnung von Therapeuten und Patienten, ausgeschlossen wurde, um Ängste oder Vorbehalte gegenüber der Studie von Therapeutenseite zu vermeiden. Da hierdurch nicht dokumentiert ist, welche Patienten von welchen Bezugstherapeuten behandelt wurden, steht der Wirkfaktor „Therapeut“ des Modells letztlich nicht als Informationsquelle zur Verfügung. Gleiches gilt in hohem Maße für den Wirkfaktor „Behandlungsmodell“, da lediglich Verordnungen nicht aber individuelle konkrete Therapiemaßnahmen (bspw. welche psychotherapeutischen Techniken im Rahmen der Einzeltherapie konkret eingesetzt wurden) erfasst sind. Diese Unmöglichkeit der Differenzierung von Therapeut und Behandlungskonzept führt zur Notwendigkeit der Modellanpassung auf die höhere Generalitätsebene der „Behandlung“ in der Klinik Mengerschwaige. Ein dermaßen überarbeitetes Konzept würde weiterhin die Unterscheidung von Patient und Störung beinhalten. Im Rahmen dieser Studie erscheint diese Differenzierung trotz ihrer theoretischen Berechtigung nicht zielführend. Die Fokussierung auf die Subgruppe der Borderline-Patienten beinhaltet die Frage nach Unterschieden zu anderen Diagnosegruppen, nicht nach diagnoseunabhängigen Patientenvariablen, so dass auch diese Differenzierung keine Berücksichtigung findet. Das letztlich zur Anwendung kommende Modell ist gegenüber dem vier Wirkfaktoren unterscheidenden ursprünglichen Modell von Strupp und Hadley folglich deutlich reduziert (Abbildung 4-3).

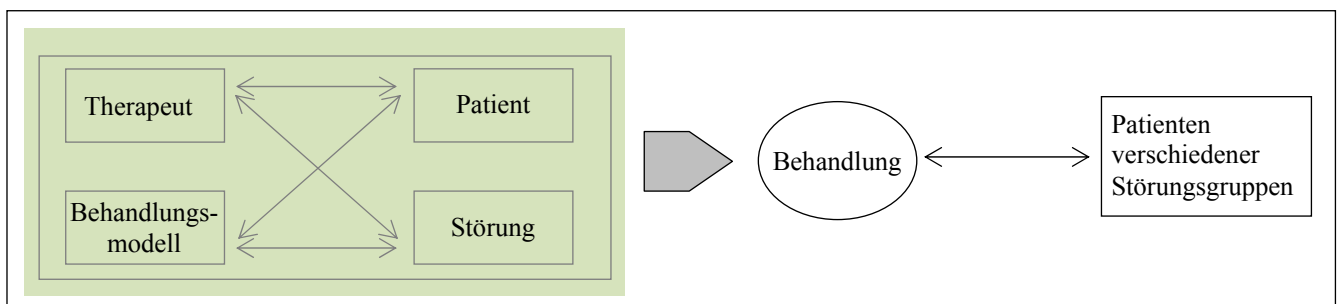


Abbildung 4-3: Studienbedingte Anpassung des Wirkfaktorenmodells von Orlinsky und Howard (1988; grün unterlegter Teil der Darstellung).

4.2 Hypothesen

Zentrales Anliegen dieser Arbeit ist die explizite, theoretisch verankerte Gestaltung von multiplen Ergebniskriterien für die Patientengruppe von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Als relevante Vergleichsgruppe im Rahmen der statistischen Auswertung wird die Patientengruppe ohne diagnostizierte Persönlichkeitsstörung herangezogen (siehe unten, Kapitel 4.7.2, S.112). Im vorangegangenen Kapitel wurde auf Grundlage der Fünf-Datenboxen-Konzeption von Wittmann (1990, 2009) das im Rahmen dieser Arbeit zugrunde gelegte Evaluationsmodell spezifiziert. Im Folgenden werden nun die Hypothesen der Arbeit ausformuliert. Dabei wird zwischen allgemeinen Ansätzen der Ergebnisbewertung und spezifizierten Fragestellungen zur Validierung der aus der Theorie abgeleiteten multiplen Ergebniskriterien sowie des ausformulierten Evaluationsmodells differenziert.

4.2.1 Allgemeine Hypothesen

Themenbereich 1: PR-Box: Diagnosespezifische Patientengruppen

Hypothese 1: Die Gruppe der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unterscheidet sich zum Zeitpunkt der Aufnahme signifikant von der Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung bei wesentlichen borderlinetypischen Symptomen und Kriterienmaßen: So weisen sie eine höhere Komorbidität, eine höhere Rate prästationärer Suizidversuche, größere Anzahlen psychiatrisch-stationärer Aufenthalte im Vorfeld, ausgeprägtere interpersonale Probleme im IIP sowie einen größeren Anteil an BPI-Werten größer 10 und entsprechend höheren, mittleren Ausprägungen auf dem BPI auf. Keine Unterschiede sind hinsichtlich prästationärer AU-Zeiten, Arbeitsfähigkeit, sowie auf der CGI-Schwereindexitem, dem GAF, dem WHOQoL, der SCL-90-R, dem BDI und dem SVF-78 zu erwarten.

Begründung:

Die Fokussierung auf die Substichproben von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beinhaltet implizit die Annahme von Unterschieden zwischen verschiedenen Diagnosegruppen. Auch wenn die Leitsymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach wie vor umstritten sind (vgl. Kapitel 3.1.3, S.29ff), sollten sich die Gruppen anhand typischer Erkrankungsmerkmale unterscheiden lassen können, anhand un- bzw. nicht borderlinespezifischer Kriterien hingegen nicht.

Themenbereich 2: NTR-Box

Das Behandlungskonzept der Klinik Mengerschwaike sieht vier unterschiedliche Klassen therapeutischer Maßnahmen vor (Kapitel 3.7, S.70). Dabei soll die Auswahl der Verordnungen auf Grundlage der Diagnostik erfolgen. Die konkrete Prüfung, inwieweit dies in der Praxis tatsächlich Umsetzung findet, ist wesentlicher Faktor der Treatmentintegrität und damit entscheidend für den Behandlungserfolg. Die empirische Prüfung dieser Passung ist allerdings auf Grundlage der erhobenen Daten nur eingeschränkt möglich.

Hypothese 2: Es bestehen keine Unterschiede der Verordnungshäufigkeit bei den sogenannten Basistherapien zwischen der Subgruppe der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und denen ohne Persönlichkeitsstörung.

Begründung:

Die sogenannten Basistherapien, zu denen z.B. die „Milieugruppe“ oder die „Großgruppe“ gerechnet werden, sind für alle Patienten verpflichtend, und dadurch nur im Umkehrschluss bei bestehenden Gruppenunterschieden zu falsifizieren.

Hypothese 3: Die Verordnung von „Körper- und kreativen Gestaltungstherapien“ ist überwiegend an der jeweiligen Problemlage des Patienten orientiert, d.h. bspw. Patienten mit körperlichen Beschwerden bekommen häufiger „Physiotherapie“ verschrieben.

Begründung:

Die Formulierung der Hypothese ist aufgrund verschiedener antizipierbarer Einflussvariablen explizit sehr offen formuliert. Zum Einen steht hier die Vielzahl an möglichen Problemen einer Auswahl von einzelnen therapeutischen Maßnahmen gegenüber, die nicht eindeutig zuordbar ist. Dies liegt im Besonderen daran, dass viele therapeutische Maßnahmen oftmals vielfältige Funktionen erfüllen. So kann bspw. Reittherapie im Hinblick auf sportliche oder selbstwertsteigernde Zielsetzung oder zum Zweck der Initiierung bzw. Übung von Kontaktfähigkeit oder ähnlichen verordnet werden. In der Regel sind die unterschiedlichen Zielsetzungen der Verordnung wie auch die im Patienten angesprochenen Entitäten kaum eindeutig voneinander zu trennen. Die statistische Prüfung dieser Forschungsfrage wird infolgedessen entsprechend explorativ erfolgen und die Bewertung der Ergebnisse gleichermaßen im Spielraum subjektiven Ermessens liegen.

Hypothese 4: Es bestehen keine Unterschiede der Verordnungshäufigkeit bei den „Diagnosespezifischen Therapieangeboten“ zwischen der Subgruppe der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und denen ohne Persönlichkeitsstörung.

Begründung:

Die „Diagnosespezifischen Therapieangebote“ sind nicht explizit prüfbar, da in den Kategorien wie bspw. „tiefenpsychologische Einzeltherapie“ die therapeutische Ausrichtung des tatsächlichen therapeutischen Geschehens nicht differenziert ist. In der Annahme einer gleichgewichtigen Versorgung aller Patientengruppen sind daher keine systematischen, diagnosegruppenspezifischen Unterschiede zu erwarten. Eine differenziertere Analyse ist aufgrund der Datenlage nicht möglich.

Themenbereich 3: PR/KR-Box Behandlungsergebnisse

Hypothese 5: Durch die stationäre Behandlung in der Klinik Mengerschwaige werden auf den zentralen standardisierten Messverfahren (SCL-90-R, BDI, SVF78, IIP, BPI, WHOQoL; vgl. Kapitel 4.4, S.80ff) mindestens mittelgroße bis große Effekte zwischen Aufnahme und Entlassung erzielt. Des Weiteren ist von einem lediglich geringen Rückgang der Effekte im Halbjahreszeitraum nach Entlassung auszugehen.

Begründung:

Die Wirksamkeit von psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist in einigen Studien mit ähnlichen Therapiekonzepten nachgewiesen worden (vgl. Kapitel 3.5, 56ff).. Eine grundsätzlich vergleichbare Effektivität ist folglich auch im Rahmen dieser Studie zu erwarten.

Hypothese 6: Mit Ausnahme des erkrankungsspezifischen „Borderline Persönlichkeitsinventar BPI“ (Leichsenring, 1999; siehe unten) sind bei Berücksichtigung der Ausgangsbelastung keine subgruppenspezifischen Unterschiede zwischen der Stichprobe der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung auf den zentralen standardisierten Messverfahren (SCL-90-R, BDI, SVF78, IIP, WHOQoL; vgl. Kapitel 4.4, S.80ff) in Hinblick auf die Effektivität gegeben.

Begründung:

Die verwendeten Verfahren wurden zur Evaluation aller in der Klinik Mengerschwaige behandelter Erkrankungen ausgewählt und sind entsprechend generisch ausgerichtet, so dass insbesondere bei Berücksichtigung hoher Komorbiditätsraten keine Stichprobenunterschiede zu erwarten sind. Eine Ausnahme bildet das Borderline-Persönlichkeits-Inventar BPI, das spezifisch zur differenziellen Persönlichkeitsdiagnostik entwickelt wurde, so dass Unterschiede im Sinne einer Validierung des Verfahrens erwartet werden müssen.

Hypothese 7: Die Effektivität der Behandlung von Borderline-Patienten lässt sich zu einem gewissen Anteil anhand theoretisch abgeleiteter, erkrankungsspezifischer Prädiktoren (zur Spezifikation der Variablen siehe Kapitel 5.4.4, S.182ff) vorhersagen. Diese Vorhersage gelingt für die Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in höherem Maße für die erkrankungsspezifischen Kriterienmaße als für generische Kriterien. Die Vorhersage gelingt weniger gut für das diagnoseübergreifende multiple Ergebniskriterium, allerdings für beide Subgruppen in vergleichbarem Ausmaß.

Begründung:

Erkrankungsspezifische Kriterien bei Aufnahme beinhalten in ihrer Kombination auch differenzielle Informationen über die Schwere der Erkrankung. Anhand dieser Variablen sollte folglich das Behandlungsergebnis zu gewissen Anteilen vorhersagbar sein. Aufgrund der Spezifität ist dies sowohl bei den spezifizierten Kriterien als auch bei der fokussierten Stichprobe der Borderline-Patienten in größerem Ausmaß gegeben.

4.2.2 Forschungsspezifische Hypothesen

Themenbereich 3: PR/KR-Box Behandlungsergebnisse

Hypothese 8: Das borderlinespezifische multiple Ergebniskriterium ist in der Lage, Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung von solchen ohne Persönlichkeitsstörung mit einer hinreichenden Güte zu diskriminieren.

Begründung:

Die Entwicklung erkrankungsspezifischer Bewertungskriterien auf Grundlage von theoretischen erkrankungsspezifischen Erkenntnissen beinhaltet implizit die Annahme einer guten Passung zum jeweiligen Erkrankungsbild und einer schlechten Passung zu anderen Erkrankungen. Dieses Muster sollte sich im Sinne von konvergenter und divergenter Validität auf die Diskriminationsfähigkeit auswirken. Sowohl bei der aktuellen Belastung, als auch im Hinblick auf die Veränderung sollten folglich die Borderline-Patienten im Durchschnitt höhere Kennwerte aufweisen.

Hypothese 9: Das neu spezifizierte, erkrankungsübergreifende multiple Ergebniskriterium zur Teilhabe am alltäglichen Leben diskriminiert nicht zwischen verschiedenen Patientensubgruppen.

Begründung:

Die Entwicklung eines erkrankungsübergreifenden Bewertungskriteriums im Sinne eines Gesundheitsindikators für die Möglichkeiten zur Teilhabe am alltäglichen Leben sollte (bei Annahme vergleichbarer, genereller Möglichkeiten zur Teilnahme am täglichen Leben der verglichenen psychiatrischen Subgruppen) keine Gruppenunterschiede in den durchschnittlichen Statusmessungen bei Aufnahme und Entlassung noch hinsichtlich der Veränderung erbringen.

Hypothese 10: Das spezifizierte Evaluationsmodell erweist sich in seinen zentralen Bestandteilen als richtig, was sich in mindestens akzeptablen Fit-Indices berechneter Pfadanalysen zeigt. Darüber hinaus zeigen Modelle die den erkrankungsspezifischen Bewertungsansatz modellieren für die Patientengruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung höhere Gütekennwerte.

Begründung:

Unabhängig von der Frage des Vergleichs der unterschiedlichen Ergebnisparameter, sollte sich das spezifizierte Modell als gültig erweisen. Die Passung von Spezifikation und Diagnose besteht gleichermaßen.

4.3 Datenerhebung

Ziel der Studie war ein Monitoring der Behandlungsergebnisse aller stationär behandelten Patienten der Klinik Mengerschwaige über einen Zeitraum von 2³/₄ Jahren. Um dieses engagiert konzipierte Projekt realisieren zu können, wurde mit Blick auf organisatorische und ökonomische Ressourcen zur Datenerhebung die Fragebogenmethode gewählt. Die Datenerhebung wurde vom Arbeitsbereich „Evaluation, Diagnostik & Methoden“ des Otto-Selz-Instituts für angewandte Psychologie - Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit organisiert (ehemals Lehrstuhl Psychologie II,

Methodenlehre, Diagnostik und Evaluation) und von der Klinik Mengerschwaige durchgeführt. Hierfür wurden die Originalfragebögen in speziellen Aufnahme-, Entlass- und Katamnese-mappen zusammengestellt, so dass die Befragung im Klinikalltag möglichst wenige Ressourcen beanspruchte. Die Erhebung für Aufnahme und Entlassung fand unter standardisierten Bedingungen in einem eigens dafür vorgesehenen Diagnostikraum statt, für die Katamneseerhebung wurden die Fragebögen von der Klinik sechs Monate nach der Entlassung an die letzte bekannte Privatadresse versandt. Die Therapeuten füllten die Fragebögen lediglich zur Aufnahme und Entlassung aus.

Für die Dateneingabe wurde ein Datenbanksystem entwickelt, das neben der Dokumentation der Daten gleichzeitig dem Therapeuten bzw. Arzt einen Überblick über die individuellen teststatistischen Kennwerte jedes Patienten zur Verfügung stellte. Durch diese Datenbank konnte zudem die Anonymität des einzelnen Patienten gegenüber den Evaluatoren gewahrt bleiben, und dennoch sichergestellt werden, dass Wiederaufnahmen innerhalb des Erhebungszeitraums erkannt und als solche dokumentiert wurden. Die Datenerhebung startete mit dem 01.01.2007 und endete mit dem 31.10.2009. Es wurden alle stationär aufgenommenen Patienten ohne Formulierung von Ausschlusskriterien in die Studie aufgenommen.

Grundlage der Planung der Stichprobengröße bildete die konservative Annahme von kleinen Effekten ($d = 0,2$) zwischen Aufnahme und Entlassung, einer mindestens zu erreichenden Power von .80 und einem zugrunde gelegten Alpha von .05 für einen Mittelwertsvergleich abhängiger Stichproben, die eine notwendige Anzahl von $N = 156$ erforderlich macht (berechnet mit G*Power 3; vgl. Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Unter Berücksichtigung gegebenenfalls unvollständiger Datensätze wurde ein $N = 200$ als Zielgröße definiert. Bei einem angenommenen Rücklauf von einem Drittel der zur Katamnese verschickten Fragebögen ergab sich eine anvisierte Gesamtstichprobe von $N = 600$.

4.4 Assessment

Das Assessment beinhaltet zwei Datenquellen: zum Einen Selbstangaben durch die Patienten, zum Andern Fremangaben durch die Therapeuten. Dabei werden insgesamt Daten von drei bzw. zwei Messzeitpunkte erfasst: zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt von den Patienten und Therapeuten, zum Katamnesezeitpunkt jedoch aufgrund organisatorisch und finanziell beschränkter Rahmenbedingungen nur von den Patienten. Bei der Zusammenstellung der Assessmentverfahren waren sowohl internationale Richtmaße zur Vergleichbarkeit, vorangegangene Forschungsarbeiten aus der Forschungsgruppe der Studienverantwortlichen (Nübling, Hafn, et al., 2004; Nübling, Steffanowski, Wittmann, & Schmidt, 2004), sowie klinikeigene Forschungstätigkeiten und Erfahrungen (u.a. Burbiel & Wolfrum, 1984; Ammon et al., 1998) entscheidunglenkend, so dass neben standardisierten psychometrischen Tests auch selbstentwickelte, spezifische Verfahren für die Befragung von Patienten und Therapeuten zum Einsatz kamen (vgl. Anhang). Tabelle 4-1 zeigt alle zu den jeweiligen Messzeitpunkten im Rahmen der Studie verwendeten, diagnostischen Verfahren im Überblick, die im Anschluss jeweils ausführlicher beschrieben werden.

Tabelle 4-1: Überblick über die eingesetzten Assessmentinstrumente, differenziert nach Datenquelle und Messzeitpunkt.

Messzeitpunkt	Patient			Therapeut	
	A	E	K	A	E
Patientenfragebogen PFA, PFE und PFK	X	X	X		
International Personality Disorder Examination IPDE (Screening)	X				
Symptomcheckliste SCL-90-R	X	X	X		
Beck-Depressions-Inventar BDI	X	X	X		
Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP	X	X	X		
Stress-Verarbeitungs-Fragebogen SVF78	X	X	X		
Borderline-Persönlichkeits-Inventar BPI	X	X	X		
Ich-Strukturtest ISTA	X	X			
Fragebogen zur Lebensqualität WHOQoL-BREF ¹	X	X	X		
Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 ¹		X	X		
Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV		X			
Therapeutenfragebogen TBA und TBE				X	X
Brief Psychiatric Rating Scale BPRS ²				X	X
Global Assessment of Functioning GAF ²				X	X
Veränderung von Problembereichen (Psy-BaDo) ^{1,2}	X	X	X	X	X
Clinical Global Impression CGI (Schwere der Erkrankung) ²				X	
Beeinträchtigungsschwerescore BSS ²				X	X

Anmerkungen: A= Aufnahmemessung, E= Entlassmessung, K= Sechsmo-nats-Katamnese. X= Fragebogen wurde erhoben.

¹ Im Patientenfragebogen (PFA, PFE bzw. PFK) enthalten. ² Im Therapeutenfragebogen (TBA bzw. TBE) integriert.

Patientenfragebogen Aufnahme (PFA), Entlassung (PFE) und Katamnese (PFK)

Die in der Studie verwendeten messzeitpunktspezifischen Patientenfragebögen zur Erfassung allgemeiner demografischer Variablen wurden explizit für die Studie zusammengestellt und adaptiert. Neben Angaben zu Geschlecht, Alter, beruflicher und privater Lebenssituation werden eine Reihe zusätzlicher, inhaltlich relevanter Daten erhoben. So werden die Patienten bezüglich 22 therapeutischer Maßnahmen danach gefragt, für wie hilfreich sie diese (für den Fall der Teilnahme) bewerten. Zur Erfassung der aktuellen gesundheitlichen Verfassung werden 18 Items mit fünfstufigen Ratingskalen (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) vorgegeben, wobei neben dem körperlichen und seelischen Befinden auch die Belastbarkeit und bewältigungsorientierte Aspekte wie Kontaktfähigkeit oder Problembewältigungsfähigkeit erhoben werden. Zur Abbildung des therapeutischen Prozesses sind darüber hinaus 23 Problembereiche und zugeordnete Ziele formuliert, so dass der Patient auf einer fünfstufigen Skala (nie, wenige Male, mehrmals pro Monat, mehrmals pro Woche, täglich) seine Problemlage definieren und seine Ziele in eine Rangreihe hinsichtlich der subjektiven Wichtigkeit bringen kann. Die Definition dieser Problem- und Zielbereiche erfolgte auf der Auswertung der freitextlichen Angaben der Routineerhebungen in den Jahren 2001 bis 2006 (Steffanowski et al., 2007). Schließlich sind zum Messzeitpunkt der Entlassung 26 fünfstufige Items (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) zur allgemeinen Bewertung verschiedener struktureller Klinikaspekte enthalten, die

die Bereiche „Unterbringung“, „therapeutische Betreuung“, „Tagesablauf“, „Verpflegung“, „Freizeitmöglichkeiten“, „Behandlungsqualität“ sowie eine „Gesamtbewertung“ enthalten.

Darüber hinaus sind jeweils der von der WHO veröffentlichte Fragebogen zur Lebensqualität WHOQoL-BREF (WHOQoL Group, 1998a,b), der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989; Schmidt & Nübling, 2002; Kriz, Nübling, Steffanowski, Wittmann, & Schmidt, 2008) sowie die Module zur Wichtigkeit (Aufnahme) bzw. Veränderung (Entlassung und Katamnese) der Basisdokumentation in Psychotherapie Psy-BaDo nach Heuft & Senf (1998ab) integriert, die jeweils separat dargestellt werden (siehe unten).

International Personality Disorder Examination IPDE (Screening)

Die International Personality Disorder Examination IPDE (Loranger, Janca, & Sartorius, 1997; deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Mombour, Zaudig, Berger, Gutierrez, Berner, Berger et al., 1996) ist ein strukturiertes Interviewverfahren, das zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Sinne der ICD-10 und des DSM-IV angewandt werden kann. Es umfasst insgesamt 63 vorgegebene Frageformulierungen und drei Verhaltensbeschreibungen. Vorangestellt werden kann ein Screeningfragebogen, der vom Patienten selbst ausgefüllt wird, der hier im Rahmen der Studie zur Unterstützung und Standardisierung der Diagnosefindung zur Anwendung kam. Insgesamt 59 binäre Items erlauben durch Aufsummieren eine Einschätzung des Ausprägungsgrads von neun Persönlichkeitsstörungen. Nach ICD-10 sind dies: F60.0 Paranoide, F60.1 Schizoid, F60.2 Dissoziale, F60.30 Impulsive, F60.31 Borderline, F60.4 Histrionische, F60.5 Anankastische, F60.6 Selbstunsichere sowie F60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung. Das Screening allein ermöglicht keine Diagnose, sondern repräsentiert bei einem Summenwert von 4 und größer pro Subskala lediglich ein erhöhtes Risiko.

Die Interrater-Reliabilitäten lagen in der WHO-Feldstudie (Loranger et al., 1997) in der Regel über $\kappa = .70$, häufig sogar über $\kappa = .80$, Retestreliabilität im Abstand von Wochen bis Monaten erreichten Werte zwischen $r_{tt} = .50$ und $r_{tt} = .60$. Bezogen auf die Globaldiagnose „Persönlichkeitsstörung“ lag die Interrater-Reliabilität bei über $\kappa = .90$ (Mombour & Hiller, 2005). Bronisch & Mombour (1998) berichten mit einer Retestreliabilität von $r_{tt} = .62$, einer Interrater-Reliabilität von $\kappa = .24$ bis $\kappa = .70$ und einem Wert von $\kappa = .80$ für die Globaldiagnose insgesamt etwas niedrigere Werte.

Symptomcheckliste (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1977; Derogatis & Savitz, 1999; Franke, 1995, 2002) gehört zu den in Klinik und Forschung international am häufigsten eingesetzten Verfahren zur Erfassung der psychischen Symptombelastung (Hessel et al., 2001). Die SCL-90-R (Franke, 1995) umfasst 90 fünfstufige Items. Es werden die neun Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken sowie Psychotizismus berechnet sowie drei Gesamtwerte für die psychische Belastung (GSI Globale Psychische Belastung, PST Anzahl der Items mit Belastung sowie PSDI Antwortintensität auf den PST-Items) gebildet.

Die SCL-90-R erweist sich sowohl auf Skalenebene als auch hinsichtlich des Gesamtscores mit Reliabilitäten (Cronbach's Alpha) von $\alpha = .75$ bis $\alpha = .87$ bzw. $\alpha = .97$ als hinreichend intern konsistent. Die Kennwerte der Stabilität variieren je nach untersuchter Stichprobe, erweisen sich aber mit wenigen Ausnahmen als gut; bzgl. des Gesamtscores sind sie mit $r_{tt} = .79$ bis $r_{tt} = .90$ ebenfalls überzeugend. Unbefriedigend ist hingegen der Nachweis der faktoriellen Validität. So konnte die von Derogatis (1977) postulierte Skalenstruktur für die deutsche Version, wie auch für eine Vielzahl internationaler Studien (u.a. Bonyng, 1993; Brophy, Norvell & Kiluk, 1988; Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998; Rauter, Leonard & Swett, 1996; Zack, Toneatto & Streiner, 1998), nicht repliziert werden (Hessel et al., 2001), sondern es fand sich wiederholt ein varianzstarker Generalfaktor der globalen Symptombelastung einer Person. Das Handbuch der überarbeiteten deutschen Version benennt für unterschiedliche Stichproben zwischen fünf bis sieben Faktoren, die sich inhaltlich unterschiedlich zusammensetzen (Franke, 2002). Aufgrund der mit $r = .48$ bis $r = .77$ ebenfalls hohen Skaleninterkorrelationen, erscheint eine valide Erfassung voneinander abgrenzbarer Subskalen somit nicht möglich (Hessel et al., 2001), d.h. die Interpretation der Subskalen nicht angemessen. Insgesamt zeigen Frauen mehr Beschwerden (ebenda).

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depression-Inventar BDI (Beck et al., 1961; Beck & Steer, 1987; Beck, 1995; deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995) ist Selbstbeurteilungsinstrument mit 21 Gruppen von jeweils vier Aussagen, die jeweils graduell zur Erfassung des Schweregrades der depressiven Symptomatik abgestuft sind. Das Beck-Depressions-Inventar ist unabhängig von einer spezifischen Depressionstheorie, sondern fußt allein auf klinischen Beobachtungen der Beschwerden und Angaben depressiver Patienten (Hautzinger et al., 1995). Dabei wird Depression als komplexe Störung begriffen, die sowohl affektive, kognitive, motivationale, somatische als auch behaviorale Komponenten umfasst. Aus den 21 Items wird eine Gesamtskala Depressivität mit einem Wertebereich von 0 bis 63 berechnet, wobei nach Angaben der Autoren null bis elf Punkte als klinisch unauffällig gelten, ein Summenwert zwischen elf und 17 Punkten eine milde Ausprägung der depressiven Symptomatik anzeigt und bei einem Summenwert von 18 oder mehr Punkten von einer klinisch relevanten Depression auszugehen ist (Hautzinger et al., 1995). Eine Differenzierung verschiedener depressiver Gruppen ist nicht möglich.

Das BDI gehört aufgrund seiner guten testtheoretischen Eigenschaften zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Depressionsmaßen, das in mehreren tausend Studien eingesetzt wurde (vgl. Hautzinger et al. 1995; Schmitt & Maes, 2000). Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) des BDI liegt für psychiatrische Patienten zwischen $\alpha = .76$ und $\alpha = .95$, für nichtpsychiatrische Patienten zwischen $\alpha = .73$ und $\alpha = .92$ (Hautzinger et al., 1995). Die Retest-Reliabilität für eine Woche liegt laut Angabe der Autoren zwischen $r_{tt} = .60$ und $r_{tt} = .86$. Alle Trennschärfen der Einzelitems liegen für depressive Patienten bei über $r_{it} = .40$, für Patienten anderer Indikationen (z.B. Schmerzpatienten) oder gesunden Kontrollgruppen bestehen große Variationen. Der BDI gilt aufgrund seiner hohen Übereinstimmung mit dem DSM als inhaltsvalide (Vredenburg, Krames, & Flett, 1985). Das BDI korreliert mit anderen depressionsspezifischen Selbstbeurteilungsinstrumenten wie der „Self-Rating Depression Scale SDS“

(Zung, 1965) zwischen $r = .71$ und $r = .89$, mit Fremdbeurteilungsverfahren wie der „Hamilton-Depressionsskala HAMD“ (Hamilton, 1960) oder dem „Inventory of Depressive Symptomatology IDS“ (Rush, Giles, Schlessler, Fulton, Weissenburger, & Burns, 1986; Rush, Gullion, Basco, Jarrett, & Trivedi, 1996) mit $r = .34$ und $r = .74$ z.T. deutlich niedriger (Hautzinger et al., 1995). Eine Faktorenanalyse ergibt drei Faktoren mit einem Eigenwert größer eins, bei einem dominierenden Hauptfaktor, der allein 31,4% der Varianz aufklärt (insgesamt 45,5% durch alle drei Faktoren), was nach Ansicht der Autoren die Interpretation eines G-Faktor nahelegt und die Berechnung eines Gesamtscores rechtfertigt.

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor, 1988; deutsche Version: Horowitz, Strauß, Kordy, 2000) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, also zu wiederkehrenden Problemen im Umgang mit anderen Menschen, der aus einem jahrelangem Forschungsinteresse hervorging (bspw. Horowitz, 1979, Horowitz, de Sales French, Gani, Lapid, 1980). Das IIP-D in deutscher Übersetzung liegt in einer Lang- und einer Kurzversion vor. Die im Rahmen dieser Studie eingesetzte Kurzversion IIP-C enthält 64 Items einer fünfstufigen Likertskala. Theoretische Grundlagen des IIP bilden das interpersonale Modell, die Theorie der reziproken Emotion von Sullivan (1953) sowie das Circumplexmodell nach Leary (1957). Kern dabei ist die der interpersonalen Theorie abgeleitete Annahme, dass Persönlichkeit zu einem großen Teil durch die Art und Weise der zwischenmenschlichen Interaktion definiert wird. Das angenommene Prinzip der Reziprozität gibt vor, dass bestimmte Aktionen bestimmte Arten von Reaktionen beim Interaktionspartner provozieren, die wiederum das Verhalten des ursprünglich Handelnden mitbestimmen. Interaktion ist hierin also als wechselseitiger Prozess zu verstehen, in dem sich Persönlichkeit konstituiert. Das Prinzip der Kontemplementarität bestimmt die Art der zu erwartenden Reaktion. Diesen beiden Prinzipien folgend, sollte beispielsweise Unterwürfigkeit eine dominante Reaktion zur Folge haben und diese dominante Reaktion aufgrund der Reziprozität wiederum das unterwürfige Verhalten verstärken.

Das Kreismodell nach Leary (1957) beschreibt dabei acht unterscheidbare Verhaltensweisen (vgl. Tabelle 4-2), die die Beschreibung und Klassifikation interpersonalen Verhaltens ermöglichen. Diese sind im Modell kreisförmig als Oktanten angeordnet, wobei unmittelbar benachbarte Skalen positiv interkorrelieren, rechtwinklig zueinander stehende nicht korrelieren und gegenüber liegende Skalen eine negativ korrelierte bipolare Dimension bilden (Becker & Mohr, 2005). Es können also zwei orthogonale Dimensionen, „Dominanz versus Submissivität“ und „Fürsorglichkeit versus Feindseligkeit“ unterschieden werden. Nach Leary (1957) ist insbesondere rigides, auf einen Oktanten beschränktes Verhalten, Basis für fehlangepasstes Verhalten.

Die Grundlagen des IIP in der beschriebenen Form wurden zwischenzeitlich aufgrund teilweise gegenteiliger Befunde (u.a. Orford, 1986; Strong, Hills, Kilmartin, DeVries, Lanier, Nelson, 1988) von Horowitz teilweise revidiert (Horowitz, Wilson, Turan, Zolotsev, Constantino & Henderson, 2006), so dass nicht mehr von einer durch die Handlung provozierten, zwangsläufigen Reaktion, sondern von einer Vorgabe zu einer vom Agierenden erwünschten Verhaltensweise ausgegangen wird. Des

Weiteren wird das Modell um die Annahme zugrunde liegender interpersonaler Motive ergänzt, so dass u.a. Kommunikationsfehler im Alltag und personenbezogene Reaktionsunterschiede besser zu erklären sind. Diese grundlegenden Änderungen der theoretischen Grundlagen sind in einer Revision des IIP erwarten. Die grundsätzliche Brauchbarkeit des Verfahrens ist allerdings durch eine Vielzahl empirischer Belege gestützt. So erweist sich der IIP als hinlänglich stabil: Für die Originalversion des IIP berichten Horowitz et al. (1988) Test-Retest Reliabilitäten (10 Wochen-Zeitraum) zwischen $r_{tt} = 0.80$ und $r_{tt} = 0.90$ auf Skalenebene, sowie 0.89 für den Gesamttest. Gleichzeitig erweist sich der IIP als zufriedenstellend änderungssensitiv (Huber, Henrich, & Klug, 2007). Hinsichtlich der Validität des Verfahrens, gibt es eine Reihe von Studien, die eindeutige theoriekonforme Zusammenhänge aufweisen: So konnten in einer Studie zum Vergleich von Ost- und Westdeutschland (Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher, Strauß, 1999) hohe Korrelationen mit parallel erhobenen Verfahren wie dem Gießtest GT (Beckmann, Brähler & Richter, 1990), dem Gießener Beschwerdebogen GBB (Brähler & Scheer, 1995), dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ (Schumacher, Laubach & Brähler, 1995), dem Angstbewältigungsinventar ABI (Krohne, Schumacher & Egloff, 1992) und dem Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (Schumacher, Eisemann & Brähler, 1999) nachgewiesen werden. Des Weiteren bestehen hohen Zusammenhänge von interpersonalen Problemen mit sozialer Unsicherheit (Dierk, Sommer, & Heinrigs, 2002), sowie angemessene Zusammenhänge mit den Skalen des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993; Kunst & Hoyer, 2003) bzw. dem Trierer Persönlichkeitsinventar TIPI (Becker, 2003; Becker & Mohr, 2005). Eine Studie zur diskriminativen Validität konnte zeigen, dass sich das IIP nur eingeschränkt zur Unterscheidung von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung eignet, dass sich aber verschiedene Persönlichkeitsstörungen mit Hilfe des IIP-D theoriekonform im Circumplexmodell anordnen lassen (Wolf, Gallas & Kordy, 2005). Zur Differenzierung von klinischen und nichtklinischen Gruppen erweist sich der IIP hingegen als durchaus geeignet (Woodward, Murrell, & Bettler, 2005).

Die 64 Items werden gemäß der Oktanten zu acht Skalen zusammengefasst, die entsprechend ihrer Iteminhalte definiert sind (vgl. Tabelle 4-2). Auf Grundlage der Interpersonalen Theorie von Sullivan (1953) unterstützt der IIP die Berechnung ipsativer Skalenwerte zur individuellen Diagnostik. Dabei wird der Item-Gesamtwert von den jeweiligen Skalenwerten subtrahiert. Dadurch werden intraindividuelle Aussagen zur Hauptproblematik einer Person möglich. Die von den Autoren empfohlene Verwendung der ipsatierten Werte ist jedoch umstritten, da dadurch ein zusätzlicher allgemeiner „Klagsamkeitsfaktor“, der bei der Verwendung untransformierter Werte deutliches Gewicht hat, verloren geht und somit die dadurch bedingte Varianz infolge der Ipsatierung auspartialisiert wird (Brähler et al., 1999). Eine Reihe entsprechender Studien unterstützt die These eines solchen zusätzlichen Faktors, der das individuelle Gesamtmaß interpersonaler Probleme widerspiegelt und aufzeigt, dass sich interpersonale Eigenschaften nicht vollständig in einem zweidimensionalen Raum abbilden lassen (Becker & Mohr, 2005; Gude, Moum, Kaldestad & Friis, 2000; Hill, Zrull & McIntire, 1998; Tracey, Rounds & Gurtman, 1996; Vittengl, Clark & Jarrett, 2003).

Für die zweite, revidierte Version des IIP-D liegen sowohl ipsatierte als auch nicht ipsatierte Referenzwerte einer repräsentativen Stichprobe von 3047 Personen im Alter von 14 - 92 Jahren vor (Horowitz et al., 2000).

Tabelle 4-2: Übersicht über die Subskalen (jeweils acht Items) des IIP (in Klammern jeweils die Abkürzung der gegenpoligen Skala)

Skalen / Inhalte	Beschreibung
1. PA zu autokratisch/dominant	Probleme, andere zu akzeptieren, sie zu sehr verändern zu wollen, sie zu sehr zu kontrollieren oder zu oft mit ihnen im Streit zu sein, etc. (HI)
2. BC zu streitsüchtig/konkurrierend	Probleme, anderen zu vertrauen, andere zu unterstützen; es fällt schwer, sich wirklich um Bedürfnisse anderer zu kümmern, etc. (JK)
3. DE zu abweisend/kalt	Probleme, Zuneigung zu zeigen, Nähe zu anderen herzustellen, Liebe zu empfinden, langfristige Verpflichtungen einzugehen, etc. (LM)
4. FG zu introvertiert/sozial vermeidend	Probleme, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen, mit anderen was zu unternehmen, Schwierigkeiten Gefühle zu zeigen, etc. (NO)
5. HI zu selbstunsicher/unterwürfig	Probleme, eigenen Willen anderen mitzuteilen, sich zu behaupten, andere mit Problemen zu konfrontieren, auch mal aggressiv zu sein, die Chef-Rolle zu übernehmen, etc. (PA)
6. JK zu ausnutzbar/nachgiebig	Probleme sich gegen andere abzugrenzen, 'Nein' zu sagen, leichtgläubig, leicht zu überreden; es fällt schwer bei Streit 'fest' zu bleiben, etc. (BC)
7. LM zu fürsorglich/freundlich	Vernachlässigung der eigenen Interessen/Wünsche gegenüber Bedürfnissen anderer; zu großzügig; es fällt schwer anderen Grenzen zu setzen, etc. (DE)
8. NO zu expressiv/aufdringlich	Schwierigkeiten, Dinge für sich zu behalten, sich aus Angelegenheiten anderer heraus zu halten; es wird großer Wert auf Beachtung durch andere gelegt; Schwierigkeiten allein zu sein, etc. (FG)

Stress-Verarbeitungs-Fragebogen (SVF78)

Der Stressverarbeitungsfragebogen SVF von Janke, Erdmann & Bocussein (1985) bzw. von Janke & Erdmann (1997, 2002) ist ein Verfahren für Erwachsene zur Erfassung von Bewältigungs- und Verarbeitungsstrategien in belastenden Situationen als situationsübergreifende, zeitlich überdauernde und mittelfristig stabile Persönlichkeitseigenschaft (Weyers, Ising, Reuter, & Janke, 2005). Es ist ein mehrdimensionales Fragebogenverfahren, das in unterschiedlich umfangreichen Versionen vorliegt: Die ursprüngliche Version SVF, eine Kurzversion SVF78 mit 78 und eine Langversion SVF120 mit 120 Items. Der Befragte muss bei jedem Item auf einer jeweils fünfstufigen Skala (von 0= gar nicht bis 4= sehr wahrscheinlich) entscheiden, mit welcher Wahrscheinlichkeit man die geschilderte Reaktion der eigenen Art zu reagieren entspricht, wenn man "durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden" ist. Die Kurzversion SVF78 erfasst 13 der 20 Subskalen der Langversion SVF120 (vgl. Tabelle 4-3). Zehn der 20 Subskalen des SVF120 werden, zu einem Gesamtwert sogenannter Positivstrategien zusammengefasst, sechs zu einem Negativstrategien-Gesamtwert bei vier unberücksichtigten Skalen. Die Positivstra-

tegien lassen sich entgegen der Negativstrategien zu drei Skalen differenzieren. Diese Klassifizierung ist auch für den SVF78 gültig, wenn auch hier nicht alle relevanten Skalen des SVF120 beinhaltet sind (Tabelle 4-3). Die internen Konsistenzen des Verfahrens sind mit Werten von $\alpha = .74$ bis Reliabilität = $.96$ (Halbierungsverfahren) für alle Subtests und für alle Bereiche des SVF78 durchweg als gut bis sehr gut zu bewerten (Ising, Weyers, Janke, & Erdmann, 2001). Die Itemtrennschärfen der Subtests liegen außer bei der Subskala „Abwehr“ durchweg bei über $r_{it} = .40$.

Tabelle 4-3: Übersicht über die Subskalen des SVF78 (Ising et al. 2001; S.280, Tabelle 1)

Subskalen	Beschreibung	Positivskalen
Positivstrategien (Gesamtwert)		
Herunterspielen	sich selbst im Vergleich zu anderen geringeren Stress zuschreiben	Stressvermindernde Um- und Abwertungsstrategien
Schuldabwehr	fehlende Eigenverantwortlichkeit betonen	
Ablenkung von Situationen	sich von stressbezogenen Aktivitäten/ Situationen ablenken, stressinkompatiblen zuwenden	Ablenkungsstrategien
Ersatzbefriedigung	sich positiven Aktivitäten/ Situationen zuwenden	
Situationskontrolle	die Situation analysieren, Handlungen zur Kontrolle/Problemlösung planen und ausführen	Kontrollstrategien
Reaktionskontrolle	eigene Reaktionen unter Kontrolle bringen oder halten	
Positive Selbstinstruktion	sich selbst Kompetenz und Kontrollvermögen zusprechen	
keine Zuordnung		
Soziales Unterstützungsbedürfnis	Aussprache, soziale Unterstützung und Hilfe suchen	-
Vermeidung	sich vornehmen, Belastungen zu verhindern oder ihnen auszuweichen	-
Negativstrategien (Gesamtwert)		
Flucht	(resignative) Tendenz einer Belastungssituation zu entkommen	-
Gedankliche Weiterbeschäftigung	sich gedanklich nicht lösen können, grübeln	-
Resignation	Aufgeben mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit	-
Selbstbeschuldigung	Belastungen eigenen Fehlhandlungen zuschreiben	-

Im Vergleich der Geschlechter finden sich signifikante Unterschiede dahin gehend, dass Männer höhere Werte bei Herunterspielen und Schuldabwehr und niedrigere Werte beim sozialen Unterstützungsbedürfnis, Flucht, der gedanklichen Weiterbeschäftigung, Resignation und Selbstbeschuldigung aufweisen. Darüber hinaus zeigen Personen der jüngsten Altersgruppe von 20-34 Jahre höhere Werte bei den Skalen Ersatzbefriedigung, Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Selbstbeschuldigung (ebenda). Explorative Faktorenanalysen zeigen wiederholt eine weitgehend stabile Fünffaktorenlösung mit ca. 70 % Varianzaufklärung (Janke et al., 1985, Janke & Erdmann, 2002; Insing et al., 2001, Weyers et al., 2005), wobei die Negativstrategien zuzüglich der Subskala Vermeidung den ersten Faktor bilden, die drei folgenden Faktoren die Positivskalen und Faktor fünf die Subskala Soziale Unterstützung. Die positiven Subskalen korrelieren untereinander mittelhoch, negativ mit den negativen Strategien. Hinsichtlich der Kriterienvalidierung wurde insbesondere der SVF untersucht. Hier zeigten sich bedeutsame Zusammenhänge der Negativstrategien zur Neurotizismusskala des FPI (Freiburger Persönlichkeits Inventar, Fahrenberg & Selg, 1970; Fahrenberg, Hampel & Selg, 2001), sowie mittelhohe Zusammenhänge zu Depressionskennwerten wie dem Beck-Depressions-Inventar BDI (Beck, 1995), keine bedeutsamen Zusammenhänge hingegen zu Extra-/Introversion (Janke et al. 1985). Hinsichtlich der prädiktiven Validität zeigt sich der SVF bzw. der SVF120 für die intraindividuelle Vorhersage aktueller Stressverarbeitung durchaus als geeignet, für die Identifikation interindividuelle Vorhersage nur eingeschränkt möglich erscheint (Janke et al. 1985; Trempa, Janke & Weyers, 2002). Bemängelt wird auch, dass Ressourcen zur Stressbewältigung sowie die Effizienz der verwendeten Strategien nicht erfasst werden (Punter & Kubinger, 2002). Es stehen altersgruppen- und geschlechtsspezifische T-Norm-Werte für den SVF und SVF120 zur Verfügung. Für den SVF78 werden alters- und geschlechtsdifferenzierende Mittelwerte und Standardabweichungen zum Vergleich geliefert.

Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)

Das Borderline-Persönlichkeits-Inventar BPI (Leichsenring, 1994, 1997, 1999) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung verschiedener Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dem BPI liegt eine Kombination aus zwei theoretischen Ansätzen zugrunde. Zum Einen das psychoanalytisch-strukturelle Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (1967, 1977, 1978, 1981, 1988, 1993), und zum Anderen der deskriptiv-phänomenologische Ansatz von Gunderson (Gunderson & Singer, 1975; Gunderson & Kolb, 1978, Gunderson, 2005).

Zentral in Kernbergs Theorie ist die Definition des Begriffs der Persönlichkeitsorganisation als dauerhaftes psychisches Funktionsniveau, wobei er wie bereits dargestellt (Kapitel 3.3.5) eine neurotische, einer Borderline- und eine psychotischen Persönlichkeitsorganisation voneinander unterscheidet. Die Grundlagen dieser Differenzierung kommen in den zentralen Merkmalen dem „Ausmaß der Identitätsintegration“, dem „Reifeniveau der überwiegend verwendeten Abwehrmechanismen“ und der „Fähigkeit zur Realitätsprüfung“ zum Ausdruck (vgl. Kapitel 3.3.1.).

Gunderson's deskriptiver Ansatz definiert eine Reihe von für die Borderline-Persönlichkeitsstörung charakteristischen Merkmalen, die Grundlage der Störungsbeschreibung im DSM bildeten (vgl. Kapitel 3.1.2). Diese theoretischen Verwandtschaften zeigen sich auch in den hohen

Übereinstimmungen in der Identifikation von Borderline-Patienten vom BPI mit dem DSM-III-R (Zanarini et al., 1989) und dem „Diagnostic Interview for Borderlines“ von Gunderson (Gunderson, Kolb, & Austin, 1981).

Das Verfahren erfasst insgesamt 53 binäre Items, die zu drei von den strukturellen Kriterien nach Kernberg abgeleiteten Subskalen „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“ (ID), „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“ (AB), und „mangelhafte Realitätsprüfung“ (R), und der zusätzlichen Skala „Angst vor Nähe“ (N) aggregiert werden. Zur übergreifenden Bewertung der Borderline-Problematik wird ein BPI-Gesamtwert (BPI-51) gebildet. Die beiden letzten Fragen zu psychotischen Erlebnissen unter Drogen und zu Psychotherapie gehen in keinen der Kennwerte ein, da sie in Abhängigkeit der anderen Fragestellungen formuliert sind. Sie können aber qualitativ ausgewertet werden, wenn es für den Untersucher von Interesse ist (Leichsenring, 1997, 1999).

Des Weiteren ein empirisch ermittelter, die 20 trennschärfsten Items umfassender Summen-Cut-off-Wert (CUT-20) zur Identifikation einer Borderline-Persönlichkeitsstörung insbesondere in Abgrenzung von Neurosen bzw. Schizophrenien gebildet werden. Der Cut-off liegt bei 10. Niedrigere Ergebnisse können als Ausschlusskriterium einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gewertet, größere Kennwerte machen das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hingegen deutlich wahrscheinlicher, als auf Grundlage der Prävalenzrate zu erwarten wäre (Leichsenring, 1999).

Die Gütekennwerte des Verfahrens sind befriedend bis gut. So liegen die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) auf Skalenebene zwischen $\alpha = .68$ („mangelhafte Realitätsprüfung“) und $\alpha = .83$ für („Identitäts-Diffusion“) auf Gesamtebene wird ein Alpha von $.91$ erzielt. Die Retest-Reliabilität der Skalen und der Gesamtform liegt zwischen $r_{tt} = .73$ und $r_{tt} = .88$. Hinsichtlich der Sensitivität werden Werte zwischen $\text{Sens} = .85$ und $\text{Sens} = .90$, hinsichtlich der Spezifität von $\text{Spez} = .78$ bis $\text{Spez} = .89$ berichtet. Faktorenanalytisch lassen sich explorativ sechs Faktoren identifizieren, von denen allerdings zwei Faktoren aufgrund zu geringer Itemanzahlen nicht als Skalen etabliert wurden (Leichsenring, 1994, 1997, 1999). Die Skalen weisen Interkorrelationen von $r = .35$ bis $r = .61$ auf. Eine Studie mit adoleszenten Borderline-Patienten erbrachte ebenfalls sechs, allerdings nicht deckungsgleichen Faktoren (Chabrol, Montovany, Ducongé, Kallmeyer, Mullet, Leichsenring, 2004). Die Autoren führen dies auf entwicklungsbedingte Aspekte der Altersgruppe zurück. Grundsätzlich ist hinsichtlich der Frage der Dimensionalität der Borderline-Symptomatik weitere Entwicklung der Forschung zu erwarten. Es bestehen eine Reihe von bedeutsamen Zusammenhängen zu verschiedenen diagnostischen Verfahren, von denen insbesondere die Korrelation von $r = 0.73$ mit dem Gesamtwert des Borderline-Syndrom-Index BSI (Conte, Plutchik, Karasu & Jerrett, 1980) ebenso wie eine Reihe theoriekonformer Zusammenhänge zum Neo-Fünf-Faktoren-Inventar Neo-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993) auf eine akzeptable Konstruktvalidität hindeuten. Der BPI ist als Diagnostikinstrument konzipiert. Änderungssensitivität ist aufgrund der unklaren, z.T. zeitlich weit gefassten, typischen Formulierungen wie „manchmal habe ich...“ bzw. „Ich habe schon einmal...“ nur in geringem Ausmaß zu erwarten. So kann bspw. die Bewertung der Aussage „Ich habe mir schon einmal selbst absichtlich körperliche Verletzungen zugefügt“ (Item 20) bei Zustimmung vor der Therapie zum Zeitpunkt nach der Therapie, unabhängig von der aktuellen Situation, nicht abweichend ausfallen.

Ich-Strukturtest (ISTA)

Der Ich-Strukturtest ISTA (Ammon, Finke et al., 1998) ist ein psychoanalytisch orientierter Persönlichkeitsfragebogen, der auf Grundlage der humanstrukturellen Theorie der Dynamischen Therapie nach Ammon entwickelt wurde (vgl. Kapitel 3.4.3). Er umfasst insgesamt 18 Skalen, die den Humanfunktionen Aggression, Angst, innere und äußere Abgrenzung, Narzissmus und Sexualität zugeordnet sind. Dabei werden drei Ausprägungen (konstruktiv, destruktiv und defizitär) unterschieden. Der ISTA beansprucht kein spezifisch klinisches Instrument zu sein, sondern versteht sich als allgemeiner Persönlichkeitstest, der bezogen auf die Humanfunktionen eine Beschreibung der Persönlichkeit wie auch eine Gesundheitsdiagnose erlaubt (Finke, 2003). Die Probanden müssen eine Vielzahl von Aussage jeweils zu- oder nicht zustimmen. Die in der Studie eingesetzte Version umfasst 176 der 213 Items der manualisierten Version (Ammon, Finke et al., 1998). Nicht erhoben wurden die Items zum Persönlichkeitsbereich „Sexualität“ in allen drei Ausprägungen, da die entsprechenden Items im klinischen Alltag wohl keine hinreichende Akzeptanz bei den Patienten finden. Die im Manual beschriebenen Reliabilitäten der Einzelnen Skalen variieren mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .58$ bis $\alpha = .81$, weisen somit in der Mehrzahl eine befriedigende interne Konsistenz auf. Die mittlere Trennschärfe der Items liegt bei $r_{it} = .25$ bis $r_{it} = .50$. Die Retest-Reliabilitäten variieren zwischen $r_{it} = .55$ bis $r_{it} = .90$ (Messintervall: zwei bis drei Monate). Eine explorative Faktorenanalyse erbrachte in der Eichstichprobe drei Faktoren (mit 41%, 25% und 6% Varianzaufklärung) und in einer klinischen Studie eine Vierfaktorenlösung (37%, 16%, 7%, 6% Varianzaufklärung). Der erste und zweite Faktor repräsentieren in beiden Stichproben einen „Pathologie-“ und einen „Gesundheitsfaktor“, die Faktoren 3 und 4 sind uneinheitlich. Insgesamt stützen die Ergebnisse die Unterscheidung positiver und negativer Anteile, die Unterscheidung von destruktiven und defizitären Anteilen jedoch nicht. Die Ergebnisse zur Sexualität erscheinen beeinflusst durch soziale Erwünschtheit (Ammon, Finke et al., 1988). Das Zusammenhangsmuster der Einzelskalen zeigt mit positiven Korrelationen der konstruktiven Skalen und negativen zu destruktiven/defizitären ein ähnliches Bild. Der ISTA wurde mit einer Reihe von anderen psychometrischen Verfahren, wie bspw. dem Gießtest GT (Beckmann & Richter, 1975) oder dem MMPI (Hathaway & McKinley, 1943; vgl. auch Gehring & Blaser, 1982) in Beziehung gesetzt. Die Korrelationsmuster sind dabei in der Regel hypothesenkonform, d.h. negative Korrelationen der konstruktiven Skalen mit typisch klinischen Skalen sowie positive Korrelationen dieser mit den destruktiven/defizitären Ausprägungen.

Fragebogen zur Lebensqualität (WHOQoL-BREF)

Die Kurzfassung der World Health Organization Quality of Life Assessment WHOQoL-BREF (WHOQoL Group 1998a, Angermeyer, Kilian, Matschinger, 2000) enthält 26 der ursprünglich 100 Items umfassenden Langversion WHOQoL-100 (WHOQoL Group 1998b). Gefragt wird mit jeweils fünfstufigen Skalen nach 24 Facetten der Lebensqualität, die sich in der Langversion zu sechs Domänen der Lebensqualität („Physisch“, „Psychisch“, „soziale Beziehungen“, „Unabhängigkeit“, „soziale Beziehungen“, „Umwelt“ und „Religion/Spiritualität“), in der Kurzversion zu lediglich vier sogenannten Domänen zusammenfassen lassen („Physisch“, „Psychisch“, „Soziale Beziehungen“ und

„Umwelt“). Darüber hinaus wird in der Kurzversion mit zwei Items („Zufriedenheit mit Gesundheit“, „Einschätzung der Lebensqualität“) eine Facette der generellen Lebensqualität gebildet.

Die vier Domänen der Kurzversion erweisen sich mit Cronbach-Alpha-Werten von $\alpha = .66$ bis $\alpha = .84$ und Retest-Reliabilitäten (Wiederholungsmessung nach zwei bis acht Wochen) von $r_{tt} = .66$ bis $r_{tt} = .72$ als gut. Die vier Faktoren, und ein übergeordneter globaler Faktor der Lebensqualität konnten in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mit akzeptablen Fit-Indices bestätigt werden. Alle vier Faktoren erwiesen sich in einer multiplen Regression als signifikant bedeutsam zur Erklärung der beobachteten Varianz globaler Lebensqualität und Gesundheit (WHOQoL Group, 1998a).

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8

Der Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit ZUF-8 (Schmidt et al. 1989; Schmidt & Nübling, 2002; Kriz, et al., 2008) ist ein im Bereich der stationären Rehabilitation entwickeltes Selbstbeurteilungsverfahren, das aufgrund seiner Kürze, der freien Verfügbarkeit und der soliden Gütekennwerte breite Verwendung findet. Es handelt sich um eine eindimensionale Skala, summativ gebildet aus acht Items, mit inhaltlich unterschiedlicher, vierfacher Abstufung. Der ZUF-8 zeigt eine deutliche Linksschiefe, d.h. die für Zufriedenheitsmessungen typischen hohen Zustimmungsraten (z.B. Jacob & Bengel, 2000; Jacob, 2002). Die interne Konsistenz ist mit einem $\alpha = .90$ gut. Es wurden inhalts- wie auch stichprobenbezogene Cut-off-Werte für mangelnde Zufriedenheitswerte ermittelt. Der ZUF-8 zeigt mit $r = .68$ bzw. $r = .70$ hohe Korrelationen mit dem Helping Alliance Questionnaire HAQ (Bassler, Potratz, Krauthauser, 1995), der mit der Beziehungs- und Erfolgsszufriedenheit zwei Prozessmerkmale des therapeutischen Settings erfasst, geringe mit der Symptombelastung (erfasst mit der SCL-90-R), mit interpersonalen Problemen (erfasst mit dem IIP, Horowitz, Strauß, Kordy, 1994) oder mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit (erfasst mit dem FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Brähler, 2000).

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) gilt als eines der Standardinstrumente sowohl für die Einzelfalldokumentation insbesondere ambulanter Psychotherapieverläufe, als auch als Evaluationsinstrument in großen, klinischen Therapieevaluationsstudien (Zielke & Kopf-Mehnert, 2001a). Mit dem VEV wird die Stärke und Richtung von Veränderungen des Erlebens und Verhaltens nach Ende der Therapie anhand einer retrospektiven Befragung abgebildet. Die Patienten geben dabei ihre Einschätzungen als direkte Veränderungs-messung in Form einer Einschätzung von „Änderung in gleicher Richtung“, „Änderung in entgegengesetzter Richtung“ mit jeweils drei Abstufungen („stark“, „mittel“ und „schwach“) ab. In einer revidierten Version des VEV, der VEV-R-2001, wird dieses Antwortschema durch Vorgabe konkreter Benennungen der jeweiligen Pole ersetzt, so dass die in der ursprünglichen Version gedanklich zu vollziehende doppelte Verneinung vermieden wird (Zielke & Kopf-Mehnert, 2001b). Insgesamt sind 42 Items zu bearbeiten, die zu einem Gesamtwert aggregiert werden, der als „Veränderung im Erleben und Verhalten“ interpretiert wird. Hohe Testwerte stehen dabei für „Entspannung, Gelassenheit und Optimismus“, niedrige für „Spannung, Unsicherheit und

Pessimismus“. Keine Veränderung ist nach den Autoren dadurch gekennzeichnet, dass „alle Veränderungsaussagen im Durchschnitt auf der mittleren Skalenstufe beantwortet werden. Dies ergibt einen Summenwert von 168 Punkten“ (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978, S.21). Die von den Autoren berichteten Konsistenzen (u.a. Cronbach's Alpha) liegen allesamt über $\alpha = .90$. Auch hinsichtlich der Stabilität konnte ein Retestreliabilität nach acht Wochen von $r_{tt} = .61$ erreicht werden (Zielke, 1978).

Das Verfahren erweist sich als konvergent valide, bspw. mit Skalen des MMPI (Hathaway & McKinley, 1943; vgl. auch Gehring & Blaser, 1982), und als divergent valide zu inhaltsfernen Konstrukten wie der Intelligenz, gemessen mit dem Leistungsprüfsystem LPS von Horn (1962) (ebenda). Eine faktorenanalytische Überprüfung erbrachte einen bipolaren Faktor, der als „therapiebedingter Veränderungsfaktor des allgemeinen klinischen Syndroms“ interpretiert wird (Zielke, 1978) mit den Polen „Entspannung, Gelassenheit, Optimismus“ und „Spannung, Unsicherheit und Pessimismus“ (Kriebel, Paar, Schmitz-Buhl, & Raatz, 2001). Aus den insgesamt 42 siebenstufigen Items wird ein Gesamtsummenwert berechnet. Den VEV gibt es auch als gekürzte Version (Kriebel et al., 2001) oder adaptiert für Kinder bzw. Jugendliche (Stapel, Zielke, & Hoff-Emden, 2005).

Therapeutenfragebogen Aufnahme TBA und Entlassung TBE

Die verantwortlichen Therapeuten der Patienten werden zum Aufnahme- und Entlassbefund sowie zur Behandlung selbst befragt. Neben Angaben zur Diagnose, Störungsbild und Behandlung werden auch Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität erhoben, die zum Teil in vergleichbarer Weise auch in den Patientenfragebögen enthalten sind, so dass Vergleiche zwischen den Selbst- und Fremdanangaben möglich sind. Inhaltlich werden das Ausmaß der Teilnahme an 22 einzeln aufgelisteten Behandlungsmaßnahmen sowie verschiedene Aspekte der Ergebnismessung erfragt.

Darüber hinaus wurden die Brief Psychiatric Rating Scale BPRS von Overall & Gorham (1962) zur Bewertung des psychopathologischen Befunds, das Global Assessment of Functioning GAF des DSM (American Psychiatric Association, 1994), die Module zur Wichtigkeit (Aufnahme) bzw. Veränderung (Entlassung) der Basisdokumentation in Psychotherapie Psy-BaDo nach Heuft & Senf (1998ab), das Schwereindex-Item des Clinical Global Impression CGI (National Institute of Mental Health, 1976) bei Aufnahme und der Beeinträchtigungsschwerescore BSS (Schepank, 1995) zur Fremdbeurteilung des gesundheitlichen Status der Patienten in die Therapeutenbögen integriert (Näheres zu diesen Verfahren siehe im Folgenden).

Brief Psychiatric Rating Scale BPRS

Die Brief Psychiatric Rating Scale BPRS ist ein von Overall & Gorham (1962) ursprünglich für hospitalisierte, schizophrene Patienten eingeführtes Fremdbeurteilungsverfahren zur Bewertung des psychopathologischen Befunds, das insbesondere aufgrund seiner Kürze große internationale und diagnoseübergreifende Verbreitung gefunden hat (Maß, Burmeister & Krausz, 1997). Es wurden eine Reihe von Versionen mit unterschiedlichen Anzahlen an psychiatrischen Symptomen entwickelt (z.B. Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986; Andersen, Larsen, Schultz, Nielsen, Kørner, Behnke, et al., 1989), von denen sich die auch im Rahmen dieser Studie eingesetzte 18-Itemversion mit siebenstufiger Antwortskala (von 0= nicht vorhanden bis 6= extrem schwer) als Standard durchgesetzt hat. Dabei

werden die psychopathologischen Symptome „Körperbezogenheit“, „Angst“, „Emotionale Zurückgezogenheit“, „Zerfall des Denkprozesses“, „Schuldgefühle“, „Gespanntheit“, „Manieriertheit und Handlungsauffälligkeiten“, „Größenerleben“, „Depression“, „Feindseligkeit“, „Misstrauen und paranoide Inhalte“, „Halluzinationen“, „Antriebsverminderung“, „Mangelnde Kooperation“, „Ungeöhnliche Denkinhalte“, „Affektive Abstumpfung und Verflachung“, „Erregung“ und „Desorientierung“ im Rahmen eines klinischen Interviews vom Therapeuten erhoben und eingeschätzt.

Die Dimensionalität des Verfahrens variiert je nach Zusammensetzung der analysierten Stichprobe zwischen einer Vier- und einer Fünffaktorenlösung (vgl. Overall, Galveston, Hollister, & Pichot, 1967; Hedlund, & Vieweg 1980; Dingemans, Frohn-de Winter, Bleeker, & Rathod, 1983; Maß et al., 1997), denen die Oberbegriffe „Denkstörung“, „Rückzug/Retardierung“, „paranoid-feindseliges Misstrauen“, „Angst/Depression“ und ggf. „Aktivierung“ zugeordnet werden können. Die Interrater-Reliabilitäten variieren zwischen $\kappa = .67$ und $\kappa = .75$ (Hafkenschied, 2000).

Global Assessment of Functioning GAF

Das Global Assessment of Functioning (American Psychiatric Association, 1987, 1994) ist eine einzelne Skala zur Bewertung des allgemeinen Funktionsniveaus einer Person. Ihre Entwicklung basiert auf der Global Assessment Scale von Endicott und Kollegen (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) und entwickelte sich mit der Aufnahme als Achse V in das DSM-III-R zu einem der international am häufigsten eingesetzten Verfahren sowohl im klinischen Alltag als auch in der Forschung. Der GAF-Score sieht eine Skalierung von 0 - 100 auf einem hypothetischen Kontinuum mentaler Gesundheit bzw. Krankheit vor. Die Skala erstreckt sich von ständiger Selbst- und Fremdgefährlichkeit (0) über ernsthafte Beeinträchtigung (50) bis hin zu einer maximalen Gesundheit (100). Sie ist unterteilt in zehn gleichgroße Abschnitte, die jeweils mit einer charakteristischen Definition beschrieben sind. Es werden psychologische, soziale und berufliche, explizit nicht körperliche Funktionsbereiche erfasst. Die GAF erweist sich mit einer Interrater-Reliabilität von $\kappa = .76$ bis $\kappa = .89$ (Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995; Söderberg, Tungerström, & Armelius, 2005; Startup, Jackson, & Bendix, 2002) als zufriedenstellend. Die Bewertungen zur Validität sind zwiespältig. Die Kritik orientiert sich vor allem daran, dass psychopathologische Symptome und das psychosoziale Funktionsniveau nicht hinreichend abgrenzt bzw. abgrenzbar sind, vielmehr die GAF in der überwiegenden Zahl an empirischen Studien enger mit der Symptomschwere als mit sozialem und beruflichem Funktionsniveau verbunden ist (u.a. Skodol, Link, Shrout, & Horwarth, 1988; Goldman, Skodol, & Lave, 1992; Phelan, Wykes, & Goldman, 1994; Bacon, Collins, & Plake, 2002; Startup et al., 2002). Studien zur Vorhersagevalidität beispielsweise mit wöchentlichen, beruflichen Parametern zeigen geringe (Mueser, Becker, Torrey, Xie, Bond, Drake, & Dain, 1997; Vetter & Koller, 1996) oder keine Zusammenhänge (Moos, McCoy, & Moos, 2000).

Basisdokumentation in der Psychotherapie Psy-BaDo

Die Psy-BaDo ist die von den Psychotherapeutischen Fachgesellschaften (Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie AÄGP; Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie DGPT; Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie

und Nervenheilkunde DGPPN; Gesellschaft für Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie GPPMP; Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin DGPM; Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Rehabilitation DGPR Deutsche Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie DÄVT; Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie DGMP, Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin DKPM) in der „Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinische Fachgesellschaften (AWMF)“ gemeinsam entwickelte Basisdokumentation in der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Fachbehandlung (vgl. Heuft & Senf, 1998ab; Heuft, Senf, Bell, Cording, Geyer, Jansen, et al., 1998).

Die Psy-BaDo ist als Kernmodul einer Basisdokumentation konzipiert, das sowohl für den ambulanten als auch stationären Bereich, therapieschulenübergreifend, (zeit-)ökonomisch und praktikabel einsetzbar ist. Die Psy-BaDo ist als Empfehlung formuliert, die in Teilen oder auch als Ganzes eingesetzt werden kann. Ihre Entwicklung stützt sich auf verschiedene zuvor publizierte Instrumente der verschiedenen beteiligten Fachgesellschaften (u.a. Broda, Dahlbender, Schmidt, von Rad, Schors, 1993ab; Cording, Gaebel, Spengler, Stieglitz, Geiselhart, John, et al. 1995; Meermann, 1993; Zielke, 1993). Die Erfassung erfolgt zu Beginn und mit Abschluss der Behandlung. Befragt werden sowohl der Patient (Selbstauskunft) als auch der behandelnde Therapeut. Dokumentiert werden neben allgemeinen soziodemografischen Angaben die Bereiche „Diagnosen“, „Beeinträchtigungsschwere“ (Beeinträchtigungsschwere-Score nach Schepank, 1995), „Problembereiche“, „individuelle Therapieziele“, „Behandlungsplanung“, „Pharmakotherapieplanung“ und „Therapiemotivation“. Die Ergebnismessung fokussiert auf eine Verlaufsdokumentation über die Klassifikation therapeutischer Leistungen KTL (aktuelle Version: Deutsche Rentenversicherung, 2007), sowie auf die Veränderung der Problembereiche, die Arbeitsfähigkeit und die Gesamtbewertung der Behandlung (Heuft & Senf, 1998ab). Veröffentlichungen zur statistischen Güte der Psy-BaDo konnten keine gefunden werden. In einer katamnestischen Studie einer Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik werden lediglich subjektive Qualitätskriterien wie die Akzeptanz durch Patienten, der organisatorischer Aufwand, die Resonanz bei den therapeutischen Mitarbeitern sowie die erzielte Ergebnisse (Prozentverteilungen) positiv berichtet (Senst, Kloß, Oberbillig, Schowalter, Kielmann, & Heuft, 2000). Kritisch diskutiert wird ihr Einsatz in der ambulanten analytischen Psychotherapie (Piechotta, 1998; Pohlen & Bautz-Holzherr, 2000). Neben der originalen Version wurde auch eine Psy-BaDO-KJ für Kinder und Jugendliche (Winter, Wiegard, Welke, & Lehmkuhl, 2005) entwickelt.

Im Rahmen dieser Studie wurden die Module zur Wichtigkeit (Aufnahme) bzw. Veränderung (Entlassung bzw. Katamnese) der neun Problembereiche „Körperliches Befinden“, „Seelisches Befinden“, „Selbstwertgefühl“, „Soziale Probleme (Arbeit, Wohnung und Finanzen)“, „Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich“, „Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich“, „Psychosoziale Fertigkeiten“, „Krankheitsverständnis“, „Zukunftsorientierung“ sowohl bei der Selbst- als auch bei der Fremdbeurteilung eingesetzt. Auf das letzte, im Original zehnte Item, zur Wichtigkeit bzw. Veränderung des psychischen Wohlbefindens wurde aufgrund inhaltlicher Redundanz verzichtet.

Clinical Global Impression CGI (Schwere der Erkrankung)

Die Clinical Global Impression CGI (National Institute of Mental Health, 1976) ist ein ökonomisches Instrument zur Erfassung der Schwere einer psychischen Störung. Erfragt werden die Schwere der Erkrankung, die Gesamtverbesserung sowie ein Effizienzindex. Die CGI erwies sich als änderungs-sensitiv, aber auch inkonsistent und unreliabel, wobei insbesondere die Asymmetrie der Skalen und begriffliche Unzulänglichkeiten kritisiert werden (u.a. Beneke, & Rasmus, 1992, Haro, Kamath, Ochoa, Novick, Rele, Fargas, Rodriguez, et al. 2003). Es wurden spezifische Versionen für depressive (Spearing, Post, Leverich, Brandt, & Nolen, 1997) und schizophrene Patienten (Haro et al. 2003) entwickelt. Im Rahmen dieser Studie wurde lediglich das siebenstufige Einzelitem (von „Patient ist nicht krank“ bis „extrem schwer krank“) zur Bewertung der Schwere der Erkrankung erhoben

Beeinträchtigungsschwerescore (BSS)

Der Beeinträchtigungsschwerescore BSS (Schepank, 1995, 1987) ist ein von der Behandlungsmethode unabhängiges Ratingverfahren, mit dem die Therapeuten die Beeinträchtigungsschwere für den körperlichen, psychischen und sozial-kommunikativen Bereich auf drei Subskalen von 0-4 einschätzen. Der Messbereich des Skalensummenwerts variiert von 0= „gar nicht beeinträchtigt“ bis 12= „extreme Beeinträchtigung“. Ein Grenzwert zur Unterscheidung von „Gesunden“ und „Beeinträchtigten“ wurde bei Cut-off= 5 definiert. Die Interrater-Reliabilitäten liegt bei hinreichendem Training für die verschiedenen Skalen zwischen $\kappa = .85$ und $\kappa = .92$, für den Gesamtwert mit $\kappa = .90$. In der Psy-BaDo (siehe oben), in die der BSS aufgenommen wurde, wird bei zu Beginn eine Einschätzung der letzten Woche, sowie der Durchschnitt des letzten Jahres und zu Behandlungsende die letzte Behandlungswoche erhoben. Der BSS ist explizit nicht zur Bewertung von endogenen Psychosen oder reinen somatogenen Körperbeschwerden wie z.B. einem Beinbruch geeignet. Anhand einer ursprünglichen Allgemeinbevölkerungsstichprobe (Schepank, 1987) konnte nach elf Jahren im Rahmen einer Studie zur Bewertung der Spontanremission psychogener Beeinträchtigungen mit durchschnittlichen Retestreliabilitäten der BSS-Werte von $r_{tt} = .55$ eine hohe Zeitstabilität nachgewiesen werden (Franz, Häfner, Lieberz, Reister, & Tress, 2000).

Nicht alle der eingesetzten und dargestellten Verfahren dieses umfangreichen Assessments werden im Rahmen dieser Arbeit bei der Ergebnisbewertung und der Beantwortung der Forschungsfragen umfänglich herangezogen und dargestellt. Die ausführliche Beschreibung aller Verfahren erfolgte mit dem Ziel, einen Überblick des Gesamtaufwands der Evaluation sowohl für die Mitarbeiter als auch die Patienten der Klinik Mengerschwaige zu geben. Die Operationalisierung der aus der Theorie abgeleiteten multiplen Ergebniskriterien gründet auf den Einzelitems der beschriebenen Verfahren und ist im folgenden Kapitel dargestellt.

4.5 Operationalisierung der formulierten multiplen Ergebniskriterien

Die Anwendung des Konzepts unterschiedlicher Ergebniskriterien nach Schmidt und Wittmann (Schmidt et al., 1987; Schmidt, 1991) erfolgte mit dem Ziel der Bildung eines Gesamtwerts, der ganz unterschiedliche Perspektiven der Ergebnisbewertung integriert. Dieses Vorgehen erweist sich als notwendig, da sich die herangezogenen Ergebniskriterien bisheriger Studien als vielfältig und oftmals therapieschulenspezifisch erweisen. Therapieziele der Dialektisch-Behavioralen Therapie, die primär auf grundlegende therapie- und gesundheitserhaltende Parameter, wie Therapieabbruchquoten, Häufigkeiten von selbstverletzendem oder gar suizidalem Verhalten fokussiert (vgl. Giesen-Bloo et al., 2006) stellen bedeutsame, notwendige und sinnvolle Kriterien dar. Fraglich erscheint allerdings ob diese auch hinreichend für die Bewertung des Heilungsprozesses sind. Die übliche Handhabung erfolgt entweder durch die Verwendung gebräuchlicher standardisierter Messverfahren oder durch die Orientierung an der Kriterienliste der Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM-IV. Auch wenn bei der ersten Variante im besten Fall störungsspezifische und generische Messverfahren kombiniert werden, um sowohl der Relevanzproblematik zu genügen, als auch eine allgemeine Vergleichbarkeit zu gewährleisten (Gerdes, Jäckel, & Bengel, 2000), erweist sich dieser Ansatz nur als suboptimal. So sind erstens bislang nicht für alle Erkrankungen spezifische, hinreichend empirisch bewährte Verfahren vorhanden und zweitens ist die Verbreitung eines Verfahrens nicht unbedingt ein Garant für die testmethodische Güte. Der im Rahmen dieser Studie eingesetzte borderlinespezifische BPI ist aufgrund seiner zeitlich breiten, unklaren Formulierungen zur Ergebnisbewertung einer stationären Behandlung nur bedingt einsetzbar (vgl. Verfahrensbeschreibung in Kapitel 4.4, S.80ff). Die zweite Variante, also die Orientierung an der ICD-10 ist insofern kritisch zu bewerten, da es sich hierbei nicht um ein änderungssensitives Messverfahren, sondern um ein kategoriales Klassifikationssystem handelt. Insbesondere anhand der Kriterienlisten der Persönlichkeitsstörungen, die teilweise Persönlichkeitseigenschaften und einzelne Verhaltensweisen auflisten, wird dies deutlich. Auch kann das Nichterfüllen von Diagnosekriterien nicht mit Symptomfreiheit oder Heilung gleichgesetzt werden (DGPPN, 2009).

Die Anwendung dieses Vorgehens zur Bildung eines borderlinespezifischen Bewertungskriteriums beinhaltet in gewisser Weise einen Methodentransfer: Nicht die Anliegen der Vertreter unterschiedlicher Perspektiven, wie diese bspw. im „Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes“ von Strupp und Hadley (Strupp & Hadley 1977; Strupp 1996) beschrieben werden, sind maßgeblich entwicklungsbestimmend, sondern relevante Krankheitsaspekte. Die Bildung des erkrankungsspezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD} orientiert sich an den in Kapitel 3 (S.25ff) dargestellten Forschungserkenntnissen. Nicht alle dort dargestellten, relevanten Parameter stehen für die Auswertung zur Verfügung. Das breite Forschungsinteresse an der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat zahlreiche Ergebnisse gebracht, die natürlich in dieser, die Gesamtheit aller Patienten umfassenden, Programmevaluationsstudie nicht vollständig berücksichtigt werden konnten. Einerseits allein der Menge wegen, aber auch aus organisatorischen und ethischen Überlegungen, die gerade für die Katamnesebefragung, bei der die Patienten nicht mehr unter der ärztlich-therapeutischen Obhut der Klinik stehen, bedeutsam werden. Die Auswahl der als relevant erachteten Einzelkriterien orientiert sich folglich auch an den zur Verfügung stehenden Informationen. Grundlage bilden die in

der Studie eingesetzten standardisierten und unstandardisierten Diagnostikverfahren, deren Auswahl im Hinblick auf die gesamte Patienten Klientel der Klinik Mengerschwaige erfolgte, d.h. die Verfahren sind überwiegend erkrankungsübergreifend gültig (zum BPI siehe oben). Grundlage der neu zu bildenden multiplen Ergebniskriterien bildet resultierend eine theoriegeleitete, spezifische Auswahl von Einzelaspekten aus den zur Verfügung stehenden Daten. Die Konzeption des borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriteriums fußt auf Grundlage der Symptomatologie (vgl. Kapitel 3.1.3, S.29ff), wobei auch relevante Symptome typischer komorbider Diagnosen (vgl. Kapitel 3.2, S.37) integriert werden. Die für dieses Vorhaben zur Verfügung stehende Datenlage erweist sich in der praktischen Umsetzung als vergleichsweise gering, und zwingt zu einer weiteren Unterscheidung. Grund für den Mangel an geeigneten Daten ist einerseits die theoretisch-konzeptionelle Ferne beispielsweise des IIP oder auch des SVF, andererseits die Fokussierung auf die Ebene der Persönlichkeit, wie bspw. beim BPI und beim ISTA, die für die Mehrzahl der Items streng genommen keine Veränderungsmessung erlauben. Abweichungen von Prä-Post-Messungen müssen bei positiven Prä-Angaben ohne Wissen über situative Einflüsse bei der aktuellen, individuellen Bewertung als mangelnde Retestreliabilität, also als Messfehler gewertet werden. Lediglich in den Fällen, in denen, meist mittels „manchmal“, keine grundsätzliche Formulierung gewählt wurde, können entsprechende Items der Verfahren integriert werden. Letztlich stehen im Wesentlichen das generische Instrument SCL-90-R, sowie die Patientenfragebögen bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese hierfür zur Verfügung. Beide Ansätze haben gewisse Schwächen: Der SCL-90-R beinhaltet wesentliche Aspekte wie bspw. „selbstverletzendes Verhalten“ nicht. Die auf Grundlage der Vorstudie entwickelten und in den Patientenfragebögen formulierten 23 Problembereiche erfassen diese zwar, liegen aber für den Zeitpunkt der Entlassung nicht vor. Grund hierfür ist die Skalierung dieser Fragen, die die Häufigkeit des Auftretens der formulierten Probleme von „1= nie“, „2= wenige Male“, „3= mehrmals pro Monat“, „4= mehrmals pro Woche“ bis „5= täglich“ umfasst. Es ist ersichtlich, dass dieser Maßstab zum Zeitpunkt sowohl aufgrund des Zeitraums als auch inhaltlich nicht sinnvoll ist, da beispielsweise ein Patient der täglich „Suizidalität, Gedanken, sich etwas anzutun“ angeben würde, aus Sicht der Klinik nicht entlassen werden kann. Der Umstand einer regulären Entlassung beinhaltet in der Regel bereits eine gewisse Besserung. Resultierend ergeben sich folglich die Möglichkeiten zur Bildung eines inhaltlich unvollständigen multiplen Ergebniskriteriums zum Zeitpunkt der Entlassung und der Katamnese (MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_1K}), sowie ein inhaltlich reichhaltigeres, borderlinespezifisches, multiples Ergebniskriterium, das nur für die eingeschränkte Stichprobe für den Zeitpunkt der Katamnese gebildet werden kann (MEK_{BPD_2}). Zur Erhöhung der inhaltlichen Passgenauigkeit der Zuordnung von den theoretisch notwendigen Erfordernissen und den Inhalten der ausgewählten Items, werden teilweise mehrere Items für einen Inhalt ausgewählt. Die Bildung des multiplen Ergebniskriteriums erfolgt nicht wie bei Schmidt (Schmidt et al., 1987) aufgrund binärer Codierungen, sondern mittels der durchschnittlichen Effektstärke der Einzelitems (vgl. Kapitel 2.3.2.3, S. 21ff). Bei der Verwendung von mehr als einem Item für die Repräsentation eines Kriteriums, wird die gemittelte Effektstärke verwendet, um eine Gleichgewichtung der als relevant erachteten Einzelaspekte zu gewährleisten. Mit dem Ziel der Reliabilitätssteigerung werden jeweils alle geeigneten Items integriert. Ein Überblick über diese relevanten Einzelaspekte, wie auch die zugeordneten Items und deren jeweilige Herkunft ist in Tabelle 4-4 enthalten.

Tabelle 4-4: Einzelitems des erkrankungsspezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD} auf Grundlage der Zuordnung von typischer Symptomatologie und vorhandener Einzelitems (die Auflistung der relevanten Symptome entspricht der Beschreibungsreihenfolge in Kapitel 3.1.3, S.29ff und Kapitel 3.2, S.37; nähere Erläuterungen siehe Text).

	fokussierter Parameter	Verfahren / Itemnummer und -inhalt ¹	MEK _{BPD_1}	MEK _{BPD_2}
1	Dissoziative Phänomene / Spaltung	SCL-90-R / 74. Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	X	X
		BPI / 9. Meine Gefühle gegenüber Menschen schlagen häufig ins Gegenteil um	X	X
2	Impulsivität	SCL-90-R / 63. Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	X	X
		PL / 10. Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle		X
3	Angst	SCL-90-R / 75. Nervosität, wenn alleine gelassen	X	X
		SCL-90-R / 33. Furchtsamkeit	X	X
		PL / 4. Ängste, Phobien oder Panikanfälle		X
4	Suizidalität	SCL-90-R / 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	X	X
		BDI / I. Selbstmordabsicht		
		PL / 21. Suizidalität, Gedanken sich etwas anzutun		X
5	Selbstverletzung	PL / 20. Autoaggression, Selbstverletzungen		X
6	Alkohol-/Drogenmissbrauch	PL / 3. Alkohol- Drogen- oder Medikamentenmissbrauch		X
7	Essstörungen	SCL-90-R / 60. Drang, sich zu überessen	X	X
		PL / 2. Essstörungen (Magersucht oder Bulimie)		X
8	Affektive Instabilität	SCL-90-R / 24. Gefühlsausbrüche, denen gegenüber machtlos	X	X
		PL / 11. Beziehungsprobleme		X
		PL / 16. starke Gefühlsschwankungen, emotionale Labilität		X
9	Leeregefühl	SCL-90-R / 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	X	X
		SCL-90-R / 51. Leere im Kopf	X	X
10	Traumaassoziierte Symptome	PL / 7. Schlafstörungen oder Alpträume		X
		PL / 8. innere Unruhe, innere Anspannung		X
		PL / 19. Erinnerung an schmerzhafte Erfahrungen		X

¹ Benannt sind die Abkürzungsbezeichnungen der Verfahren gemäß der Übersicht aus Tabelle 4-1; PL= Problemliste des PFA und PFK, nähere Informationen zu den Verfahren sind in Kapitel 4.4 dargestellt; wörtliche Iteminhalte sind den Verfahren zu entnehmen.

Die Operationalisierung des erkrankungsübergreifenden multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} basiert auf der Konstruktion einer hinreichenden gesundheitlichen Voraussetzung zur Teilhabe am alltäglichen Leben (vgl. Kapitel 2.2.2, S.9ff, Abbildung 2-3, S.13) als Perspektiven übergreifendem Repräsentanten der Eva-Box (vgl. Kapitel 4.1, Abbildung 4-2, S.74). Als geeignete Variablen werden 17 der in den Patientenfragebögen zu allen drei Zeitpunkten erhobenen 18 Items zum Gesundheitszustand herangezogen (vgl. Verfahrensbeschreibung in Kapitel 4.4, S.80ff; siehe auch Anhang: PFA: Fragenblock 23; PFE: Fragenblock 29; PFK: Fragenblock 7), die die Inhalte „Gesundheitszustand“, „körperliches Befinden“, „seelisches Befinden“, „Allgemeinbefinden“, „körperliche Leistungsfähigkeit“, „emotionale Belastbarkeit“, „geistige Leistungsfähigkeit“, „berufliche Leistungsfähigkeit“,

„Entspannungsfähigkeit“, „Kontaktfähigkeit“, „Selbstvertrauen“, „Ausgeglichenheit“, „Energie und Lebensfreude“, „Fähigkeit, mit Menschen auszukommen“, „Fähigkeit zur Alltagsbewältigung“, „Fähigkeit, mit Problemen umzugehen“ und „Fortbewegung“ umfassen. Lediglich das Item zur Einschätzung der Lebensqualität erscheint nicht geeignet. Die Items sind fünfstufig wie folgt skaliert: 1= sehr gut, 2= gut, 3= mittelmäßig, 4= schlecht, 5= sehr schlecht. Ausgehend von dieser Skalierung erscheint die definitorische Festlegung, dass bei mittelmäßiger oder besserer Ausprägung (Ausprägungen 1 bis 3), bspw. der körperlichen Leistungsfähigkeit, die Teilhabe am alltäglichen Leben möglich ist, bei den negativen Einschätzungen (Ausprägungen 4 und 5) hingegen nicht. Dieser Cut-off-Wert kann natürlich für alle 18 bewerteten Gesundheitsparameter unterschiedlich ausfallen, wie auch die Bewertung der Möglichkeiten zur Teilhabe am alltäglichen Leben nicht allein an einem Parameter wie der körperlichen Leistungsfähigkeit festgelegt werden kann. Auch die Berechnung eines durchschnittlichen Cut-off-Werts erweist sich bei der Prä-Post-Bewertung als zu strenges Kriterium. So können die Möglichkeiten zur Teilhabe nach einer Intervention insgesamt immer noch deutlich eingeschränkt sein, verglichen mit den Gegebenheiten vor der Intervention aber deutlich besser. Ein methodischer Ansatz, der die Berücksichtigung von Cut-off-Werten, Statusveränderungen sowie dem Status nach Intervention ermöglicht, ist das sogenannte Composit-Kriterium nach Steffanowski (2008). Dabei werden in einem ersten Schritt die Prä- und Post-Werte anhand eines Cut-off-Werts und der Standardabweichung der Prä-Messung z-standardisiert:

$$z_{Prä} = \frac{c - x_{Prä}}{SD_{Prä}} \quad (\text{Gleichung 1})$$

$$z_{Post} = \frac{c - x_{Post}}{SD_{Post}} \quad (\text{Gleichung 2})$$

Der in diesem Rahmen zugrunde gelegte Nullpunkt, an dem sich die z-Standardisierung des Prä- und Post-Status orientiert, ist der Cut-off-Wert c von Jacobson und Truax (1991), an dem die Wahrscheinlichkeit für eine Person gleich groß ist, zur nichtklinischen und zur klinischen Population zu gehören (siehe auch folgendes Kapitel). Es wird hierbei also kein definitorischer Cut-off-Wert gewählt, sondern ein an einer Referenzpopulation empirisch ermittelter.

Im zweiten Schritt wird die Effektstärke dieser standardisierten Kennwerte durch Differenz von Post- und Prä-Wert gebildet, wiederum anhand der Standardabweichung der Prä-Messung berechnet:

$$d = z_{Post} - z_{Prä} \quad (\text{Gleichung 3})$$

Die Berechnung des Composit-Kriteriums erfolgt anschließend in der Mittelung von standardisiertem Post-Wert und dem Effekt d :

$$EQ = (z_{Post} + d)/2 \quad (\text{Gleichung 4})$$

Dieses Vorgehen wird zur Bildung itemspezifischer Compositkriterien gewählt. Diese im Sinne Schmidt und Wittmanns singulären Ergebniskriterien (Schmidt et al., 1987) werden anschließend zu einem gemittelten Gesamtwert MEK_{TaL} aggregiert.

4.6 Auswertungsmethodik

Die Auswertung umfasst deskriptive wie inferenzstatistische Berechnungen. Dabei wurden je nach Fragestellung und Messniveau unterschiedliche parametrische und nonparametrische Verfahren verwendet, die jeweils benannt sind, aber nicht explizit erläutert werden. Grundlage bildet das „Allgemeine Lineare Modell“ (Cohen, 1968), das varianzanalytische Verfahren mit multiplen Korrelations- und Regressionsrechnungen kombiniert. Für nähere Informationen wird auf gängige Statistik-Lehrbücher verwiesen (z.B. Bortz, 2004).

Im Rahmen dieser Studie wurden vielfach Likert-Skalen eingesetzt. Die Diskussion darüber, ob die Zugrundelegung einer Intervallskalierung gerechtfertigt ist und ob solche Skalen fachgemäßer bzw. sinnvoller mit parametrischen oder nonparametrischen Statistikverfahren auszuwerten sind, ist innerhalb der letzten 60 Jahre (Lord, 1953) immer wieder geführt und bis heute nicht abschließend geklärt worden (vgl. u.a. Fahrenberg, 2010; Jamieson, 2004; Pell, 2005; Jamieson, 2005). Diese Studie kann hierzu keinen Beitrag leisten. Es wurden aber in jedem Fall die Skalenformulierungen und die Daten auf typische Verletzungen der statistischen Voraussetzungen geprüft. Sind diese nicht erfüllt, wird dies berichtet. Sind sie allerdings weitgehend gewährleistet, wird mit dem Ziel maximaler Informationsabschöpfung bevorzugt auf parametrische Verfahren zurückgegriffen.

Das Problem der Alphainflation aufgrund multipler inferenzstatistischer Prüfungen stellt sich auch im Rahmen dieser Studie. Insbesondere in den Basisauswertungen zu Stichprobenunterschieden zwischen Diagnosegruppen, Studien- und Katamneseteilnehmern bzw. -nichtteilnehmern werden aus Gründen der Vollständigkeit, nicht aufgrund der wissenschaftlichen Bedeutung, eine Vielzahl entsprechender Tests vorgenommen. Aufgrund des explorativen Charakters dieser Vergleiche und der generellen Stichprobengrößenabhängigkeit der Signifikanztestung wird auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet. Dies ist insbesondere bei der Ergebnisbewertung zu berücksichtigen, bei der anhand der approximativen Bonferroni-Korrektur

$$\alpha' = \frac{\alpha}{n} \quad (\text{Gleichung 5})$$

das Alpha gegebenenfalls einfach korrigiert werden kann (vgl. Bortz, 2004). Die genauere Korrektur des Signifikanzniveaus anhand der Formel

$$\alpha' = 1 - (1 - \alpha)^{\frac{1}{n}} \quad (\text{Gleichung 6})$$

steht hierfür natürlich grundsätzlich auch zur Verfügung (ebenda).

Für eine adäquate Ergebnisbewertung werden diese bei relevanten Fragestellungen zudem immer mit einem Effektgrößenmaß berichtet und – sofern möglich – veröffentlichten Ergebnissen vergleichbarer bzw. abgrenzbarer Stichproben gegenübergestellt.

Die im Studiendesign verankerte Konzeption zur Erfassung von Veränderungen folgt dem Prinzip der indirekten Veränderungsmessung (vgl. u.a. Stieglitz & Baumann, 1994; Schmidt et al., 2003), also üblichen Prä-Post-Vergleichen. Neben der inferenzstatistischen Prüfung mittels klassischer Signifikanztests kommt Effektgrößenmaßen eine besondere Bedeutung für die konkrete Einschätzung

des Veränderungsausmaßes zu (vgl. Leonhardt, 2004). Im Rahmen von Prä-Post-Statusvergleichen bieten sich besonders standardisierte Mittelwertsdifferenzen an, die neben der Effektgrößenbewertung auch die Kombination bzw. den Vergleich unterschiedlich skalierten Testverfahren ermöglichen (vgl. metaanalytische Methoden, u.a. Lipsey & Wilson, 2000). Zur Berechnung der Effektstärken werden verschiedene Berechnungsvarianten diskutiert. Allen gemein ist die Differenzbildung der zu vergleichenden Mittelwerte, d.h. zwischen Prä- und Post-Messung bzw. beim Gruppenvergleich zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe, sowie eine Standardisierung anhand einer Streuung. Hinsichtlich des verwendeten Streuungsmaßes gibt es im Wesentlichen zwei unterschiedliche Ansätze (zum Überblick siehe Rosenthal, Rosnow, Rubin, 2000; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000):

- (1) Standardisierung anhand der gepoolten Standardabweichung der Prä- und Post-Messung (Cohen's d ; Cohen, 1992):

$$d = \frac{M_{post} - M_{prä}}{SD_{pool}} = \frac{M_{post} - M_{prä}}{\sqrt{\frac{(N_{prä} - 1) \cdot SD_{prä}^2 + (N_{post} - 1) \cdot SD_{post}^2}{N_{prä} + N_{post} - 2}}} \quad (\text{Gleichung 7})$$

- (2) Standardisierung anhand der Standardabweichung der Prä-Messung (Glass'sches Delta; Smith et al., 1980)

$$\Delta_{Glass} = \frac{M_{post} - M_{prä}}{SD_{prä}} \quad (\text{Gleichung 8})$$

Im Rahmen von Gruppenvergleichen werden in gleicher Weise die gepoolte Standardabweichung von Behandlungs- und Kontrollgruppe bzw. die Standardabweichung der unbehandelten Stichprobe verwendet. Ein Delta von eins bedeutet in Hinblick auf die Verteilung der Prä-Testwerte, dass der Stichprobenmittelwert nach der Behandlung um eine Standardabweichung höher ist als vor der Behandlung. Weitere Ansätze sind die Berechnung von d' anhand der Standardabweichung der Prä-Post-Differenzen (Bortz & Doring, 1995) oder auch Hegdes' g (Hegdes, 1981), eine geringfügig andere Berechnung von Cohen's d , die an dieser Stelle nicht näher beschrieben werden. Die beiden Effektstärken Glass'sches Delta und Cohen's d beziehen sich in der Standardisierung auf die Verteilung von Messwerten, anders bei d' , das an der Variabilität der individuellen Veränderungen standardisiert ist. Die verschiedenen Methoden der Effektstärkenberechnung führen in der Regel zu unterschiedlichen Ergebnissen, so stimmen die Ergebnisse von Cohen's d und Glass'schem Delta nur bei identischer Prä- und Post-Streuung auch überein. Unterschiedliche Ergebnisse dieser beiden Kennwerte weisen hingegen auf differentielle Effekte hin, d.h. die Patienten profitieren in unterschiedlichem Ausmaß von dem stationären Aufenthalt. Letztlich können allein Streuungsunterschiede für Unterschiede der Effektgröße verantwortlich sein: Einerseits durch Varianzerweiterung, die zu niedrigeren Kennwerten führt. Beispielsweise profitieren alle Patienten von einer Therapie, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Andererseits durch Varianzverringern, die höhere Effektstärken nach sich zieht, im Extremfall theoretisch auch dann, wenn sich alle Patienten auf einem schlechten Niveau

stabilisieren (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Da solche differentiellen Effekte im Rahmen von psychotherapeutischer Behandlung durchaus plausibel erscheinen, und im Rahmen von Ein-Gruppen-Prä-Post-Studien die Prä-Streuung der noch unbehandelten Patientengruppe der beste Schätzer für die Streuung einer hypothetischen unbehandelten Kontrollgruppe darstellt, ist in diesem Kontext das Glass'sche Delta zu bevorzugen. Lediglich bei deutlich eingeschränkter Prä-Streuung und der damit verbundenen Gefahr einer Effektüberschätzung ist die Verwendung von gepoolten Streuungen auch in diesem Kontext gegebenenfalls sinnvoll. Ein anderer Ansatz dieser Stichprobenabhängigkeit zu begegnen, liegt in der ausschließlichen Verwendung der Streuungen von repräsentativen Normstichproben, die definierte Bezugsnormen bieten würden (Völkle, Steffanowski, Kriz, & Wittmann, 2006; Kriz, Völkle, & Steffanowski, 2006). Da diese Möglichkeit bei nicht normierten Instrumenten allerdings nicht zur Verfügung steht, wurde im Rahmen dieser Auswertung nicht auf Normwerte zurückgegriffen, sondern die Standardabweichung der Gesamtstichprobe zugrunde gelegt. Dies gewährleistet zwar nicht die Vergleichbarkeit mit Ergebnissen anderer Stichproben, garantiert aber zumindest für Substichprobenvergleiche innerhalb der Studie eine gemeinsame Basis. Aufgrund der vergleichsweise großen Gesamtstichprobe bei Aufnahme ist zumindest zahlenmäßig eine akzeptable Grundlage für externe Vergleiche gegeben.

Bei der Interpretation von Effektstärken, die sich ja gegebenenfalls auf sehr unterschiedliche Inhalte beziehen können, wird in der Regel auf die gebräuchliche Richtlinie von Cohen (1992) zurückgegriffen, die Effekte von $d = 0,20$ als "klein", $d = 0,50$ als "mittel" und $d = 0,80$ als "groß" definiert. Die Gegenüberstellung der Ergebnisse vergleichbarer Studien (siehe oben) bietet einen weiteren relevanten Maßstab. Andere Effektstärkenmaße wie der Korrelationskoeffizient oder das in der Medizin bevorzugte Odds-Ratio können ebenfalls in Effektstärken umgerechnet werden, so dass eine Vergleichbarkeit gegeben werden kann (Rosenthal et al., 2000).

Der Vergleich von Mittelwerten bzw. standardisierten Mittelwertsdifferenzen hat letztlich keine Aussagekraft bezüglich des Ergebnisses einzelner Patienten. Aus Sicht von Praktikern wird zudem formuliert, dass eine statistisch signifikante Veränderung nicht immer klinisch relevant sein muss, wie auch umgekehrt. Ein Ansatz, der eine Bewertung therapeutischer Veränderung sowohl auf Gruppen- als auch auf Individualebene ermöglicht, ist das Konzept der klinischen Signifikanz nach Jacobson (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1986; Jacobson & Truax, 1991). Für eine klinisch bedeutsame Veränderung des Patienten ist nach diesem Konzept zum Einen eine signifikante intraindividuelle Veränderung zwischen Beginn und Ende der psychotherapeutischen Behandlung (RC: Reliable Change Index; Jacobson et al., 1986; Christensen & Mendoza, 1986) notwendig, zum Andern sollte der Messwert des Patienten aus einem dysfunktionalen Bereich einer klinischen Stichprobe über einen Cut-off (Critical Value“ CV) in den funktionalen Messbereich einer nichtklinischen Stichprobe wechseln. Der „Reliable Change Index“ RC berechnet sich anhand der Prä-Post-Differenz, dividiert durch den Standardfehler der Differenzen zwischen den beiden Testwerten:

$$RC = \frac{x_{prä} - x_{post}}{SE_{Dif}} \quad \text{(Gleichung 9)}$$

$x_{prä}$ = individueller Wert bei Behandlungsbeginn

x_{post} = individueller Wert bei Behandlungsende

SE_{Diff} = Standardfehler der Differenzen

Der Standardfehler der Differenzen lässt sich anhand des Standardfehlers des Messinstruments direkt aus Reliabilität des Verfahrens und der Standardabweichung der dysfunktionalen Stichprobe berechnen (Amelang & Schmidt-Azert, 2006), so dass die Formel entsprechend umgeformt werden kann:

$$RC = \frac{(x_{prä} - x_{post})}{SD_{prä} \times \sqrt{2 \times (1 - r_{tt})}} \quad (\text{Gleichung 10})$$

$x_{prä}$ = individueller Wert bei Behandlungsbeginn

x_{post} = individueller Wert bei Behandlungsende

$SD_{prä}$ = Standardabweichung bei Behandlungsbeginn

r_{tt} = Reliabilität des Verfahrens

Diese Berechnung entspricht der Berechnung einer statistisch bedeutsamen Differenz zweier Testpunkte (Lienert & Raatz, 1998). Bei einem Reliable Change Index $RC \geq 1.96$ kann man somit mit einer fünfprozentigen Irrtumswahrscheinlichkeit von einer Veränderung ausgehen.

Der Cut-off-Wert Critical Value definiert den Punkt, an dem die Wahrscheinlichkeit gleich groß ist, zur funktionalen bzw. dysfunktionalen Population zu gehören und bestimmt sich nach Gleichung 11. Voraussetzungen sind die Differenzierungsfähigkeit des eingesetzten Verfahrens und dass die Stichprobenstreuungen der beiden Gruppen vergleichbar sind.

$$CV = \frac{SD_0 \times M_1 + SD_1 \times M_0}{SD_0 + SD_1} \quad (\text{Gleichung 11})$$

CV= Critical Value

M₀= Mittelwert der funktionalen Normierungsstichprobe

SD₀= Standardabweichung der funktionalen Normierungsstichprobe

M₁= Mittelwert der dysfunktionalen Normierungsstichprobe

SD₁= Standardabweichung der dysfunktionalen Normierungsstichprobe

Im Rahmen dieser Evaluation wurden Vergleiche zwischen „Gebesserten“ und „nicht Gebesserten“ durchgeführt. Hierfür wurde allerdings aufgrund der Fokussierung auf Borderline-Patienten nicht auf das Konzept der klinischen Signifikanz zurückgegriffen, sondern ein einfacher Mediansplit vorgezogen, da (1) generische Instrumente (bspw. SCL-90-R) den Schweregrad unterschiedlicher Diagnosegruppen unterschiedlich abbilden, erkrankungsunspezifische Critical Values nur bedingt sinnvoll sind, borderlinespezifische hingegen nicht existieren und (2) die Rückkehr in den Bereich der funktionalen Referenzstichprobe (bspw. des SCL-90-R) für spezifische Klientel ein zu strenges Kriterium darstellt (vgl. Assmann, 2003). Die Verwendung von Extremgruppen, bspw. anhand der Randperzentile bzw. -quartile, wird aufgrund der geringen Stichprobengröße zum Katamnesezeitpunkt nicht umgesetzt.

Ein bekanntes Problem bei empirischen Studien sind fehlende Werte, die aus zahlreichen Gründen im Prinzip unvermeidbar sind (u.a. Baltés-Götz, 2008; Acock, 2005; Wirtz, 2004). Analysen auf Grundlage von kompletten Datensätzen (paarweiser Fallausschluss) können allerdings zu verzerrten Schätzergebnissen führen, so dass im Rahmen dieser Studie teilweise geeignete Schätzverfahren zur Ergänzung der fehlenden Werte zur Anwendung kommen. Dabei werden nur fehlende Einzelkennwerte von zusammenhängenden Inhaltsbereichen ergänzt, keine komplett fehlenden Datensätze und keine fehlenden Wiederholungsmessungen der Zeitreihe. Grundlage jeder Schätzung ist die Identifikation der spezifischen Art fehlender Werte. Die übliche Taxonomie (Rubin, 1976; Little & Rubin, 2002) von unerwartet fehlenden Werten unterscheidet (1) Missing Completely At Random (MCAR), also vollständig zufälliges Auftreten von Missings, (2) Missing At Random (MAR), zufälliges Fehlen von Daten nach Kontrolle zusätzlich beobachteter Variablen und (3) Missing Not At Random (MNAR), bei dem das Auftreten von fehlenden Werten von der Ausprägung der Variable selbst abhängt. Die Bewertung und statistische Prüfung der Bedingungen von MCAR bzw. MAR sind von den berücksichtigten möglichen Einflussvariablen abhängig (Lüdtke, Robitzsch, Trautwein, & Köller, 2007). Auch eine statistische Prüfung der MAR-Bedingung ist ohne die fehlenden Werte selbst nicht möglich. Letztlich sind somit theoretische Überlegungen wesentliche Grundlage für die Zulässigkeit von Imputationstechniken. Im Rahmen der pfadanalytischen Prüfung der multiplen Ergebniskriterien wurden die verwendeten aggregierten Kennwerte mittels Markov-Chain-Monte-Carlo (MCMC) – Technik mit dem Statistikprogramm SPSS 18 zur Verifizierung multipel imputiert (vgl. Baltés-Götz, 2008). Zur Beurteilung der Güte der Pfadmodelle werden nach Beauducel und Wittmann (2005) neben dem obligatorischen Chi²-Wert, der „Comparative Fit Index“ CFI, der „Standardized Root Mean Square Residual“ SRMR, sowie der „Root Mean Error of Approximation“ RMSEA herangezogen. Die Cut-off-Werte orientieren sich an Schermelleh-Engel, Moosbrugger und

Müller (2003), die für eine akzeptable Passung folgende Kennwerte vertreten: $\text{Chi}^2/\text{df} \leq 3$; $\text{RMSEA} \leq ,08$; $\text{CFI} \geq ,95$; $\text{SRMR} \leq ,10$.

Im Weiteren wird bei der explorativen Analyse der von den Patienten angegebenen Problemstellungen das Bootstrap-Verfahren (Efron, 1979) zur Kreuzvalidierung angewandt. Es handelt sich dabei ursprünglich um ein Resamplingverfahren, bei dem durch zufälliges Ziehen mit Zurücklegen zahlreiche Sekundärstichproben generiert werden. Bei einer ausreichenden Anzahl (500- bis 1000-mal) an zufälligen Substichproben, rekonstruiert das Bootstrap-Verfahren die Populationsverteilung anhand der vorliegenden Stichprobe (Baltes-Götz, 2008).

Zur Prüfung der Stichprobenspezifität der theoretisch abgeleiteten borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriterien $\text{MEK}_{\text{BPD}_1}$ und $\text{MEK}_{\text{BPD}_2}$ werden ROC (Receiver-Operating-Characterstics)-Kurven berechnet. Diese visualisieren simultan Sensitivität (Wahrscheinlichkeit, mit der ein Test einen Merkmalsträger korrekt als solchen identifiziert) und Spezifität (Wahrscheinlichkeit, mit der ein Test einen Nichtmerkmalsträger korrekt als solchen identifiziert) eines Tests für alle möglichen Parameterwerte und erlauben somit die Identifikation eines optimalen Cut-off-Wertes mit minimaler Fehlklassifikation (u.a. Faller et al., 2005). Im Rahmen dieser Studie ist allerdings nicht die Identifikation eines Cut-off-Wertes fokussiertes Kriterium, sondern der AUC (area under curve)-Wert. Dieser beschreibt durch den Anteil der Fläche unter der Kurve aller Sensitivitäts-Spezifitäts-Paare die Gesamtdiskriminationsfähigkeit des Verfahrens. Diese ist umso höher (Maximum AUC= 1), je weiter die Kurve von der Diagonalen entfernt ist. Eine ROC-Kurve, die kaum von der Diagonalen abweicht, weist auf eine vergleichbare Treffer- und Falschpositivquote, also eine mangelnde Diskriminationsfähigkeit hin. Die ROC-Analysen werden auf Grundlage des gemittelten Gesamtwerts der z-standardisierten jeweiligen Einzelvariablen durchgeführt, um die Unabhängigkeit von gegebenenfalls subgroupenspezifischen Unterschieden der Prä-Post-Veränderungen zu gewährleisten.

Da eine Kostenabschätzung kein fokussiertes Ziel der Studie war, stehen keinerlei Daten konkreter Kosten zur Verfügung. Um dennoch zumindest ansatzweise eine Einschätzung der Kostenentwicklung im Prä-Post-Vergleich vom Halbjahreszeitraum vor Aufnahme und dem Halbjahreszeitraum nach Entlassung vornehmen zu können, werden zwei Strategien verfolgt. Zum Einen der direkte Vergleich geschätzter Kosten für solche Parameter, für die entsprechende Angaben von den Patienten gemacht werden. Dies betrifft stationäre Wochen an psychiatrischen und somatischen Krankenhausaufenthalten, ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Therapie, Arztbesuche sowie als Erkrankungsfolgekosten die Arbeitsunfähigkeitszeiten. Nicht ausgewertet werden kann leider die Medikation der Patienten, da diese zu undifferenziert und ohne Dosierungsangaben und Verschreibungszeiten dokumentiert sind. Da dieses Vorgehen letztlich unvollständig und somit unsicher und unbefriedigend ist, wird im Weiteren eine Kostenschätzung entsprechend dem Ansatz von Wittmann, Nübling und Schmidt (2002) zur gesundheitsökonomischen Evaluation durchgeführt. Dieser verwendet die ursprünglich auf Brogden (1949) und Cronbach und Gleser (1965) zurückgehende Brogden-Cronbach-Gleser-Gleichung zur Nutzenbewertung einer Intervention:

$$U = N * T * d * a * SD_{Prod} - N * K \quad (\text{Gleichung 12})$$

U= Nettonutzen der Intervention in Jahren

N= Patientenzahl

T= Anhalten des Effekts in Jahren

d= Effektgröße der standardisierten Mittelwertsdifferenz

a= proportionaler Anteil der durch die Therapie verbesserten Kriterien an der Produktivität

SD_{Prod} = Standardabweichung der Produktivität, die diese Intervention nicht benötigt, bezogen auf ein Jahr in Euro

K= Gesamtkosten (direkt plus indirekt) der Intervention pro Patient in Euro

Dieser zunächst in Vergessenheit geratene Ansatz wurde im Rahmen der Bewertung von Ausbildungs- und Trainingsprogrammen von Schmidt, Hunter und Pearlman (1982) aufgegriffen und durch ihre Forschungsarbeiten zur Schätzung der Standardabweichung der Produktivität, die sie im Bereich von 40-70% des jährlichen Bruttogehalts ansiedeln, allgemein für die Kosten-Nutzen-Bewertung von Interventionen nutzbar gemacht. Der Break-even-Punkt dieser Gleichung, also der Wendepunkt von Verlust zu Gewinn liegt bei $U = 0$. Setzt man dies in die Gleichung ein, so lässt sich die nötige Break-even-Effektstärke berechnen:

$$d_{break-even} = \frac{K}{(T * a * SD_{Prod})} \quad (\text{Gleichung 13})$$

Der Quotient aus der Break-even-Effektstärke und der empirisch ermittelten Effektstärke ergibt dabei den „Return on investment ROI“, der in der Regel größer als Eins sein sollte (Wittmann et al., 2002). Durch Umstellung des Quotienten und Einsetzen der Break-even-Effektstärke lässt sich nun auch bestimmen, wie lange ein durchschnittlicher Effekt andauern sollte, damit mindestens ein $ROI = 1$ ergibt:

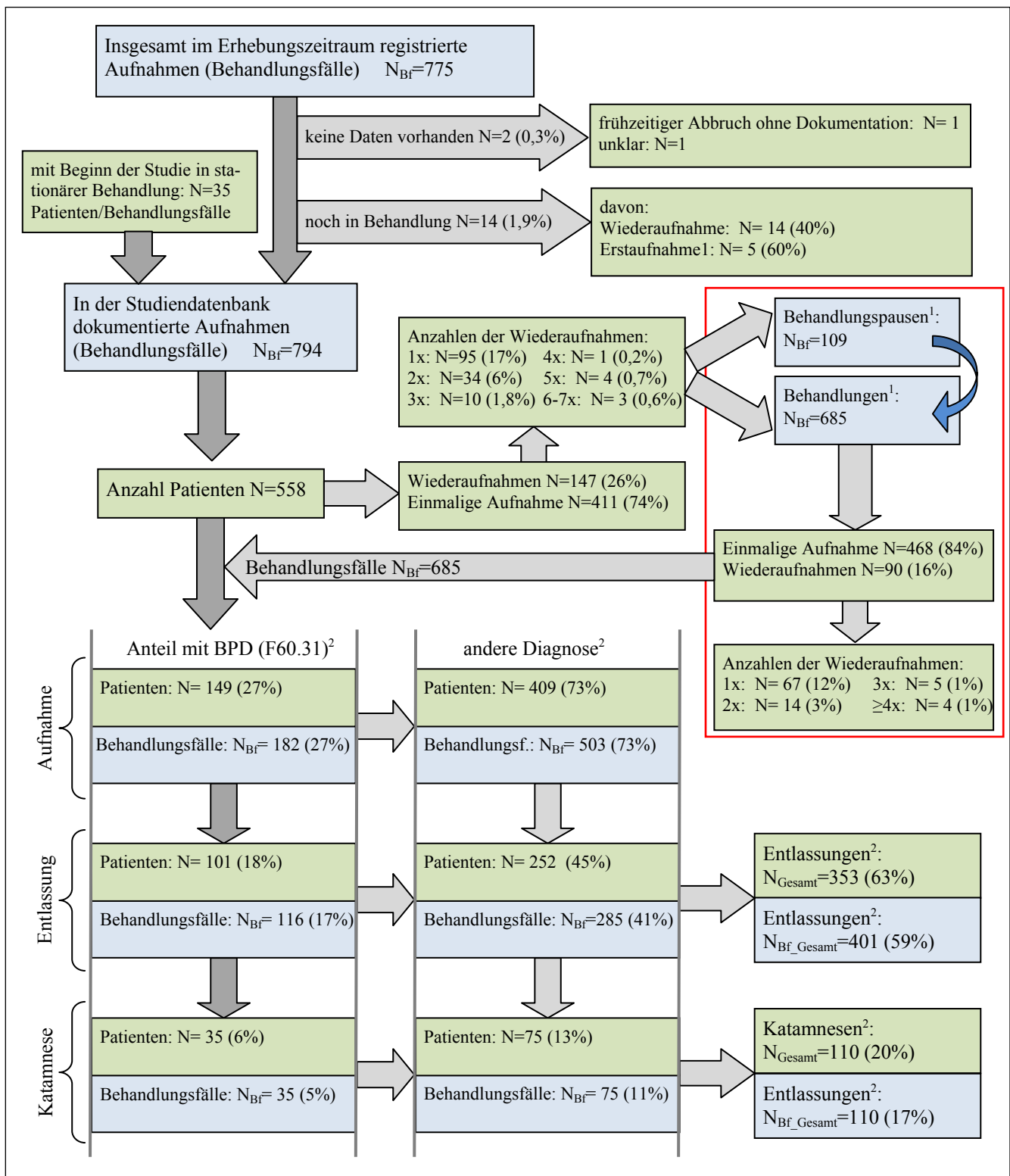
$$T = \frac{ROI * K}{(T * a * SD_{Prod} * d)} \quad \text{wobei } ROI = 1 \quad (\text{Gleichung 14})$$

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den international akzeptierten Richtlinien für die Darstellung der Methodik und Ergebnisse von Therapiestudien, dem sogenannten CONSORT-Statement („Consolidated Standards of Reporting Trials“; vgl. Moher, Schulz & Altman für die CONSORT Gruppe, 2004; 2005). Die Autoren sind internationale, interdisziplinäre Gruppen von Wissenschaftlern und Herausgebern aus dem biomedizinischen Bereich, deren Ziel die Verbesserung der Dokumentation der Ergebnisse von randomisierten, kontrollierten Studien durch höhere Transparenz und Vereinheitlichung ist. Die Empfehlungen unterstehen einer kontinuierlichen Weiterentwicklung (ursprüngliche Version von Begg, Cho, Eastwood, Horton, Moher, Olkin et al., 1996). Dieser Ansatz wurde auch für naturalistische Studien im Bereich der Psychotherapieforschung aufgegriffen und entsprechend adaptiert (Hiller et al., 2009). Die Auswertungen erfolgten mit den Statistikprogrammen SPSS, Systat und AMOS.

4.7 Stichprobe

4.7.1 Fallzahlen und Datenaufbereitung

Die Gesamtstichprobe des Erhebungszeitraums vom 01.01.2007 bis zum 30.09.2009 umfasst insgesamt $N_{Bf} = 775$ Behandlungsfälle (Abbildung 4-4). Im Rahmen der Aufbereitung des Analyse Datensatzes wurden einerseits diejenigen Patienten zusätzlich einbezogen, die zum Startzeitpunkt stationär aufgenommen waren ($N = 35$), andererseits diejenigen ausgeschlossen, die zum Stichtag der letzten Datenerhebung (16.02.2010) noch in Behandlung waren ($N = 40$). Lediglich $N_{Bf} = 2$ Behandlungsfälle wurden über den gesamten Studienzeitraum in der Datenbank nicht erfasst. Die damit insgesamt $N_{Bf} = 794$ zur Auswertung herangezogenen Behandlungsfälle beziehen sich auf $N = 558$ Patienten, wobei $N = 147$ Patienten im Studienzeitraum mindestens ein weiteres Mal aufgenommen wurden. Aus Abbildung 4-4 ist ersichtlich, dass z.B. $N = 34$ (6% von 558) zwei weitere Aufenthalte im Studienzeitraum hatten. Sie repräsentieren damit $32 \times 3 = 96$ Behandlungsfälle (12,1% von 794) in der Studienstatistik. Öfter als dreimal wiederaufgenommen wurden lediglich 8 Patienten (1,5% von 558). Hochgerechnet sind knapp ein Drittel aller Behandlungsfälle Wiederaufnahmen ($N_{Bf} - N = 794 - 558 = 236$ Wiederaufnahmen $\sim 31,7\%$ von 794). Die mittlere Unterbrechung zwischen Entlassung und Wiederaufnahme lag im Durchschnitt bei 15 Wochen ($SD = 23,7$, Median = 4). Abbildung 4-5 zeigt eine deutlich rechtsschiefe Verteilung der Zeiträume bis zur Wiederaufnahme. Knapp die Hälfte aller Wiederaufnahmen erfolgte innerhalb der ersten 14 Tage nach Entlassung (39,8%, $N = 94$ von 236). Bei weiteren 27 Fällen betrug der Zeitraum bis zu vier Wochen (28 Tage). Die höchste Zeitspanne wurde mit 122 Wochen, also mehr als 2 Jahren, dokumentiert. Die Häufigkeit der dokumentierten Wiederaufnahmen spiegelt nicht exakt die Anzahl an Wiederaufnahmen im eigentlichen Sinne wider, sondern es handelt sich um explizite Behandlungspausen, bspw. zur Erledigung wichtiger Behördengänge, Probeaufenthalte zu Hause oder ähnliches. Solche Wiederaufnahmen repräsentieren keine neue Behandlung, sondern eine Fortführung, so dass auch keine erneute Aufnahmemessung durchgeführt wurde.



¹ teilweise gab es Behandlungspausen, bei denen die Patienten offiziell entlassen wurden, bspw. für Erledigungen oder Probeentlassungen. Alle Unterbrechungen, die kürzer als 2 Wochen dauerten, wurden als Behandlungspausen definiert. Zudem wurden alle Unterbrechungen bei denen keine vollständigen Datensatzpaare zu Aufnahme und Entlassung vorlagen bis zu einem Zeitraum von 4 Wochen als Behandlungspause gewertet. Lagen für beide Aufnahmen hingegen Aufnahme- und Entlassdaten vor, wurden sie als zwei Behandlungsfälle bewertet (neu definierte Behandlungsfälle innerhalb der roten Markierung; vgl. auch Text).

² bezogen ausschließlich auf Patientendaten

Abbildung 4-4: Consort-Chart: Übersicht über Behandlungsfälle (N_{Bf}, blau unterlegt) und Patientenzahlen (N, grün unterlegt) bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Hauptdiagnose) im Vergleich mit den übrigen Patienten im Erhebungszeitraum.

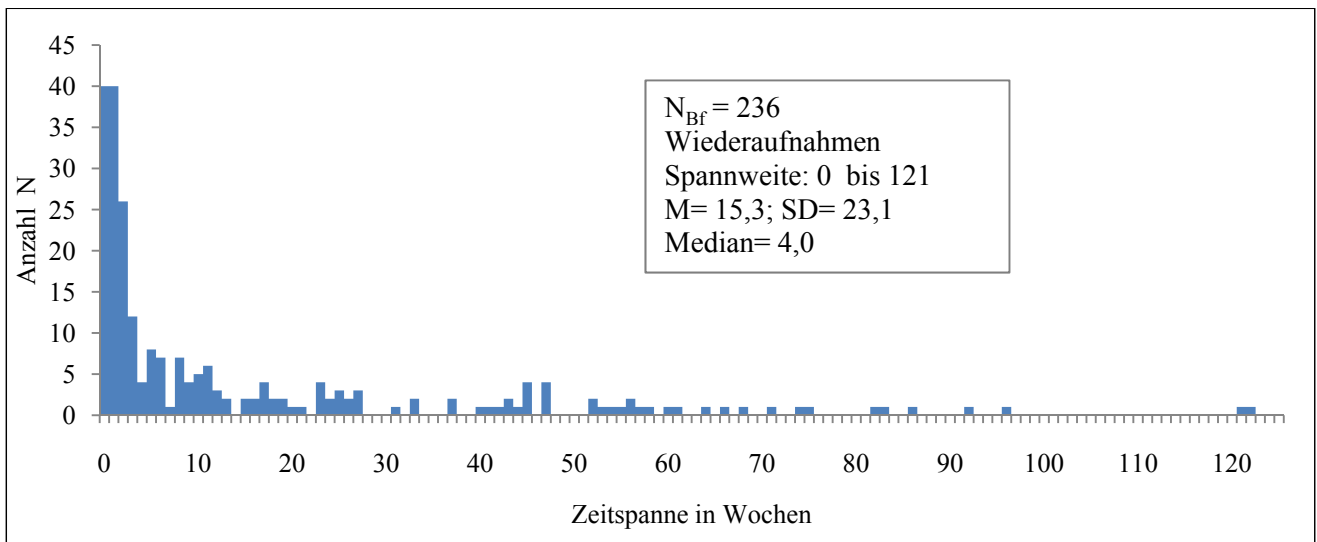


Abbildung 4-5: Vergangene Zeitspanne seit der Entlassung der $N_{Bf} = 236$ Wiederaufnahmen in Wochen. Gerundete Werte: Die Angabe von 0 Wochen umfasst hier einer Behandlungspause von 1 - 3 Tagen, die Angabe von 1 Woche umfasst den Zeitraum von 4 - 10 Tagen, 2 Wochen entsprechen 11 - 17 Tagen usw.

Mit dem Ziel dieser Differenzierung von Behandlungspause und Entlassung mit Wiederaufnahme gerecht zu werden, wurden alle Behandlungsunterbrechungen im Zeitrahmen von bis zu zwei Wochen als Behandlungspausen gewertet und die Datensätze zu einer Gesamtbehandlung zusammengefügt. Im Falle gegebenenfalls vorhandener erneuter Messungen bei Wiederaufnahme wurden diese als Zwischenmessungen dokumentiert. Abbildung 4-6 gibt hierzu einen Überblick über die absoluten und prozentualen Häufigkeiten.

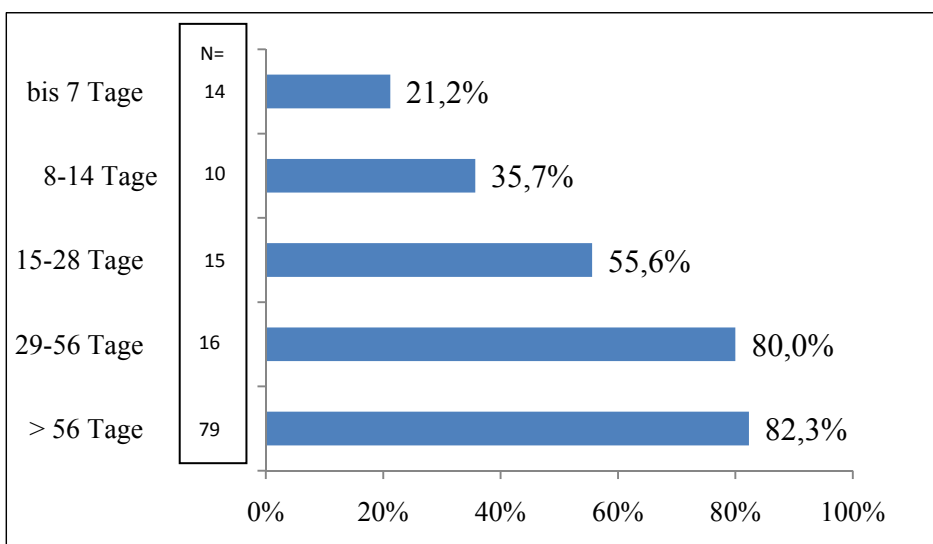


Abbildung 4-6: Anteil vorhandener Aufnahmemessungen in Abhängigkeit vom Zeitintervall seit der vorangegangenen Entlassung bei Wiederaufnahme ($N_{Bf} = 236$).

Des Weiteren wurden alle Unterbrechungen bei denen keine vollständigen Datensatzpaare zu Aufnahme und Entlassung vorlagen bis zu einem Zeitraum von vier Wochen (Median), als Behandlungspause gewertet. Lagen für beide Aufnahmen hingegen Aufnahme- und/oder Entlassdaten vor, wurden sie weiterhin als zwei Behandlungsfälle geführt. Insgesamt konnten so 109 Behandlungsfälle (106 innerhalb des Zweiwochenzeitraums und drei gemäß des 4-Wochen-Kriteriums) zu $N_{BF}=685$ Behandlungsfällen zusammengefasst werden (vgl. Abbildung 4-4, rote Markierung). Die durchschnittliche Dauer dieser Unterbrechungen lag bei 8,1 Tagen ($SD=6,3$).

Von diesen letztlich $N_{BF}=685$ verbliebenen Behandlungsfällen kamen $N=90$ (16%) mindestens ein weiteres Mal, im Studienzeitraum zur stationären Behandlung. Durchschnittlich hatten sie 1,4 weitere Aufenthalte. Der zeitliche Abstand zwischen Entlassung und Wiederaufnahme lag bei 194 Tagen (Abbildung 4-7).

Von $N=149$ Patienten bzw. $N_{BF}=182$ Behandlungsfällen (jeweils 27% der Gesamtstichprobe) mit Borderline-Persönlichkeitsstörung als Haupt- oder Nebendiagnose gibt es Patientendaten bei Aufnahme. Bei Entlassung geben immerhin noch zwei Drittel dieser Patienten (18% der Gesamtstichprobe, $N=101$) einen Fragebogen ab. Insgesamt liegen Selbstangaben zu $N=353$ Patienten (63%) und $N_{BF}=401$ (59%) vom Entlasszeitpunkt vor (Abbildung 4-4, vgl. auch Tabelle 4-5). Zum Katamnesezeitpunkt ein halbes Jahr nach Entlassung reduziert sich die Gesamtstichprobe auf ein Fünftel ($N=110$, 20% der Gesamtstichprobe) und die Stichprobe der Borderline-Patienten auf ein Viertel ($N=35$, 24,6% bezogen auf Borderline-Patienten bei Aufnahme, das sind 6% der Gesamtstichprobe; vgl. Abbildung 4-4).

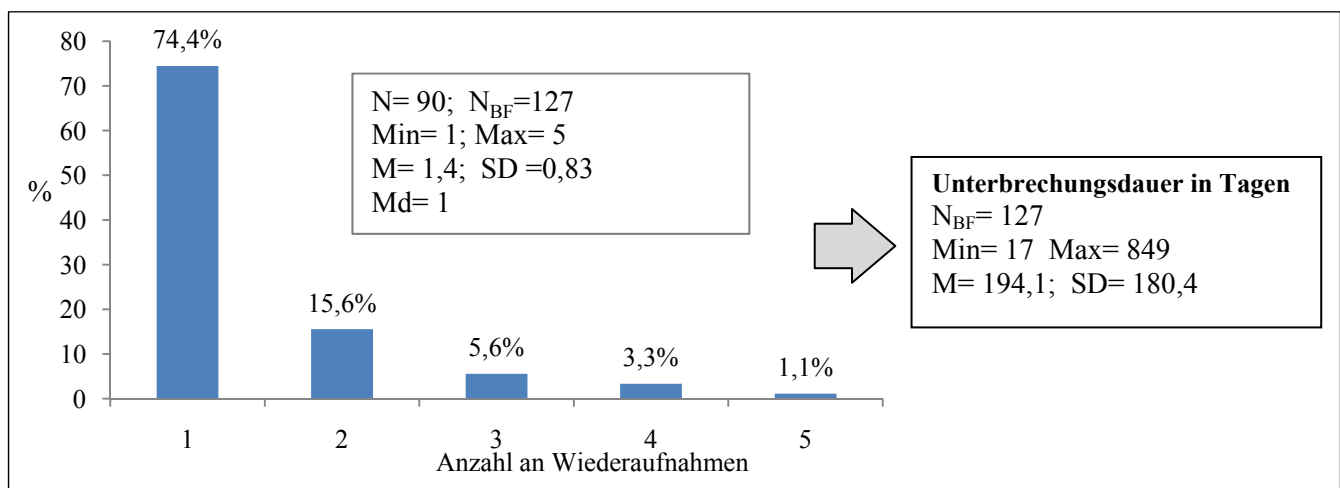


Abbildung 4-7: Anzahl an Wiederaufnahmen und Unterbrechungsdauer zwischen Entlassung und Wiederaufnahme des neu geordneten Datensatzes.

Ergänzend zu Abbildung 4-4, die im Weiteren die Fallzahlen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und denjenigen ohne diese differenziert, gibt Tabelle 4-5 einen Überblick über

die Schnittmengen der verschiedenen Datenquellen. Es wird deutlich, dass die Patienten nur in gut der Hälfte der Behandlungsfälle sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme als auch zum Zeitpunkt der Entlassung an der Befragung teilnehmen (vgl. Kapitel 5.1.1, S.123)

Tabelle 4-5: Übersicht über Fallzahlen und Anteile der Kombination der unterschiedlichen Datenquellen.

	PFA	PFE	PFK	TBA/TBE	n	%	
N _{Bf_0}					685	100,0	
N _{Bf_1}	X				582	84,8	
N _{Bf_2}	X	X			377	55,0	64,8% von N _{Bf_1}
N _{Bf_3}	X		X		104	15,2	17,9% von N _{Bf_1}
N _{Bf_4}	X	X	X		83	12,1	14,3% von N _{Bf_1}
N _{Bf_5}				X	596	87,0	
N _{Bf_6}	X			X	535	78,0	
N _{Bf_7}	X	X		X	349	50,9	65,3% von N _{Bf_6}
N _{Bf_8}	X		X	X	99	14,5	18,5% von N _{Bf_6}
N _{Bf_9}	X	X	X	X	79	11,5	14,8% von N _{Bf_6}

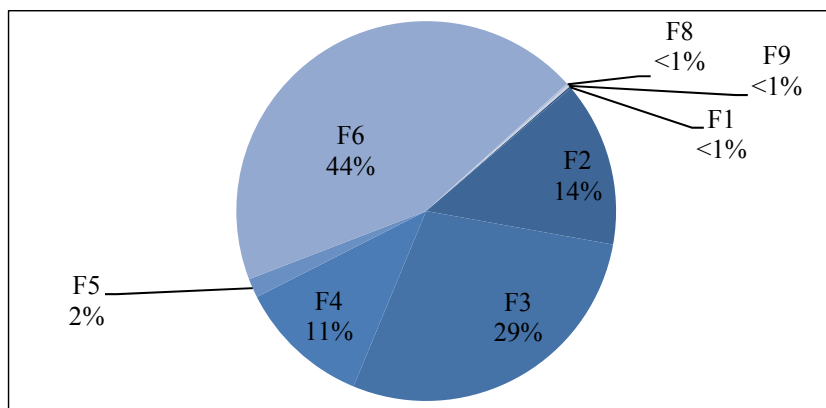
Anmerkungen: X - Fragebogen wurde erhoben. N - Stichprobengröße (alle mit dem X gekennzeichneten Messungen in der betreffenden Zeile sind vorhanden). PFA, PFE, PFK - Patientenfragebogen Aufnahme, Entlassung und Katamnese sechs Monate nach Entlassung. TBA/TBE - Therapeutenfragebogen Aufnahme und Entlassung.

Zur Auswertung dieser Studie liegen für insgesamt N= 89 (13,0%) Behandlungsfälle mit Ausnahme von demografischen Basisvariablen zum Geschlecht, zum Behandlungszeitraum, Diagnose, etc. keinerlei Therapeutendaten (TBA und TBE) und für N= 79 (11,5%) keine Patientendaten von Aufnahme- und Entlassmessung vor; kombiniert sind für insgesamt N_{Bf}= 39 (5,7%) keine aussagekräftigen Daten vorhanden. Diese wurden trotz des fehlenden Informationsgehalts im Hinblick auf die Vollständigkeit nicht aus den weiteren Auswertungen herausgenommen.

Ausgehend von der Annahme, dass kein manipulativ motivierter Ausschluss von Patienten gegeben ist, sind für fehlende Therapeutendaten vor allem organisatorische Ursachen (z.B. Zeitmangel, Vergessen, etc.) verantwortlich zu machen. Auf Seiten der Patienten spielen neben organisatorischen in der Regel motivationale Aspekte eine wichtige Rolle. Da diese fehlende Teilnahmebereitschaft letztlich Kerngröße einer eingeschränkten Beteiligungsquote ist, werden zu deren Berechnung allein Patientendaten herangezogen: Es ergibt sich somit in der Differenz von allen dokumentierten Behandlungsfällen und denjenigen, die weder bei Aufnahme noch bei Entlassung teilgenommen haben, ein Beteiligungsquote von 88,5%. Diese durchaus hohe Beteiligungsquote reduziert sich bei der Betrachtung des Anteils derer, für die sowohl Aufnahme- als auch Entlassmessung vorliegen, auf 55% (N_{Bf}= 377; Tabelle 4-5).

4.7.2 Diagnosenüberblick und Spezifikation der klinischen Substichproben

Die Diagnosestellung erfolgt in der Klinik Mengerschwaige in erster Linie auf Grundlage der ärztlichen Anamnese. Hierfür stehen dem Kliniker die Kennwerte der erhobenen Messinstrumente zur Verfügung, wie beispielsweise der Screeningfragebogen der International Personality Disorder Examination IPDE, so dass nicht von einer hochgradig standardisierten Diagnosestellung, zumindest aber von einer an standardisierten Erhebungsverfahren orientierten und praktisch fundierten Entscheidungsfindung ausgegangen werden kann. In $N_{Bf} = 612$ Fällen wurde eine Hauptdiagnose vergeben, in 73 Fällen (10,7%) hingegen nicht. Zu einem gewissen Anteil handelt es sich hierbei um extrem, kurze Aufenthalte (30% maximal 4 Tage, bis 50% maximal 12 Tage), bei denen vermutlich die Kürze der Zeit für die fehlende Dokumentation verantwortlich ist. Die mittlere Behandlungsdauer derjenigen ohne dokumentierter Diagnose ist mit 51 Tage deutlich unter der mittleren Aufenthaltsdauer von knapp 90 Tagen derjenigen mit Diagnose ($t = 4,16$, $df = 683$, $p = ,000$).



F0 'Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen'; F1 'Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen'; F2 'Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen'; F3 'Affektive Störungen'; F4 'Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen'; F5 'Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren'; F6 'Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen'; F7 'Intelligenzstörung'; F8 'Entwicklungsstörungen'; F9 'Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend'.

Abbildung 4-8: Prozentuale Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnose 1. + 2. Stelle ($N_{Bf} = 612$).

Die Komorbidität ist vergleichsweise hoch (Abbildung 4-9): So sind knapp zwei von drei Diagnosen durch mindestens eine Nebendiagnose ergänzt. Jeder Dritte hat sogar eine Dritt-, jeder Zehnte eine Viertdiagnose und für $N_{Bf} = 17$ (2,5%) liegen insgesamt sogar fünf Diagnosen vor.

Betrachtet man alle Haupt- und Nebendiagnosen zusammengefasst (Abbildung 4-10) so sind affektive Störungen (F3) und Persönlichkeits-Verhaltensstörungen (F6) am häufigsten vertreten. Insgesamt 202-mal (29,5%, bezogen auf $N_{Gesamt} = 685$) wurde explizit die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vergeben, weitere 174-mal eine andere F6-Diagnose (bezogen auf $N_{Bf} = 154$). In 35 Fällen wurde eine zweite F6-Diagnose vergeben, 15-mal bei zugrunde liegender Borderline-Diagnose.

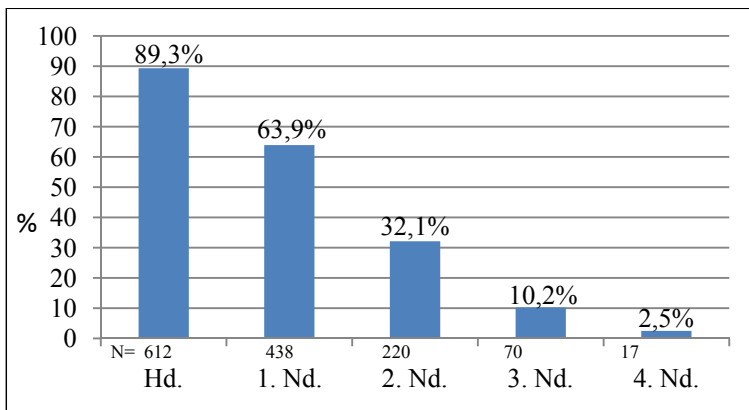
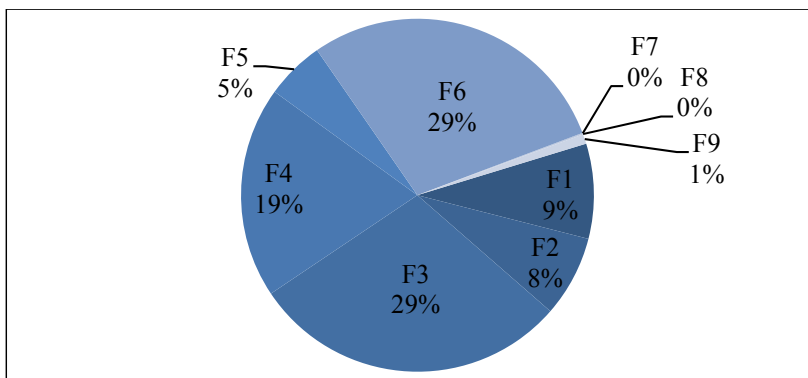


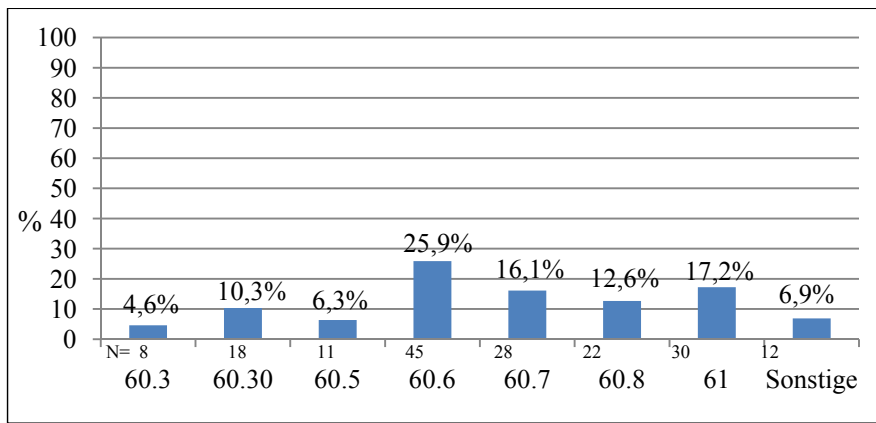
Abbildung 4-9: Haupt- (Hd.) und Nebendiagnosen (Nd.): Prozentanteile ($N_{Bf}=685$).



F0 'Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen'; F1 'Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen'; F2 'Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen'; F3 'Affektive Störungen'; F4 'Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen'; F5 'Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren'; F6 'Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen'; F7 'Intelligenzstörung'; F8 'Entwicklungsstörungen'; F9 'Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend'.

Abbildung 4-10: Prozentuale Verteilung der kumulierten Häufigkeiten von Hauptdiagnose und aller vier Nebendiagnosen (ICD-10-Diagnose, 1. + 2. Stelle, $N_{Diagnosen}=1357$, $N_{Bf}=612$).

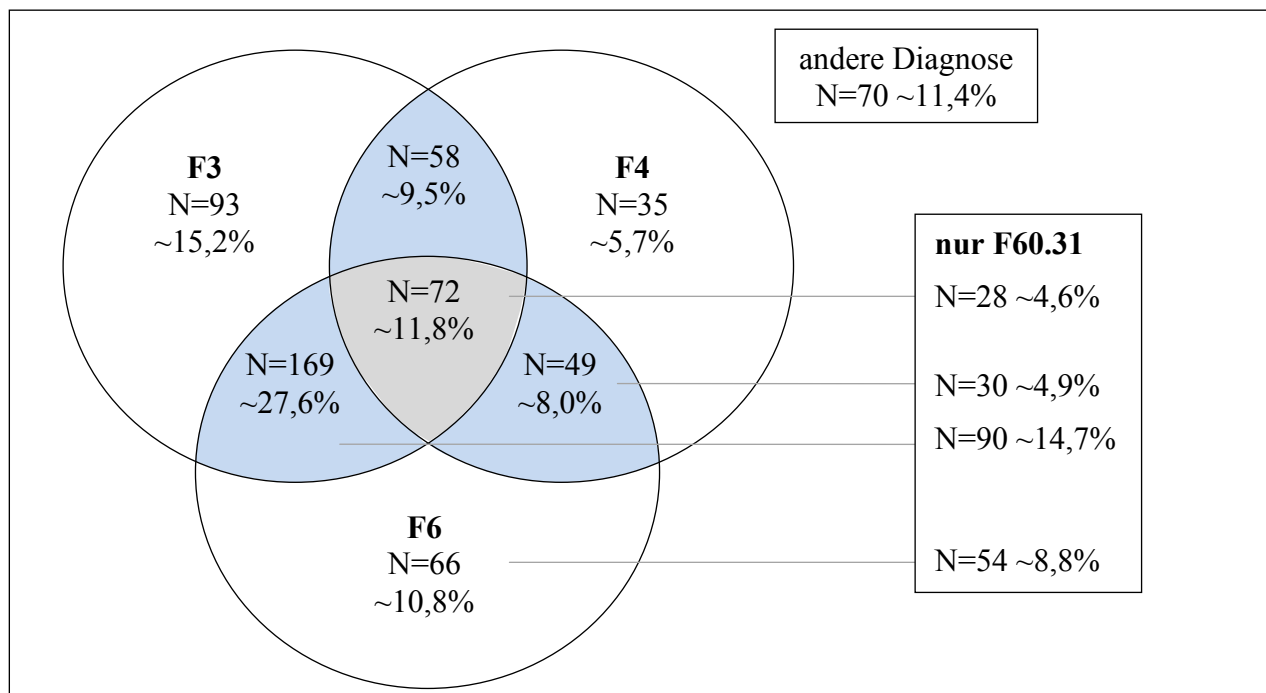
In keinem Fall wurden F6-Diagnosen als vierte oder fünfte Diagnose vergeben. Die neben der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung häufigste F6-Diagnose ist die Diagnose einer „ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung“ (F60.6; Abbildung 4-11), gefolgt von F61- („kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen“) sowie F60.7-Diagnosen („abhängige Persönlichkeitsstörungen“). In acht Fällen wurden die Diagnosen einer „Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ ohne weitere Spezifikation (F60.3), in 18 Fällen (10,3%) mit der Spezifikation „vom impulsiven Typ“ (F60.30) gegeben.



F60.3 'Emotional instabile Persönlichkeitsstörung'; F60.30 'Emotional instabile Persönlichkeitsstörung - Impulsiver Typ'; F60.5 'Anakastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung'; F60.6 'Ängstliche [vermeidende] Persönlichkeitsstörung'; F60.7 'Abhängige [asthenische] Persönlichkeitsstörung'; F60.8 'Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung'; F61 'Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen'; Sonstige: jeweils <2%

Abbildung 4-11: Häufigkeiten und Prozentanteile weiterer F6-Diagnosen (mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.31; $N_{\text{Gesamt}} = 174$).

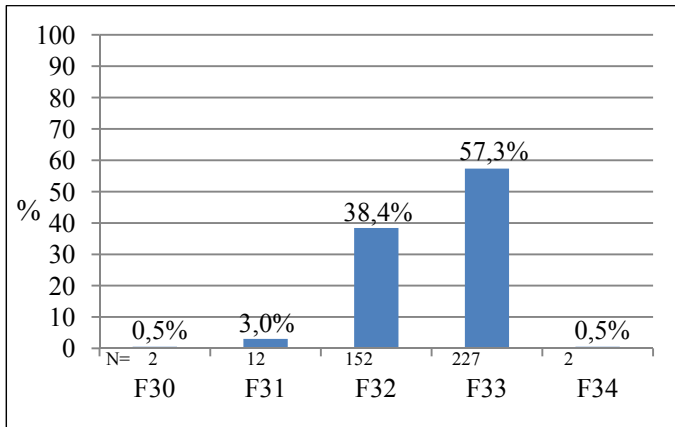
Eine weitere Differenzierung der Komorbidität hinsichtlich der drei häufigsten Diagnosegruppen ist in Abbildung 4-12 enthalten. Es zeigt sich, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Komorbidität besteht. Lediglich $N_{\text{BF}} = 66$ Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, und nur 54 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, weisen keine Komorbidität zu F3 oder F4-Diagnosen auf. Die Gruppen der F3-Diagnosen ohne Komorbidität zu den anderen Diagnosegruppen sind verglichen mit den nicht komorbiden F4- und F6-Diagnosegruppen die zahlenmäßig größte.



F3 'Affektive Störungen'; F4 'Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen'; F6 'Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen'; F60.31 'Emotional instabile Persönlichkeitsstörung - Borderline Typ'

Abbildung 4-12: Häufigkeiten und Prozentanteile der Komorbidität von F3, F4 und F6-Diagnosen, sowie die Anteile an Diagnosen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31; Datengrundlage $N_{\text{BF}} = 612$ mit vorliegender Hauptdiagnose).

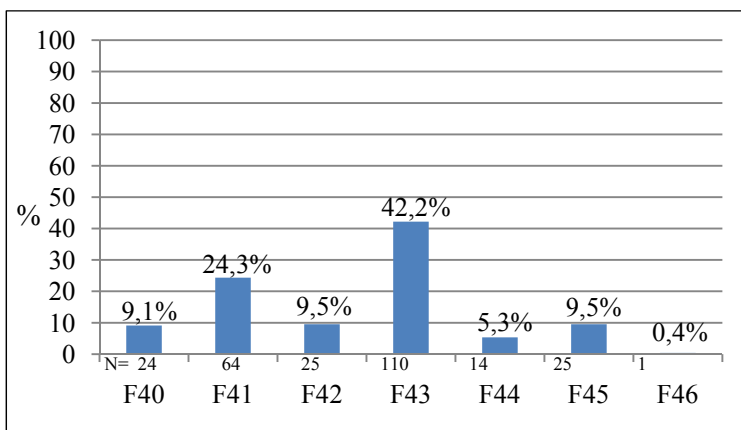
Die Diagnose einer F3-Störung („Affektive Störungen“) wurde insgesamt 396-mal vergeben, lediglich in vier Fällen zwei F3-Diagnosen für ein und denselben Behandlungsfall. In der überwiegenden Mehrheit um Erkrankungen, in der Regel um eine rezidivierende depressive Störung (F32), in knapp 40% um eine depressive Episode.



F30 'Manische Episode'; F31 'Bipolare affektive Störung'; F32 'Depressive Episode'; F33 'Rezidivierende depressive Störung'; F34 'Anhaltende affektive Störung'

Abbildung 4-13: Häufigkeiten und Prozentanteile der F3-Diagnosen ($N_{\text{Gesamt}} = 396$).

Aus der F4-Kategorien, den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, wurde in 263 Fällen eine entsprechende Störung diagnostiziert, wobei 43-mal zwei komorbide, dreimal sogar drei F4 Diagnosen vergeben wurden (zusammen 21,5%). Die Rangreihe der Häufigkeiten führt mit knapp der Hälfte aller Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) auf, gefolgt von F41-Diagnosen („andere Angststörungen“) soweit von knapp 10% mit „somatoformen Störungen“ (Abbildung 4-14).



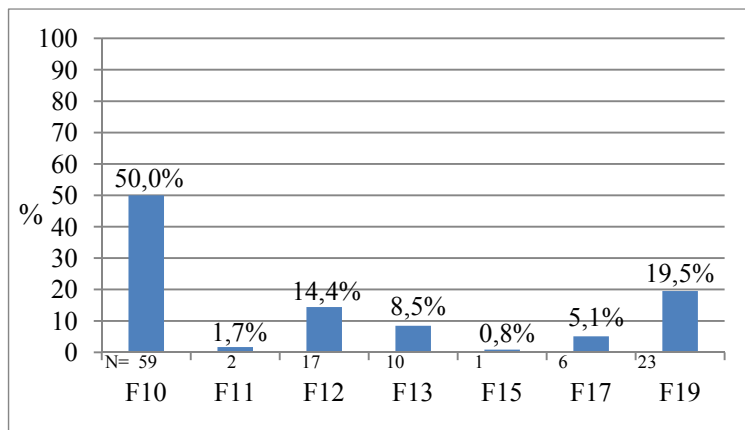
F40 'Phobische Störungen'; F41 'andere Angststörungen'; F42 'Zwangsstörung'; F43 'Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen'; F44 'Dissoziative Störungen'; F45 'somatoforme Störungen'; F46 'Andere neurotische Störungen'

Abbildung 4-14: Häufigkeiten und Prozentanteile der F4-Diagnosen ($N_{\text{Gesamt}} = 263$).

Neben der dargestellten Betrachtung der drei häufigsten Diagnosegruppen sind im Rahmen dieser Arbeit insbesondere typische komorbide Erkrankungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung von Interesse (vgl. Kapitel 3.2, S.37ff). Im Folgenden werden entsprechend die F1-Diagnosen „psychi-

schen oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ und die „Essstörungen“ näher beleuchtet.

Für insgesamt $N_{Bf} = 118$ Behandlungsfälle ($N = 96$ Patienten) liegt eine F1-Diagnose vor. Klinisch handelt es sich zumeist um psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, aber auch durch Cannabis, Sedativa oder den Konsum multipler Substanzen (Abbildung 4-15). Bei knapp jedem fünften Patienten ($N_{Bf} = 18$ von insgesamt 96 Patienten, 18,8%) liegt eine Doppeldiagnose der F1-Gruppe vor, bei drei Patienten sogar eine Dreifachdiagnose (2,1%).

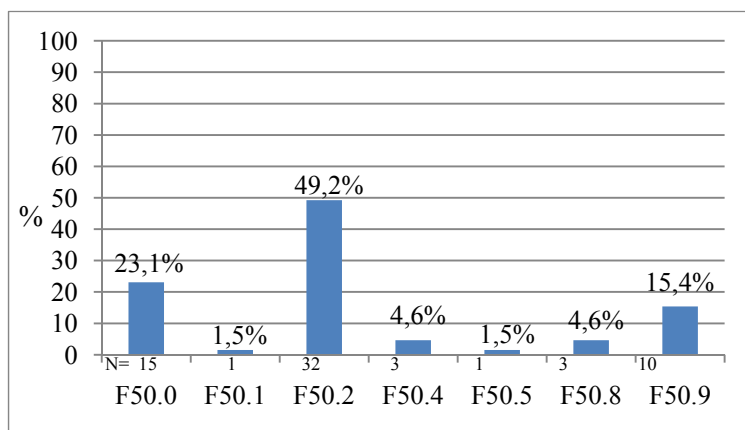


'Psychische und Verhaltensstörungen durch... F10 '...Alkohol'; F11 '...Opioid'; F12 '...Cannainoide'; F13 '...Sedativa oder Hypnotika' F15 '... Stimulantien, einschließlich Koffein'; F46 '... Tabak'; F19 '... multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen'

Abbildung 4-15: Häufigkeiten und Prozentanteile der F1-Diagnosen ($N_{Gesamt} = 118$).

Bei der Substichprobe der Borderline-Patienten ist bei jedem fünften ($N_{Bf} = 41$, 20,3%) komorbid eine F1-Diagnose dokumentiert. Damit rangiert die vorliegende Studie hinsichtlich substanzbezogener Störungen eher am unteren Ende veröffentlichter Vergleichskennwerte, die im Durchschnitt einen Anteil von 57% aufweisen (Trull, et al., 2000; vgl. Kapitel 3.2.2, S.38).

Eine F-5-Diagnose liegt in 72 Fällen (10,5%) vor, wobei in einem Fall zwei F5-Diagnosen parallel vergeben wurden. In knapp einem Viertel der Fälle handelt es sich um eine „Anorexia nervosa“, bei jedem zweiten Betroffenen um eine „Bulimia nervosa“ (Abbildung 4-16).



F50.0 'Anorexia nervosa'; F50.1 'atypische Anorexia nervosa'; F50.2 'Bulimia nervosa'; F50.4 'Essatacken bei anderen psychischen Störungen'; F50.4 'Erbrechen bei anderen psychischen Störungen'; F50.8 'sonstige Essstörungen'; 'F50.9 'Essstörung nicht näher bezeichnet'

Abbildung 4-16: Häufigkeiten und Prozentanteile F50 „Essstörungen“ ($N_{Gesamt} = 65$).

Unter den 202 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen 34 (16,8%) Patienten eine komorbide Essstörung auf. Von den übrigen $N=30$ Patienten mit einer F5-Diagnose weisen 15 (9,7% bezogen auf $N_{BF}=154$, vgl. Abbildung 4-17) eine andere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert; weitere 15 haben keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (5,9% bezogen auf $N_{BF}=256$, vgl. Abbildung 4-17).

Die vorangegangene Darstellung beschreibt das Patientenkontext in Hinblick auf Haupt- und Nebendiagnosen. Augenmerk wurde dabei sowohl auf die häufig diagnostizierten Diagnosegruppen als auch auf die aus der Literatur bekannten typischen Komorbiditätsdiagnosen (vgl. Kapitel 3.2, S.37) gerichtet. Im Folgenden werden die zu vergleichenden Substichproben definiert. Als Definitionskriterium zur Zugehörigkeit der Substichprobe von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird im Rahmen dieser Arbeit das Vorliegen einer F60.31-Diagnose herangezogen, unabhängig davon, ob diese als Haupt- oder Nebendiagnosen codiert ist. Abgegrenzt werden hiervon zum Einen diejenigen Patienten, die irgendeine andere Persönlichkeitsstörung aufweisen, wie die Gruppe derjenigen ohne diagnostizierte Persönlichkeitsstörung. Diese Differenzierung wird aufgrund der abweichenden Wesensart von Persönlichkeitsstörungen vorgenommen, was im Diagnosesystem DSM-IV der American Psychiatric Association APA (1994) durch die Unterscheidung der ersten und zweiten Asche Berücksichtigung findet. Schließlich gibt es auch noch die Gruppe ohne dokumentierte Diagnose (siehe oben). Abbildung 4-17 gibt einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung. Es zeigt sich, dass jeder zweite Patient an einer Persönlichkeitsstörung leidet, knapp jeder Dritte vom Borderline-Typ.

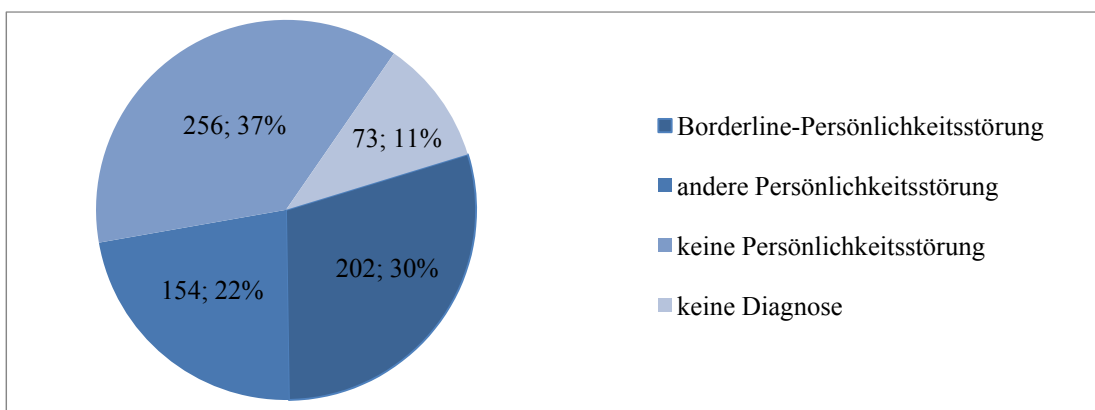
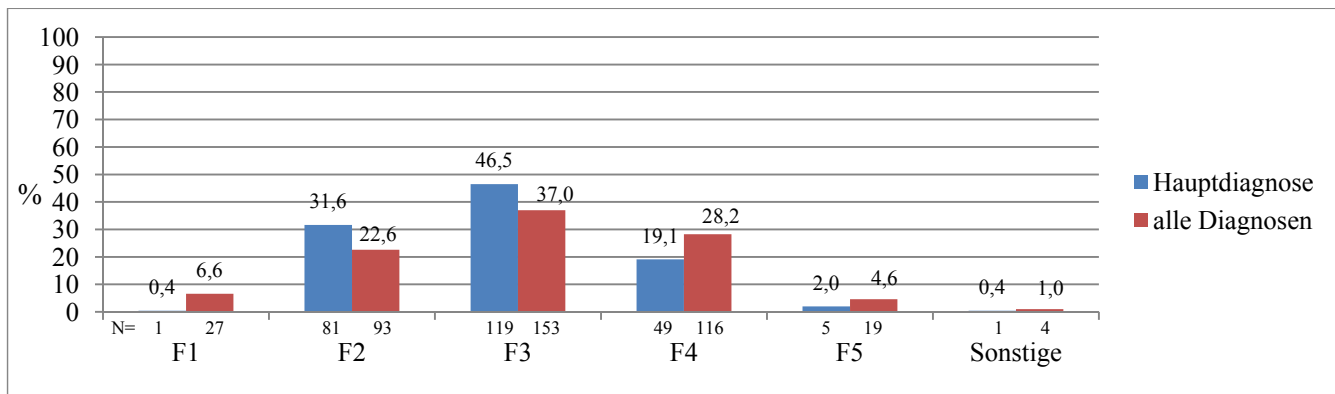


Abbildung 4-17: Häufigkeiten und prozentuale Verteilung der unterschiedenen Substichproben (vgl. Text, $N_{BF}=685$)

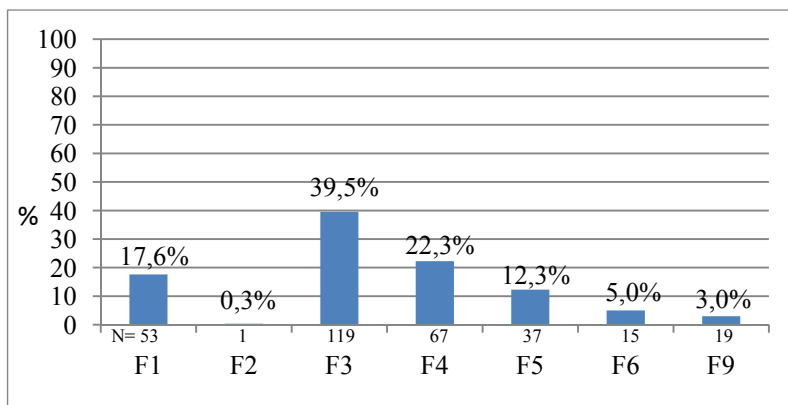
Die folgenden Auswertungen basieren auf dieser Gruppenunterscheidung, wobei hauptsächlich auf den Vergleich der Substichprobe der Borderline-Patienten und der Gruppe ohne Persönlichkeitsstörung fokussiert wird. Die wesentlichen Hauptdiagnosen dieser Gruppe sind „affektive Störungen“ (F3), „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F2) sowie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F4; Abbildung 4-18).



F1 'Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen'; F2 'Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen'; F3 'Affektive Störungen'; F4 'Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen'; F5 'Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren'; Sonstige: F0, F7-F9

Abbildung 4-18: Häufigkeiten und Prozentanteile der ICD-10-Hauptdiagnosen (erste zwei Stellen N_{Bf}= 256) bzw. aller Diagnosen (N= 411 Diagnosen) der Substichprobe ohne Persönlichkeitsstörung.

Eine weitere Differenzierung der zusätzlichen Diagnosen der BPD-Substichprobe weist neben den F3- und den F4-Diagnosen den F1-Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ aufgrund eines Anteils von 18% eine relative Bedeutung zu.



F1 'Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen'; F2 'Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen'; F3 'Affektive Störungen'; F4 'Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen'; F5 'Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren'; F9 'Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend'.

Abbildung 4-19: Häufigkeiten und Prozentanteile der ICD-10-Nebendiagnosen (erste zwei Stellen) der BPD-Substichprobe (N= 301 zusätzliche Diagnosen).

4.7.3 Stichprobenbeschreibung anhand ausgewählter demografischer Variablen

Die Stichprobenbeschreibung beinhaltet neben der Darstellung von Kennwerten der Gesamtstichprobe ebenso den Vergleich der fokussierten Substichprobe der Borderline-Patienten mit der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörung. Ausgewählt wurden hierfür übliche demografische persönliche und erkrankungs- bzw. therapiebezogene Variablen (Tabelle 4-6 bis Tabelle 4-8). Die Gruppe der Borderline-Patienten ist sieben Jahre jünger, bei einem höheren Anteil an Wiederaufnahmen und mehr als zwei Jahren längerer Erkrankungsdauer. Sie sind um knapp drei Wochen länger in der stationären Behandlung. Der Frauenanteil ist mit über 80% bei den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich höher als in der Vergleichsstichprobe, zudem sind sie häufiger in fester Partnerbezieh-

ung, wenn auch vermehrt (noch) ledig. Hinsichtlich der Wohnsituation ist bei ihnen ein erhöhter Anteil in betreuten Wohnprojekten (Einzelwohnungen und Wohngemeinschaften) wohnhaft (Tabelle 4-7).

Tabelle 4-6: Stichprobenvergleich ausgewählter demografischer Personenvariablen (t-Tests).

Merkmal		BPD-Stichprobe	Stichprobe ohne Pk.-Störung	Gruppenvergleich		Gesamtstichprobe
				p	ES	
Behandlungsdauer in Tagen	N	202	256	.005	0,27	685
	M (SD)	97,8 (83,5)	77,6 (67,3)			
Alter	N	202	255	.000	0,59	683
	M (SD)	31,0 (9,5)	38,1 (13,8)			
Erkrankungsjahre 1. Diagn.	N	186	234	.003	0,24	562
	M (SD)	10,9 (7,5)	8,5 (8,2)			

Anmerkungen: p-Wert hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Tabelle 4-7: Stichprobenvergleich ausgewählter Personenvariablen (Chi²-Tests).

Merkmal	BPD-Stichprobe		Stichprobe ohne Pk.-Störung		Gruppenvergleich p	Gesamtstichprobe		
	N	%	N	%		N	%	
Geschlecht	männlich	37	18,3%	98	38,3%	.000	225	32,8%
	weiblich	165	81,7%	158	61,7%		460	67,2%
Familienstand	ledig	149	85,1%	140	65,7%	.000	407	74,1%
	verheiratet	11	6,3%	32	15,0%		55	10,0%
	getrennt lebend	4	2,3%	15	7,0%		27	4,9%
	geschieden	11	6,3%	24	11,3%		58	10,6%
	verwitwet	0	0%	2	0,9%		2	0,4%
Partnersituation	kurzfristig keinen	31	18,3%	27	12,9%	.003	90	16,8%
	langfristig keinen	66	39,1%	96	45,9%		223	41,6%
	wechselnde Partner	9	5,3%	10	4,8%		28	5,2%
	fester Ehepartner	10	5,9%	34	16,3%		60	11,2%
	fester Partner	53	31,4%	42	20,1%		135	25,2%
Wohnsituation	Privatwohnung	121	69,1%	180	85,7%	.000	440	64,2%
	Betreutes Wohnen	42	24,0%	13	6,2%		63	9,2%
	Spezifisches Heim	3	1,7%	4	1,9%		7	1,0%
	Nicht therap. Heim	1	,6%	1	,5%		6	0,9%
	Psych. Krankenhaus	3	1,7%	7	3,3%		13	1,9%
	Ohne Wohnsitz	5	2,9%	5	2,4%		15	2,2%
Arbeitsfähigkeit ¹	voll	8	4,1%	6	2,6%	.025	21	3,7%
	eingeschränkt	53	27,3%	41	17,4%		133	23,1%
	nicht arbeitsfähig	133	68,6%	188	80,0%		421	73,2%

Anmerkungen: ¹ aus Therapeutensicht

p-Wert hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

In ihrer Arbeitsfähigkeit sind sie aus Sicht der Therapeuten durch die Erkrankung weniger stark eingeschränkt als die Vergleichsgruppe. Keine Unterschiede bestehen zwischen den Gruppen hinsichtlich der Behandlungsart, also ob es sich um eine Kurzzeit- oder eine Langzeittherapie oder eine Krisenintervention handelt (Tabelle 4-8). Gleiches gilt für den Kostenträger, die Entlassart und die Frage, ob die Patienten ambulant oder stationär psychiatrisch oder psychotherapeutisch vorbehandelt wurden. Aktuelle Suizidalität wurde bei keinem Patienten dokumentiert, allerdings sind die Borderline-Patienten signifikant häufiger von Suizidgedanken betroffen.

Tabelle 4-8: Stichprobenvergleich ausgewählter therapiebezogener/-relevanter Variablen: Chi²-Tests

Merkmal	BPD-Stichprobe		Stichprobe ohne Pk.-Störung		Gruppenvergleich p	Gesamtstichprobe	
	N	%	N	%		N	%
Behandlungsart							
Krisenintervention	20	9,9%	27	10,5%	.579	71	10,4%
Kurzzeitbehandlung	41	20,3%	62	24,2%		128	18,7%
Langzeitbehandlung	135	66,8%	156	60,9%		440	64,2%
Keine Angabe	6	3,0%	11	4,3%		46	6,7%
Aufnahmeart							
Neuaufnahme	152	75,2%	213	83,2%	.018	533	77,8%
Rückverlegung	3	1,5%	1	0,4%		8	1,2%
Wiederaufnahme	37	18,3%	24	9,4%		92	13,4%
Keine Angabe	10	5,0%	18	7,0%		52	7,6%
Entlassart							
Regulär	134	66,3%	171	66,8%	.619	434	63,4%
Verlegung	16	7,9%	24	9,4%		62	9,1%
Abbruch	46	22,8%	58	22,7%		167	24,4%
Disziplinarisch	5	2,5%	3	1,2%		14	2,0%
Beurlaubt	0	0%	0	0%		2	0,3%
Keine Angabe	1	0,5%	0	0%		6	0,9%
Kostenträger							
AOK	49	24,3%	62	24,2%	.728	151	22,0%
Ersatzkasse	44	21,8%	49	19,1%		141	20,6%
BKK / IKK	40	19,8%	42	16,4%		135	19,7%
Privat	7	3,5%	14	5,5%		23	3,4%
Sonstiges	15	7,4%	24	9,4%		58	8,5%
Keine Angabe	47	23,3%	65	25,4%		177	25,8%
Vorbehandlung¹							
ja	113	62,8%	131	57,2%	.254	335	60,9%
nein	67	37,2%	98	42,8%		215	39,1%
Suizidalität²							
keine Suizidgedanken	126	64,6%	176	74,9%	.020	398	69,1%
Suizidgedanken	69	35,4%	59	25,1%		178	30,9%
aktuell suizidal	0	0%	0	0%		0	0%

Anmerkungen: ¹ambulant psychiatrisch, ambulant psychotherapeutisch oder stationär psychiatrisch und psychotherapeutisch. ²Fremdeinschätzung durch den Therapeuten p-Wert hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Hinsichtlich der Schul- und Berufsausbildung zeigt sich bei der Borderline-Stichprobe insgesamt eine etwas niedrigere Qualifikation (Tabelle 4-9). Auch der Anteil an Personen ohne entsprechende Abschlüsse ist erhöht. Beides spiegelt sich auch in insgesamt niedrigeren Anforderungen der letzten Arbeitstätigkeit und wie auch in einem erhöhten Anteil ungünstiger Grundlagen des Lebensunterhalts, wie das Arbeitslosengeld-2.

Insgesamt zeigt sich für beide Substichproben wie auch für die Gesamtstichprobe ein vergleichsweise geringes Nettoeinkommen. Aufgrund der Fragekategorien (vgl. Tabelle 4-7) ist der reale Betrag schwer exakt zu beziffern. Für die Berechnung wurde jeweils der mittlere Betrag der jeweils ausgewählten Kategorie zugrunde gelegt. Die Kategorie „über 2000,- €“ wurde mit 2.125,- € in gleicher Weise geschätzt, was möglicherweise zu niedrig angesetzt ist. Aufgrund der geringen Fallzahl von $N_{\text{Gesamt}} = 22$ ist die Bedeutung für die Gesamtstichprobe allerdings als gering einzuschätzen. Für die Borderline-Stichprobe ergibt sich ein mittleres Nettoeinkommen von 634,-€ (SD= 441,- €) gegenüber 905,- € (SD= 635,-€; t-Test: $t = -4,8$, $df = 348,3$; $p < .000$).

Tabelle 4-9: Stichprobenvergleich ausgewählter beruflicher Variablen (Chi²-Tests).

Merkmal	BPD-Stichprobe		Stichprobe ohne Pk.-Störung		Gruppenvergleich p	Gesamtstichprobe	
	N	%	N	%		N	%
Schulabschluss					.033		
noch in der Schule	3	1,7%	5	2,4%		13	2,4%
kein Schulabschluss	8	4,5%	3	1,4%		15	2,7%
Hauptschulabschluss	43	24,4%	37	17,5%		113	20,5%
Mittlere Reife	59	33,5%	59	27,8%		174	31,6%
Polytech. Oberschule	2	1,1%	6	2,8%		10	1,8%
Fachhochschulreife	17	9,7%	20	9,4%		52	9,4%
Abitur	44	25,0%	82	38,7%	174	31,6%	
Berufsabschluss					.024		
noch in Ausbildung	22	12,7%	22	10,6%		64	11,8%
kein Berufsabschl.	45	26,0%	37	17,8%		116	21,4%
Lehre	72	41,6%	81	38,9%		216	39,9%
Fachschule	7	4,0%	19	9,1%		41	7,6%
Fachhochschule/BA	15	8,7%	17	8,2%		48	8,9%
Universität	12	6,9%	32	15,4%	56	10,4%	
Erwerbstätigkeit					.000		
noch nie gewesen	32	15,8%	21	8,2%		75	10,9%
angelernter Arbeiter	44	21,8%	44	17,2%		122	17,8%
Facharbeiter	11	5,4%	8	3,1%		31	4,5%
AoB einfache Tätigk.	24	11,9%	17	6,6%		61	8,9%
AoB qualifiz. Tätigk.	40	19,8%	61	23,8%		145	21,2%
AoB leitende Tätigk.	2	1,0%	20	7,8%		29	4,2%
selbst. Gewerbe	4	2,0%	9	3,5%		17	2,5%
selbst. Akademiker/ größerer Unternehmer	8	4,0%	19	7,4%		39	5,7%
keine Angaben	37	18,3%	57	22,3%		166	24,2%
Lebensunterhalt					.000		
Erwerbstätigkeit	39	19,3%	69	27,0%		155	22,6%
Krankengeld	10	5,0%	15	5,9%		39	5,7%
Arbeitslosengeld	14	6,9%	7	2,7%		28	4,1%
ALG-2 ("Hartz 4")	53	26,2%	33	12,9%		121	17,7%
Rente / Pension	10	5,0%	27	10,5%		53	7,7%
Ausbildungsbeihilfe	11	5,4%	5	2,0%		22	3,2%
Partner	4	2,0%	18	7,0%		28	4,1%
Eltern / Verwandte	26	12,9%	30	11,7%		84	12,3%
Vermögen	5	2,5%	5	2,0%		12	1,8%
keine Angaben	30	14,9%	47	18,4%	143	20,5%	
mtl. Nettoeinkomm.					.000		
weniger als 250 €	28	16,3%	30	15,3%		77	14,8%
250 - 500 €	55	32,0%	40	20,4%		136	26,1%
500 - 750 €	34	19,8%	24	12,2%		85	16,3%
750 - 1.000 €	28	16,3%	29	14,8%		77	14,8%
1.000 - 1.250 €	10	5,8%	14	7,1%		39	7,5%
1.250 - 1.500 €	7	4,1%	21	10,7%		42	8,0%
1.500 - 2.000 €	8	4,7%	19	9,7%		44	8,4%
über 2.000 €	2	1,2%	19	9,7%	22	4,2%	

Anmerkungen: BA= "Berufsakademie", AoB= „Angestellter oder Beamter“, selbst.= "selbständig(er), ALG-2= Arbeitslosengeld-2, mtl.= monatlich

5 Ergebnisse

Grundlage jeder Generalisierung von Forschungsergebnissen stellt die Einschätzung des Ausmaßes an Repräsentativität der untersuchten Personenstichprobe aus. Repräsentativität kann dabei auf unterschiedliche Grundgesamtheiten bezogen sein. Die Beantwortung der Frage, inwieweit die vorliegende Stichprobe die Grundgesamtheit an Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung widerspiegelt, ist durch einen Vergleich mit veröffentlichten Stichprobenkennwerten möglich. Hierbei können zum Einen demografische Variablen verglichen werden (siehe oben), zum Andern können Kennwerte standardisierter Assessmentverfahren über Symptomvielfalt, Erkrankungsschwere etc. herangezogen werden. Entsprechende diagnoseunspezifische Vergleiche für die Gesamtstichprobe werden im Ergebnisbericht der Evaluationsstudie sowohl hinsichtlich der kurzfristigen Behandlungsergebnisse zwischen Aufnahme und Entlassung als auch bezüglich der Ergebnisstabilität zwischen Aufnahme und 6-Monats-Katamnese dargestellt (Kriz, Steffanowski, Glahn, & Wittmann, 2010).

Entsprechend dem Fokus dieser Arbeit werden im Folgenden speziell Ergebnisse von Studien mit Borderline-Patienten gegenübergestellt. Die Darstellung der Behandlungsergebnisse folgt dabei der Fünf-Datenbox-Konzeption (Wittmann, 1990; 2009; vgl. Kapitel 2.3.1.1, S.15). In Kapitel 5.2 werden zunächst die beiden Subgruppen und etwaige Unterschiede anhand der Aufnahmemessung geprüft. Kapitel 5.3 beinhaltet darauffolgend die Struktur- und Prozessmerkmale der NTR-Box bevor in Kapitel 5.4 die Behandlungsergebnisse im Vergleich der erhobenen Kriterien von PR- und KR-Box referiert werden. Inhaltliche Analysen zur Darstellung von (kausalen) Zusammenhängen, wie auch die Prüfung des gesamten spezifizierten Evaluationsmodells erfolgt im darauffolgenden Kapitel 5.5. Allen diesen Ergebniskapiteln ist eine Drop-out-Analyse vorangestellt, die die Repräsentativität der jeweiligen Teilnehmer mit der Grundgesamtheit der Patienten in der Klinik Mengerschwaige vergleicht (Kapitel 5.1).

5.1 Drop-out-Analysen: Repräsentativität der Substichproben

Die vorliegende prospektive Studie umfasste eine Vollerhebung aller Patienten ohne Zufallsauswahl oder explizite Vorgaben der Stichprobenziehung. Die Ergebnisse der Studie repräsentieren somit ausschließlich die Patientenklientel der Klinik Mengerschwaige, Generalisierungen auf externe Patientenstichproben sind ohne systematische Vergleiche anhand relevanter Kriterien nicht zulässig. Aber auch die klinikinterne Repräsentativität ist nicht automatisch gegeben, sondern vom Grad der Beteiligung abhängig. Im Folgenden wird die Vergleichbarkeit zwischen den Substichproben zum Einen bezogen auf die generelle Beteiligungsbereitschaft (Kapitel 5.1.1), zum Andern in Hinblick auf die Beteiligung der Katamnesebefragung (Kapitel 5.1.2) geprüft.

5.1.1 Vergleich von Studien-Teilnehmern und -Nichtteilnehmern

Zur Identifikation von Unterschieden wurden insgesamt vier Subgruppen gebildet, (1) Patienten, die überhaupt nicht teilgenommen haben, (2) Patienten die nur bei der Aufnahme und (3) solche die nur bei der Entlassung teilgenommen haben, sowie (4) jene mit Aufnahme- und Entlassmessung. Die

statistische Prüfung möglicher Unterschiede erfolgte anhand ausgewählter, demografischer und belastungsbezogener Kennwerte.

Tabelle 5-1: Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an Aufnahme- und/oder Entlassbefragung: Verteilungs- und Vergleichswerte ausgewählter Statuskennwerte (Chi²-Tests).

Merkmal	keine Teilnahme (1)	PFA (2)	PFE (3)	PFA+PFE (4)	Gruppen-Vergleich p	
Anzahl	n	79	205	24	377	
	Anteil in %	11,5	29,9	3,5	55,0	
Anzahl Frauen	n	27	107	11	208	,557
	Frauenanteil in %	73,0%	66,5%	68,8%	72,7%	
Behandlungsart						
	Krisenintervention	27,8%	9,8%	8,3%	7,2%	,000
	Kurzzeitbehandlung	19,0%	19,0%	8,3%	19,1%	
	Langzeitbehandlung	22,8%	65,9%	83,3%	70,8%	
	Keine Angabe	30,4%	5,4%	,0%	2,9%	
Aufnahmeart						
	Neuaufnahme	70,9%	76,1%	91,7%	79,3%	,496
	Rückverlegung	1,3%	1,0%	,0%	1,3%	
	Wiederaufnahme	20,3%	15,1%	8,3%	11,4%	
	Keine Angabe	7,6%	7,8%	,0%	8,0%	
Entlassart						
	Regulär	34,2%	30,2%	87,5%	85,9%	,000
	Verlegung	11,4%	17,1%	4,2%	4,5%	
	Abbruch	49,4%	46,8%	8,3%	8,0%	
	Disziplinarisch	1,3%	5,4%	,0%	,5%	
	Beurlaubt	1,3%	,5%	,0%	,0%	
	Keine Angabe	2,5%	,0%	,0%	1,1%	
Kostenträger						
	AOK	25,3%	24,4%	25,0%	19,9%	,674
	Ersatzkasse	21,5%	19,0%	16,7%	21,5%	
	BKK / IKK	10,1%	18,5%	25,0%	22,0%	
	Privat	2,5%	3,4%	,0%	3,7%	
	Sonstiges	8,9%	6,8%	12,5%	9,0%	
	Keine Angabe	31,6%	27,8%	20,8%	23,9%	
Suizidalität						
	keine Suizidgedanken	66,7%	71,4%	54,5%	69,0%	,434
	aktuell suizidal	33,3%	28,6%	45,5%	31,0%	
		0%	0%	0%	0%	
Arbeitsfähigkeit						
	voll eingeschränkt	8,8%	1,7%	4,5%	4,1%	,387
	nicht arbeitsfähig	23,5%	26,0%	27,3%	21,3%	
		67,6%	72,4%	68,2%	74,6%	

Anmerkungen: p-Wert hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Die Vergleiche zeigen eine Reihe von signifikanten Unterschieden, die allerdings zu großen Teilen plausibel erklärbar sind (Tabelle 5-1): So ist der Anteil an Entlassmessungen bei Langzeitpatienten, bei denen sich die Verbundenheit mit der Klinik entsprechend entwickeln konnte, am größten, am

niedrigsten hingegen bei Abbruch der Therapie durch den Patienten oder bei disziplinarischer Entlassung durch die Therapeuten. Auffällig ist, dass sich Patienten mit Kriseninterventionen deutlich häufiger nicht an der Studie beteiligen (27%, $N_{BF}=22$). Ebenso ist ein Anteil von 30,4% beinhaltet, für die keine entsprechenden Therapeutendaten vorliegen ($N_{BF}=24$). Es ist wahrscheinlich, dass diese Subgruppe von Patienten aufgrund der außerordentlichen Kürze ihres Aufenthalts nicht stringent in die Studie eingebunden wurden (vgl. Kapitel 4.7.1, S.107). Im Weiteren zeigt sich, dass eher ältere Patienten dazu tendieren, entweder an beiden Messungen teilzunehmen oder an keiner (vgl. auch Tabelle 5-2), dass Patienten mit eher kurzer Erkrankungshistorie weniger häufig teilnehmen und dass bei Vorliegen von Aufnahme- und Entlassmessung im Schnitt knapp drei Wochen weniger Arbeitsunfähigkeit im Vorfeld bestand. Die signifikanten Unterschiede beim CGI, wie auch beim BSS sind bei Berücksichtigung der erzielten Kennwerte aller Gruppen eher auf die Stichprobengrößenunterschiede, denn auf bedeutsame Unterschiede zurückzuführen.

Tabelle 5-2: Repräsentativitätsanalyse bzgl. Behandlungsfällen mit und ohne Teilnahme an der Aufnahme- und/oder Entlassbefragung: Mittelwertsvergleiche: Demografische Kennwerte und Fremdeinschätzungen der Erkrankungsschwere bei Aufnahme (Einfaktorielle Varianzanalysen).

Merkmal		keine Teilnahme (1)	PFA (2)	PFE (3)	PFA+PFE (4)	Gruppenvergleich p
Behandlungsdauer in Tagen	N	79	205	24	377	,000
	M (SD)	18,2 (52,7)	64,2 (63,0)	142,0 (79,4)	108,0 (71,0)	1-2-3-4
Alter	N	77	205	24	377	,000
	M (SD)	35,6 (14,5)	31,8 (10,0)	33,6 (11,7)	36,8 (12,3)	2-4
Anzahl Suizidversuche	N	33	180	22	336	,003
	M (SD)	0,7 (1,6)	1,0 (1,6)	1,5 (1,5)	0,7 (1,0)	3-4
Erkrankungsjahre 1. Diagn.	N	79	205	24	377	,000
	M (SD)	4,5 (7,2)	8,3 (8,0)	11,0 (11,0)	8,6 (8,8)	1-2/3/4
AU-Wochen 6 Monate	N	32	166	21	309	,000
	M (SD)	17,9 (10,5)	16,2 (11,1)	16,5 (11,0)	11,9 (11,0)	1-4, 2-4
CGI	N	33	182	21	340	,006
	M (SD)	6,4 (0,6)	6,5 (0,7)	6,7 (0,6)	6,3 (0,7)	2-4
GAF ¹	N	32	182	21	337	,175
	M (SD)	40,2 (8,9)	40,1 (9,2)	41,2 (8,3)	41,9 (8,9)	
GAF ²	N	29	168	20	304	,213
	M (SD)	47,4 (13,1)	46,3 (11,4)	43,4 (8,9)	48,0 (12,2)	
BSS körperlich ¹	N	33	181	20	340	,445
	M (SD)	2,8 (1,0)	2,5 (1,1)	2,6 (0,9)	2,5 (1,0)	
BSS psychisch ¹	N	33	180	20	340	,862
	M (SD)	4,1 (0,5)	4,1 (0,5)	4,2 (0,5)	4,1 (0,5)	
BSS sozial-kommunikativ ¹	N	33	181	20	340	,025
	M (SD)	3,7 (0,7)	3,7 (0,8)	3,8 (0,7)	3,5 (0,8)	2-4

Anmerkungen: ¹ Zeitraum: 7 Tage; ² Zeitraum: 12 Monate; p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau; $N_{BF}=685$ Behandlungsfälle.

5.1.2 Vergleich von Katamnese-Teilnehmern und -Nichtteilnehmern

Die Beteiligungsquote an der 6-Monats-Katamnese ist mit einer Fallzahl von $N= 110$ und einem entsprechenden Anteil von gerade mal 16% (bezogen $N_{Bf}= 685$) vergleichsweise niedrig. Eine Einschätzung, inwieweit die erfassten Patienten von der gesamten Patientenklientel der Klinik abweichen, ist folglich umso wichtiger. Tabelle 5-3 gibt einen Überblick über die demografischen Kennwerte des Vergleichs der Gruppen mit und ohne Beteiligung an der 6-Monatskatamnese. Es erweisen sich ein Reihe von Variablen signifikant unterschiedlich: Bei der „Behandlungsart“ wie auch dem „Kostenträger“ lässt sich jeweils die Kategorie „keine Angaben“, die vornehmlich bei der Stichprobe ohne Katamnese vertreten ist, als relevant identifizieren. Beides sind Therapeutenangaben, so dass die Unterschiede nicht auf systematische Differenzen aufgrund von Patientenmerkmalen, sondern auf organisatorische Einflussvariablen zurückzuführen sind. Die Behandlungsfälle mit Katamnese sind zudem um einen jeweils relativen Anteil von 15% häufiger Neuaufnahmen und reguläre Entlassungen (Tabelle 5-3). Keine Unterschiede bestehen hinsichtlich etwaiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Vorbehandlung und der aktuellen Suizidalität und Arbeitsfähigkeit. Wie auch bei dem Vergleich von Studien-Teilnehmern und -Nichtteilnehmern (siehe oben) ist die Gruppe der Teilnehmer signifikant mehrere Jahre älter (Tabelle 5-4).

Auch bezogen auf Erkrankungsschwere bei Aufnahme bestehen teilweise signifikante Unterschiede: So sind die Einschätzungen der Therapeuten für das Schwereindex-Item des Clinical Global Impression CGI und den „sozial-kommunikativen Beeinträchtigungsschwerescore“ signifikant negativer, bei allerdings insgesamt kleinen Effekten ($ES= 0,26$ bzw. $0,29$). Keine Signifikanzen bestehen hinsichtlich der Behandlungsdauer, überlebten Suizidversuchen, den Erkrankungsjahren, der sozial-kommunikativen und körperlichen Beeinträchtigungsschwere und den prästationären Arbeitsunfähigkeitszeiten (Tabelle 5-4).

Tabelle 5-3: Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Verteilungs- und vergleichende ausgewählter Statuskennwerte bei Aufnahme (Chi²-Tests).

Merkmal	Behandlungsfälle mit Katamnese	Behandlungsfälle ohne Katamnese	Gruppen-Vergleich p	Gesamt	
Anzahl	n	110	575	685	
	Anteil in %	16%	84%	100,0%	
Anzahl Frauen	n	77	383	460	
	Frauenanteil in %	70,0%	66,6%	67,2%	
Behandlungsart					
	Krisenintervention	10,9%	10,3%	,021	10,4%
	Kurzzeitbehandlung	18,2%	18,8%		18,7%
	Langzeitbehandlung	70,9%	63,0%		64,2%
	Keine Angabe	0%	8,0%		6,7%
Aufnahmeart					
	Neuaufnahme	90,0%	75,5%	,005	77,8%
	Rückverlegung	0,9%	1,2%		1,2%
	Wiederaufnahme	8,2%	14,4%		13,4%
	Keine Angabe	0,9%	8,9%		7,6%
Entlassart					
	Regulär	74,5%	61,2%	,026	63,4%
	Verlegung	2,7%	10,3%		9,1%
	Abbruch	22,7%	24,7%		24,4%
	Disziplinarisch	0%	2,4%		2,0%
	Beurlaubt	0%	,3%		,3%
	Keine Angabe	0%	1,0%		,9%
Kostenträger					
	AOK	26,4%	21,2%	,050	22,0%
	Ersatzkasse	25,5%	19,7%		20,6%
	BKK / IKK	20,0%	19,7%		19,7%
	Privat	4,5%	3,1%		3,4%
	Sonstiges	10,0%	8,2%		8,5%
	Keine Angabe	13,6%	28,2%		25,8%
Vorbehandlung ¹					
	ja	82,5%	86,1%	,359	85,5%
	nein	17,5%	13,9%		14,5%
Suizidalität					
	keine Suizidgedanken	70,2%	68,9%	,789	69,1%
	aktuell suizidal	29,8%	31,1%		30,9%
		0%	0%		0%
Arbeitsfähigkeit ²					
	voll	4,9%	3,4%	,767	3,7%
	eingeschränkt	23,3%	23,1%		23,1%
	nicht arbeitsfähig	71,8%	73,5%		73,2%

Anmerkungen: ¹ambulant psychiatrisch, ambulant psychotherapeutisch oder stationär psychiatrisch und psychotherapeutisch. ²Fremdeinschätzung durch den Therapeuten; p-Wert hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Tabelle 5-4: Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertsvergleiche bei *Aufnahme*: Demografische Kennwerte und Fremdeinschätzungen der Erkrankungs schwere (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Merkmal		Behandlungsfälle mit Katamnese	Behandlungsfälle ohne Katamnese	Gruppen-Vergleich		Gesamt
				p	ES	
Behandlungsdauer in Tagen:	N	110	573	,071	0,19	683
	M (SD)	83,4 (73,3)	97,4 (78,8)			85,7 (74,4)
Alter	N	110	573	,024	0,23	683
	M (SD)	34,6 (12,1)	37,4 (12,0)			35,0 (12,1)
Anzahl Suizidversuche	N	102	469	,167	0,24	571
	M (SD)	0,63 (0,83)	0,82 (1,37)			0,79 (1,29)
Erkrankungsjahre l. Diagn.	N	110	575	,316	0,11	685
	M (SD)	8,94 (8,34)	8,05 (8,94)			8,19 (8,52)
AU-Wochen 6 Monate	N	98	430	,316	0,09	528
	M (SD)	12,80 (11,17)	14,06 (11,24)			13,82 (11,22)
CGI-Schwereindex	N	104	472	,015	0,26	576
	M (SD)	6,26 (0,66)	6,44 (0,74)			6,41 (0,68)
GAF ¹	N	103	469	,150	0,16	572
	M (SD)	42,37 (9,74)	40,96 (8,77)			41,22 (8,96)
GAF ²	N	94	427	,541	0,07	521
	M (SD)	47,90 (13,21)	47,07 (11,61)			47,22 (11,91)
BSS körperlich ¹	N	104	470	,811	0,03	574
	M (SD)	2,57 (1,04)	2,54 (1,03)			2,55 (1,03)
BSS psychisch ¹	N	104	469	,838	0,02	573
	M (SD)	4,07 (0,58)	4,08 (0,51)			4,08 (0,52)
BSS sozial-kommunikativ ¹	N	104	470	,008	0,29	574
	M (SD)	3,42 (0,88)	3,64 (0,73)			3,60 (0,76)

Anmerkungen: ¹ Zeitraum: 7 Tage; ² Zeitraum: 12 Monate; p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau; N_{Bf}= 685 Behandlungsfälle.

Zum Zeitpunkt der Entlassung stellen sich die Unterschiede noch deutlicher dar: Auf insgesamt fünf der sechs ausgewählten Parameter bewerten die Therapeuten die Situation der Patienten bei Entlassung signifikant besser ein (Tabelle 5-5). Demgegenüber zeigen sich bei den Einschätzungen der Patienten selbst auf Grundlage der Gesamtwerte der zentralen Assessmentinstrumente der Studie weder bei Aufnahme (Tabelle 5-6) noch bei Entlassung (Tabelle 5-7) signifikante Unterschiede in der Bewertung der eigenen Erkrankungssituation.

Tabelle 5-5: Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertsvergleiche bei *Entlassung*: Fremdeinschätzungen der Erkrankungsschwere (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Merkmal		Behandlungsfälle mit Katamnese	Behandlungsfälle ohne Katamnese	Gruppen-Vergleich		Gesamt
				p	ES	
CGI	N	99	453	,010	0,29	552
Schwereindex	M (SD)	5,65 (0,94)	5,92 (0,94)			5,87 (0,94)
GAF ¹	N	99	447	,000	0,22	546
	M (SD)	55,58 (9,77)	51,20 (11,08)			51,99 (10,98)
GAF ²	N	100	450	,361	0,10	550
	M (SD)	2,13 (0,82)	2,22 (0,90)			2,20 (0,89)
BSS körperlich ¹	N	100	450	,015	0,27	550
	M (SD)	3,07 (0,69)	3,26 (0,72)			3,23 (0,71)
BSS psychisch ¹	N	100	450	,001	0,36	550
	M (SD)	2,75 (0,85)	3,06 (0,86)			3,00 (0,87)
BSS sozial-kommunikativ ¹	N	99	453	,010	0,29	552
	M (SD)	5,65 (0,94)	5,92 (0,94)			5,87 (0,94)

Anmerkungen: ¹ Zeitraum: 7 Tage; ² Zeitraum: 12 Monate; p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau; N_{BI}= 685 Behandlungsfälle.

Tabelle 5-6: Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit und ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertsvergleiche bei *Aufnahme*: Selbsteinschätzung der Erkrankungsschwere anhand zentraler standardisierter Testkennwerte (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Merkmal		Behandlungsfälle mit Katamnese	Behandlungsfälle ohne Katamnese	Gruppen-Vergleich p		Gesamt
				p	ES	
GSI (SCL-90-R)	N	101	462	,817	0,03	563
	M (SD)	1,41 (0,64)	1,43 (0,65)			1,43 (0,65)
BDI Gesamtwert	N	101	392	,295	0,12	493
	M (SD)	23,32 (10,47)	24,56 (10,63)			24,30 (10,60)
IIP-64 Gesamtwert	N	96	424	,630	0,05	520
	M (SD)	1,76 (0,62)	1,73 (0,58)			1,73 (0,59)
SVF78_POS Positiv-Strategien	N	94	427	,798	0,03	521
	M (SD)	10,77 (3,13)	10,67 (3,13)			10,69 (3,13)
SVF78_NEG Negativ-Strategien	N	94	429	,600	0,06	523
	M (SD)	15,59 (4,30)	15,32 (4,38)			15,37 (4,36)
BPI CUT-20	N	97	371	,415	0,09	468
	M (SD)	9,22 (4,34)	9,65 (4,74)			9,56 (4,66)
BPI-51 Gesamtwert	N	97	373	,565	0,07	470
	M (SD)	19,26 (8,94)	19,89 (9,84)			19,76 (9,66)
WHOQoL-Gesamt	N	446	96	,373	0,10	542
	M (SD)	37,53 (21,83)	39,71 (21,01)			37,92 (21,68)

Anmerkungen: p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau; N_{BI}= 685 Behandlungsfälle.

Tabelle 5-7: Drop-out-Analyse bzgl. der Behandlungsfälle mit/ohne Teilnahme an der 6-Monatskatamnese: Mittelwertsvergleiche bei *Entlassung*: Selbsteinschätzung der Erkrankungsschwere anhand standardisierter Testkennwerte (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Merkmal		Behandlungsfälle mit Katamnese	Behandlungsfälle ohne Katamnese	Gruppen-Vergleich		Gesamt
				p	ES	
GSI (SCL-90-R)	N M (SD)	85 0,86 (0,59)	309 0,91 (0,62)	,506	0,08	394 0,90 (0,61)
BDI Gesamtwert	N M (SD)	85 13,85 (10,14)	219 13,41 (9,73)	,729	0,04	304 13,53 (9,83)
IIP-64 Gesamtwert	N M (SD)	75 1,44 (0,63)	281 1,40 (0,68)	,637	0,06	356 1,41 (0,67)
SVF78_POS Positiv-Strat.	N M (SD)	72 12,01 (2,61)	276 11,56 (3,17)	,266	0,15	348 11,66 (3,07)
SVF78_NEG Negativ-Strat.	N M (SD)	72 12,67 (4,66)	276 13,12 (4,87)	,483	0,09	348 13,02 (4,83)
BPI CUT-20	N M (SD)	71 8,04 (4,99)	213 8,24 (4,78)	,766	0,04	284 8,19 (4,83)
BPI-51 Gesamtwert	N M (SD)	71 17,32 (9,90)	214 16,62 (9,34)	,612	0,07	285 16,80 (9,47)
WHOQoL-Gesamt	N M (SD)	78 57,92 (21,21)	296 55,99 (20,78)	,467	0,09	374 56,39 (20,86)

Anmerkungen: p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau; $N_{Bf} = 685$ Behandlungsfälle.

5.2 PR-Box: Erkrankungsspezifische Subgruppenunterschiede bei Aufnahme

Die Frage nach erkrankungsspezifischen Subgruppenunterschieden ist letztlich eine Überprüfung der Güte der Diagnostik bzw. der Diagnosekategorien. In Hypothese 1 (S.76) wird formuliert, dass sich die beiden Patientengruppen anhand explizit borderlinetypischer Merkmale unterscheiden sollten, nicht hingegen bei allgemeinen Maßen der Erkrankung bzw. der Symptomschwere. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese nur teilweise (Tabelle 5-8). Signifikante Unterschiede lassen sich bei der Komorbidität, den prästationären Suizidversuchen wie auch bei stationären Krankenhausaufenthalten aufzeigen. Der Anteil an Patienten mit einem $BPI < 10$, also dem Ausschlusskriterium für die Diagnose einer Erkrankung mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, ist in der Borderline-Stichprobe signifikant niedriger, mit einem Anteil von knapp 30% allerdings auch deutlich nicht null (Tabelle 5-9). Keine Unterschiede zeigen sich bei der allgemeinen Schwereinschätzung des CGI-Items, wie auch bei dem GAF (Tabelle 5-8). Auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Gruppen sind vergleichbar. Entgegen den Hypothesen bestehen allerdings signifikante Unterschiede auf den hochaggregierten Skalen der SCL-90-R, dem BDI, dem IIP sowie auf den Kennwerten für Positiv- und Negativ-Strategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78. Allerdings entspricht die Rangreihe der Effektstärken der Unterschiede zwischen den Gruppen annäherungsweise den Hypothesen, so sind die Unterschiede in borderlinespezifischen

Kriterien mit großen und mittleren Effekten höher, die nicht spezifischen mit kleinen und mittleren eher tiefer in der Rangreihe platziert (Abbildung 5-1; vgl. auch Kapitel 5.4, S.146ff).

Tabelle 5-8: Stichprobenvergleich ausgewählter, für die Borderline-Persönlichkeitsstörung relevanter Symptome und Kriterienmaße bei *Aufnahme* (t-Tests).

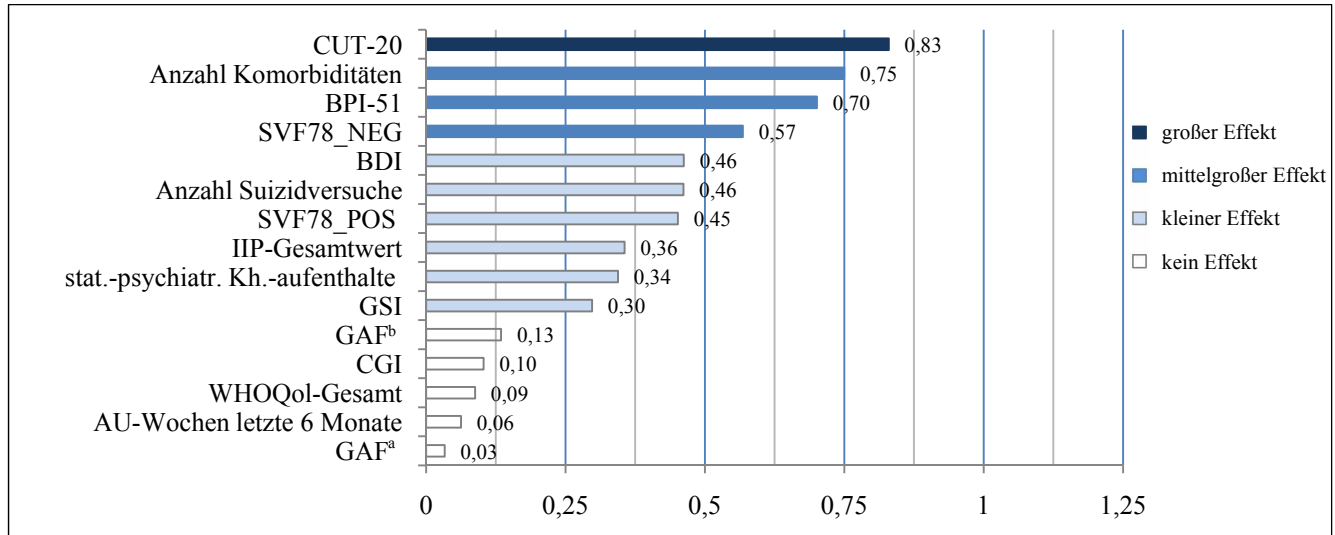
Merkmal		BPD-Stichprobe	Stichprobe ohne Pk.-Störung	Gruppen-Vergleich p		Gesamt
				p	ES	
Anzahl Ko-morbiditäten	N M (SD)	202 2,5 (1,0)	256 1,6 (0,8)	.000	0,75	685 2,0 (1,2)
Anzahl stat.-psychiatr. Kh.-aufenthalte ¹	N M (SD)	137 5,5 (8,6)	232 3,4 (2,5)	.008	0,34	357 4,7 (6,1)
Anzahl Suizidversuche	N M (SD)	192 1,1 (1,5)	232 0,5 (0,7)	.000	0,46	571 0,8 (1,3)
AU-Wochen letzte 6 Mon.	N M (SD)	177 13,2 (11,2)	215 13,9 (11,3)	.523	0,06	528 13,8 (11,2)
CGI Schwereindex	N M (SD)	195 6,42 (0,7)	235 6,35 (0,67)	.279	0,10	576 6,41 (0,68)
GAF ¹	N M (SD)	193 41,3 (8,5)	233 41,6 (8,8)	.753	0,03	572 41,2 (9,0)
GAF ²	N M (SD)	175 46,6 (10,7)	213 48,2 (12,9)	.175	0,13	521 47,2 (11,9)
GSI (SCL-90-R)	N M (SD)	172 1,52 (0,7)	221 1,29 (0,6)	.000	0,33	563 1,43 (0,7)
BDI Gesamtwert	N M (SD)	156 27,1 (11,4)	190 22,2 (9,4)	.000	0,46	493 24,3 (10,6)
IIP Gesamtwert	N M (SD)	163 1,82 (0,57)	200 1,61 (0,60)	.001	0,36	520 1,73 (0,59)
SVF78_POS Positiv-Strat.	N M (SD)	159 10,0 (3,2)	202 11,4 (3,1)	.000	0,45	521 10,7 (3,1)
SVF78_NEG Negativ-Strat.	N M (SD)	159 16,5 (4,2)	204 14,0 (4,0)	.000	0,57	523 15,4 (4,4)
WHOQoL-Gesamt	N M (SD)	173 38,0 (19,8)	208 39,2 (23,0)	.584	0,06	542 37,9 (21,7)
BPI-51 Gesamtwert	N M (SD)	150 23,3 (8,6)	176 16,5 (9,6)	.000	0,70	470 19,8 (9,7)
BPI CUT-20	N M (SD)	149 11,5 (4,0)	176 7,6 (4,7)	.000	0,83	468 9,6 (4,7)

Anmerkungen: ¹ Zeitraum: 7 Tage; ² Zeitraum: 12 Monate; p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau; N_B= 685 Behandlungsfälle.

Tabelle 5-9: Stichprobenvergleich des BPI: CUT-20 (Chi²-Tests)

Merkmal		BPD-Stichprobe		Stichprobe ohne Pk.-Störung		Vergleich		Gesamtstichprobe	
		N	%	N	%	p	Phi	N	%
BPI_Cut20	≤ 10	43	28,9%	124	70,5%	.000	.383	167	51,4%
	> 10	106	71,1%	52	29,5%			158	48,6%

p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau;



Anmerkungen: ^a Zeitraum: 7 Tage; ^b Zeitraum: 12 Monate; Effektgrößenbewertung entsprechend der Taxonomie von Cohen (1992)

Abbildung 5-1: Effektstärken der Unterschiede zwischen den Substichproben bei Aufnahme der wesentlichen standardisierten Kriterienmaße

Aufgrund dieser unerwarteten Ergebnisse wurde in einem weiteren explorativen Schritt auf Grundlage des Allgemeinen linearen Modells geprüft, ob die gesteigerte Komorbidität für die erhöhte Belastung verantwortlich zu machen ist, was sich allerdings nicht bestätigte (Tabelle 5-10).

Tabelle 5-10: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte (Kovariate: Anzahl an Komorbiditäten; Abhängige Variable: GSI des SCL-90-R bei *Aufnahme*).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	P	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	5,091 ^a	2	2,546	6,308	,002	,031
Konstanter Term	116,556	1	116,556	288,8	,000	,425
Komorbidität	,059	1	0,059	0,145	,704	,000
Substichprobe	3,719	1	3,719	9,216	,003	,023
Fehler	157,386	390	0,404			
Gesamt	925,076	393				
Korr. Gesamtvariation	162,477	392				

Anmerkungen: R²= ,031 (Adjusted R²= ,026)

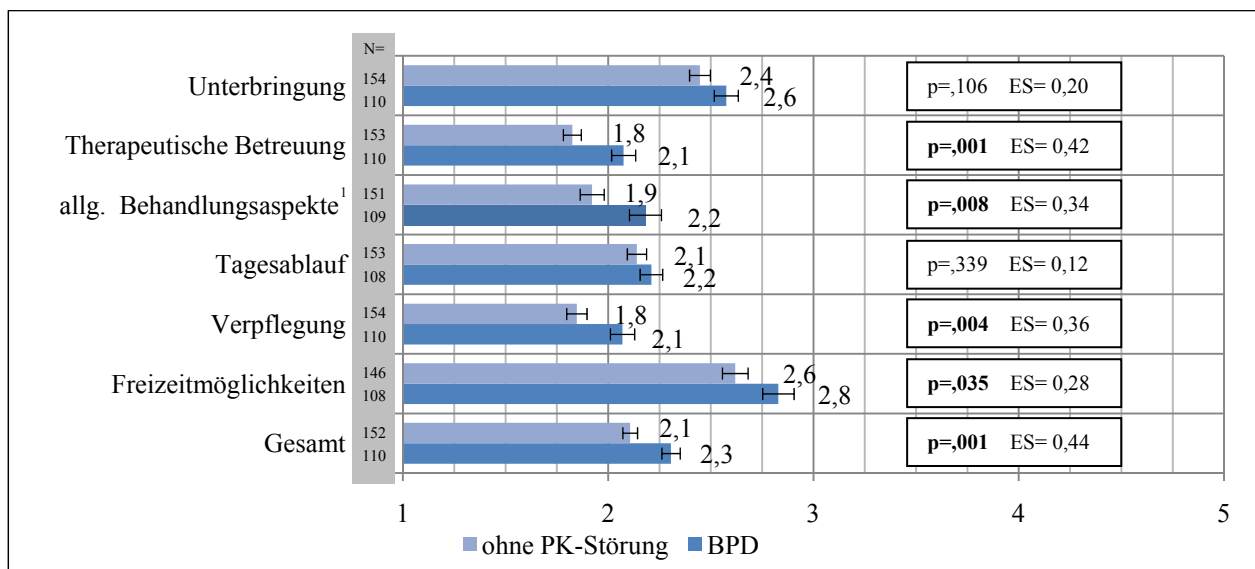
Reduziert man für die Analysen die Stichprobe auf die Gruppe, bei denen die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung Haupt- ($N_{Bf}= 172$), nicht Nebendiagnose ($N_{Bf}= 30$) ist, ergibt sich ein vergleichbares Ergebnisbild.

5.3 NTR-Box: Treatmentvariablen

Die Nichtexperimentelle Treatmentbox beinhaltet alle Variablen, die letztlich Aufschluss über die tatsächliche Intervention geben. Im Rahmen von stationären Behandlungen kommt neben eindeutig prozessualen Merkmalen, wie der Verordnung oder therapeutischen Technik, etc. im Hinblick auf den Behandlungserfolg auch strukturellen Aspekten wie bspw. der Umgebung, baulichen Gegebenheiten, dem Personalschlüssel, Behandlungsangebot etc. Bedeutung zu.

5.3.1 Bewertung allgemeiner Struktur- und Prozessmerkmale

Die Erfassung struktureller Gegebenheiten aus Sicht der Patienten erfolgte mit Hilfe der in den Entlassfragebogen integrierten Fragen zur Bewertung verschiedener klinikbezogener allgemeiner Qualitätsaspekte, die sich zu fünf Subskalen und einer Gesamtskala aggregieren lassen. Die jeweiligen subgruppenspezifischen Bewertungen sind in Abbildung 5-2 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Gruppe der Borderline-Patienten die Qualität auf allen Skalen schlechter einschätzen als die Vergleichsstichprobe, bei den Skalen „Unterbringung“ und „Tagesablauf“ allerdings nur in geringfügigem und nichtsignifikantem Ausmaß.



Anmerkungen: ¹ die Skala „Allgemeine Behandlungsaspekte“ ist als einzige der Prozessqualität zuzuordnen.

Abbildung 5-2: Bewertung der Struktur- und Prozessqualität aus Sicht der Patienten: Mittelwertsvergleich der beiden Substichproben auf Skalenebene mit Konfidenzintervallen (t-Test für unabhängige Stichproben; Effektstärken).

5.3.2 Therapeutische Einzelmaßnahmen

Ein weiterer Ansatz zur Bewertung der Prozessqualität besteht in der Beurteilung des Ausmaßes an Hilfe bzw. ggf. Schaden von 23 therapeutischen Einzelmaßnahmen sowie von der psychologischen Diagnostik oder durch die Mitpatienten. Parallel zu dieser Bewertung durch die Patienten wurde bei den Therapeuten erhoben, ob die 23 therapeutischen Maßnahmen bei einer Person verordnet wurden, und inwieweit diese daran auch tatsächlich teilgenommen hat. Zugrunde liegt hierbei die Notwendigkeit der Teilnahme zur Bewertung durch die Patienten wie auch die Annahme von erkrankungsspezifischer Therapiegestaltung.

Eine erste Analyse der Daten zeigt sowohl für die Patientenbewertungen der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen als auch für die Therapeutenverordnungen eine Vielzahl von fehlenden Daten. Insbesondere die Kombination der beiden Datenquellen offenbart einen beträchtlichen Schwund, nicht selten von bis zu 50% (Abbildung 5-3). Die theoretisch notwendige Voraussetzung der Verordnung für Patientenbewertungen ist somit in diesen Daten nicht abgebildet. Es ist hierbei nicht zu klären, ob diese Diskrepanzen dadurch entstehen, dass Patienten auch Therapieangebote bewerten, die sie nicht verordnet bekommen haben, oder, insgesamt wahrscheinlicher, auf zahlreichen Dokumentationslücken der Therapeuten basieren. In Hinblick auf eine mögliche Imputation der Missings durch geeignete Schätzverfahren ist die Frage nach systematischen bzw. unsystematischen Einflüssen nicht zu klären. Aufgrund der ebenfalls sehr hohen Missing-Data-Quoten von durchschnittlich 48% (SD= 27,4, Min= 6% bei der Milieugruppe, Max= 93% bei der Psychoedukation) bezogen $N_{BF} = 401$ vorliegender Patientenfragebögen zur Entlassung wurde auf entsprechende Schätzungen verzichtet. Fehlende Therapeutendaten von bis zu 20% für Therapiemaßnahmen, die eigentlich für alle Patienten verpflichtend sind wie bei der „Großgruppe“, unterstützen die Annahme von unvollständiger Dokumentation durch die Therapeuten. Es gibt keinen Fall, in dem für alle Behandlungsmaßnahmen eine vollständige Patienten- und Therapeutenbewertung vorliegt. Die Bewertung der Einzelmaßnahmen fällt für die beiden Substichproben, wie auch für die Gesamtstichprobe sehr ähnlich aus (Abbildung 5-4). Besonders gut werden die Einzelgespräche und die tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie, wie auch der Kontakt mit Mitpatienten bewertet. Vergleichsweise weniger hilfreich werden die Großgruppe sowie die Trauma-Stabilisierungsgruppe bewertet.

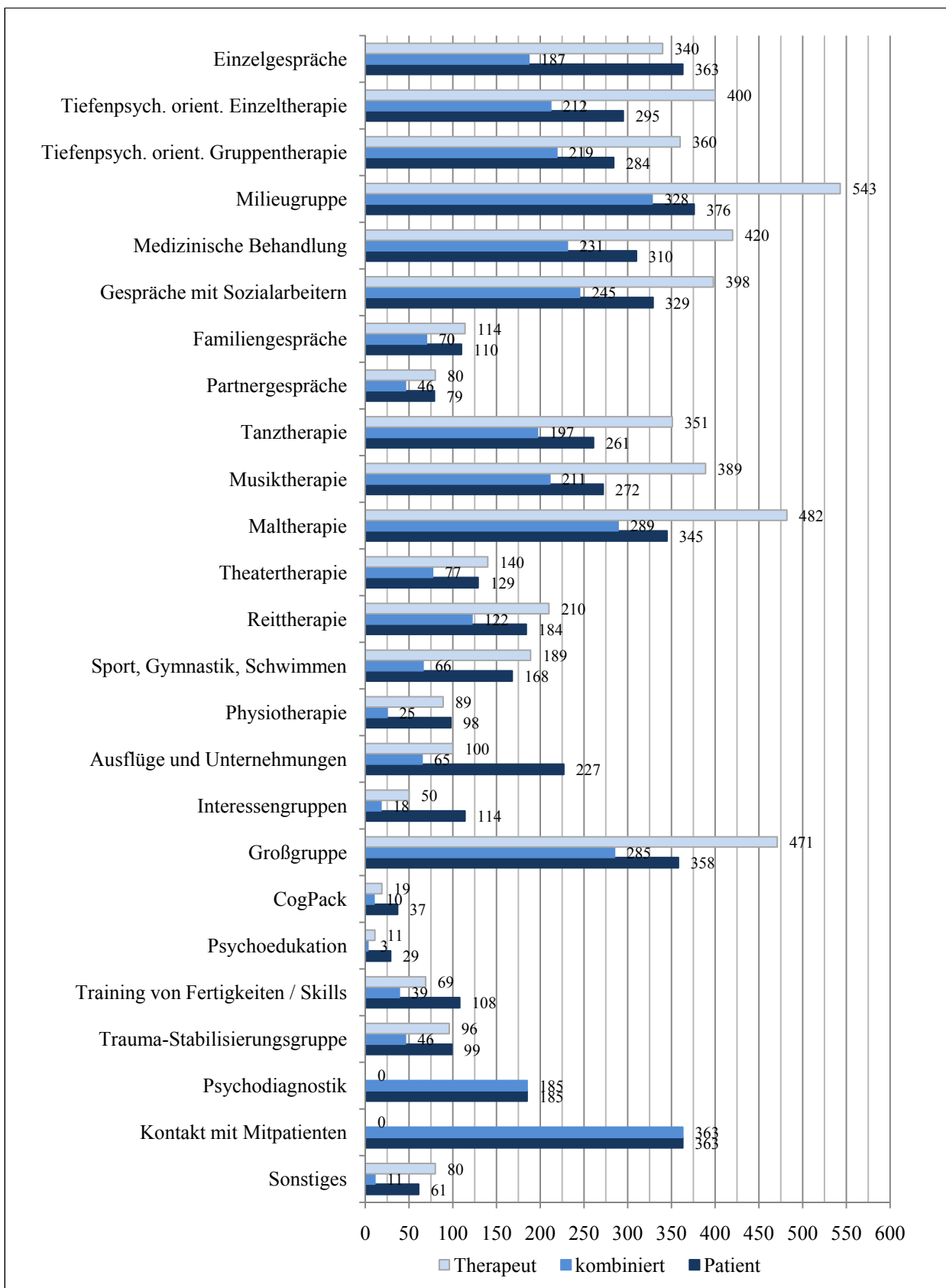


Abbildung 5-3: Therapeutische Maßnahmen: Häufigkeiten von Verordnungen, Bewertungen durch Patienten und der Kombination von Therapeuten- und Patientenangaben.

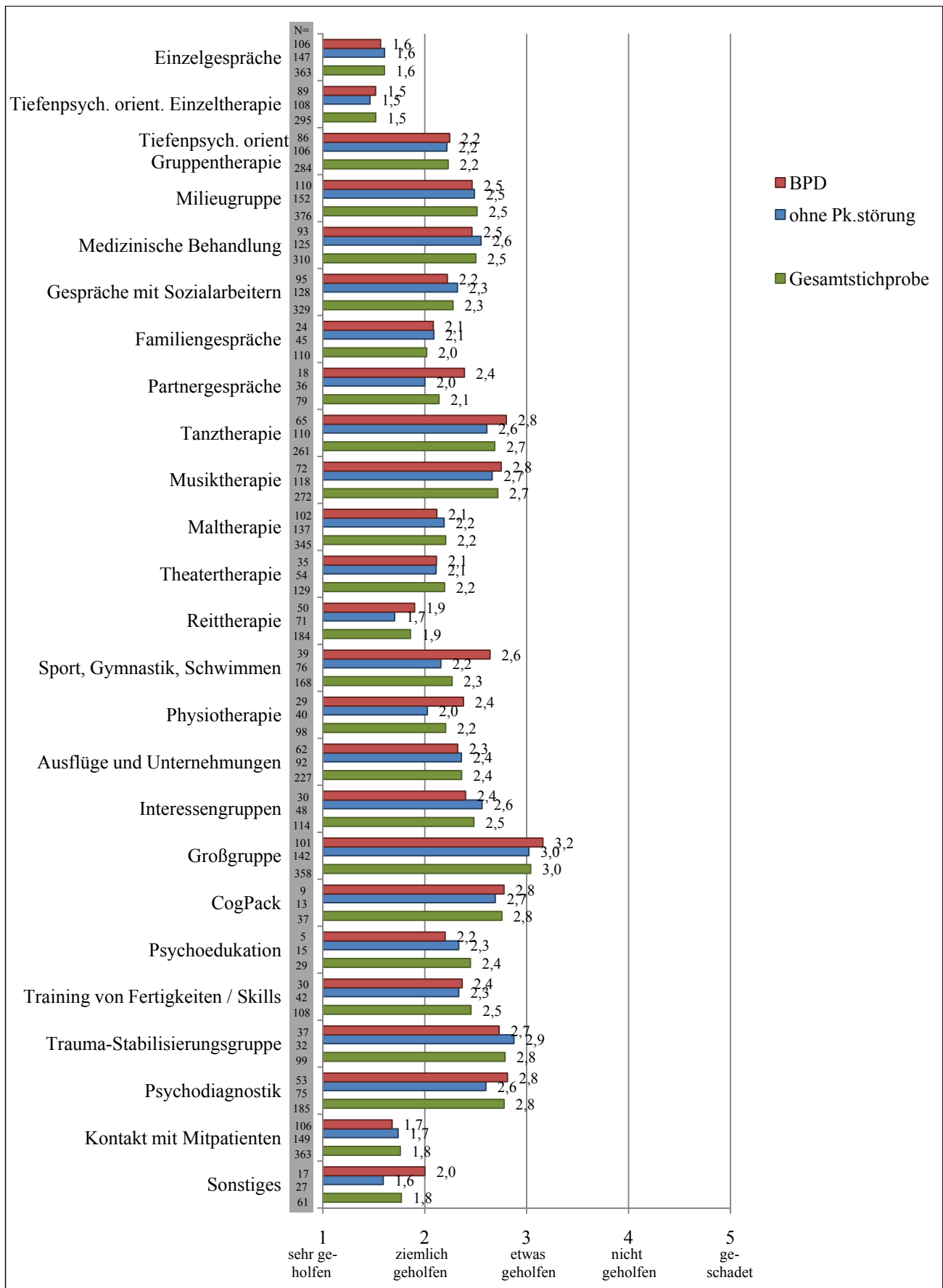


Abbildung 5-4: Bewertung der therapeutischen Maßnahmen durch die Patienten (Borderline-Patienten, Patientenstichprobe ohne Persönlichkeitsstörung, Gesamtstichprobe).

5.3.2.1 Aggregation therapeutischer Maßnahmen

Die Vielzahl an einzelnen therapeutischen Maßnahmen erfordert im Hinblick auf Symmetrieprinzipien (vgl. oben) die Aggregation zu übergeordneten Klassen von Therapiemaßnahmen. Da das Assessment spezifisch für die Klinik Meterschwaige adaptiert wurde und somit keine empirischen Nachweise über übergeordnete Skalen oder Gütekennwerte bestehen, wurde eine explorative Hauptkomponentenanalyse mit paar- und listenweisem Fallausschluss gerechnet. Dabei wurden die Maßnahmen aufgenommen, die von mindestens 50% aller Patienten bewertet wurden (bezogen auf $N_{Bf} = 401$ mit PFE). Auch das Item „Kontakt zu Mitpatienten“ wurde integriert, das streng genommen keine standardisierte, und kontrollierbare Behandlungsmaßnahme darstellt, aufgrund des psychodynamisch-psychiatrischen Krankheits- und Therapiekonzepts (vgl. Kapitel 3.3.6, S.49 und Kapitel 3.4.4, S.54) aber als essenziell erachtet wird. Sowohl beim paar- wie auch beim listenweisen Fallausschluss resultiert nach Scree-Kriterium eine Drei-Faktorenlösung mit einer Gesamtvarianzaufklärung von 54% (Abbildung 5-5).

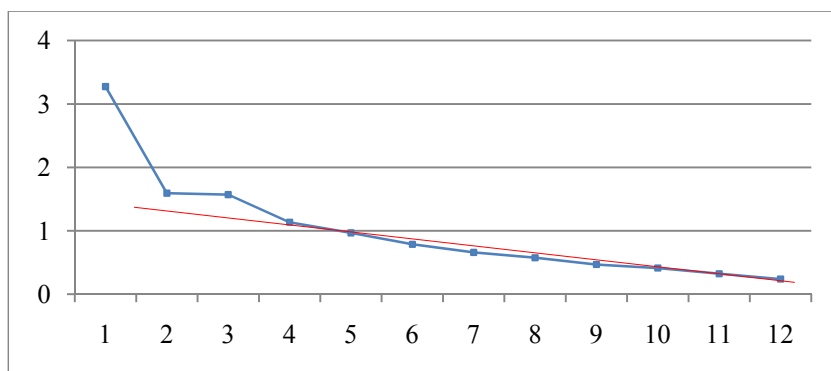


Abbildung 5-5: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der Bewertung von therapeutischen Maßnahmen aus Patientensicht (listenweiser Fallausschluss, $N_{Bf} = 78$).

Nach Varimaxrotation ergibt sich ein recht eindeutiges Faktorladungsmuster, dass die Interpretation der drei Faktoren als „Therapie“- (1), „Gruppen-“, (2) und „Einzeltherapie“-Faktor (3) nahelegt. Lediglich die „Großgruppe“ weist eine in der Höhe vergleichbare Doppelladung auf den ersten beiden Faktoren auf. Da der Aspekt der Gruppe in Abgrenzung der Faktoren im Vordergrund steht, scheint eine Zuordnung zum zweiten Faktor, dem „Gruppenfaktor“ angemessen. Die Skalen erweisen sich als hinreichend intern konsistent (Cronbach’s Alpha, Tabelle 5-12).

Tabelle 5-11: Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse der Bewertung von therapeutischen Maßnahmen aus Patientensicht nach Varimaxrotation.

Merkmal	Faktor		
	1	2	3
Tanztherapie	0,710	0,137	-0,125
Medizinische Behandlung (z.B. pharmakologisch)	0,708		0,182
Musiktherapie	0,696	0,341	
Maltherapie	0,564	-0,157	0,127
Großgruppe	0,528	0,524	
Gespräche mit Sozialarbeitern	0,516	0,187	
Kontakt mit Mitpatienten	-0,168	0,775	
Milieugruppe		0,733	
Ausflüge und Unternehmungen	0,271	0,584	
Tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie	0,308	0,525	0,109
Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie			0,901
Einzelgespräche	0,162	0,113	0,844

Anmerkungen: Ladungsmuster nach Ladungsgröße sortiert; Markierungen beinhalten die Faktorenzuzuordnung; nicht dargestellt sind Ladungen <0,1

Tabelle 5-12: Skalenkennwerte der drei „Therapie-Skalen aus Sicht der Patienten“.

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha	r _{it} -Bereich
Therapie-Skala	5	,71	,42 - ,51
Gruppen-Skala	5	,71	,43 - ,52
Einzeltherapie-Skala ¹	2	,80	,66

Anmerkungen: ¹ Bivariate Korrelation, keine Skala im eigentlichen Sinn

Das gleiche Vorgehen wurde auch für die Verordnungen von Seiten der Therapeuten gewählt. Die Auswahl anhand der Anzahl von mindestens 50% vorhandener Daten erbringt weitgehend identische Items im Hinblick auf die Therapiebewertung der Patienten. Ausnahmen bilden nur die Items „Kontakt mit Mitpatienten“, das bei den Therapeuten nicht erhoben wurde, da es nicht explizit verordnet werden kann, und „Ausflüge und Unternehmungen“, deren explizite Verordnung nur bei ca. 20% Prozent dokumentiert wurde. Die Übereinstimmung lässt den Schluss zu, dass es sich bei den Therapiemaßnahmen mit weniger Datenmissings um die elementaren Bausteine des Therapiekonzepts handelt. Die Faktorenanalyse erbringt nach Scree- und Kaiserkriterium zwei Faktoren mit 57% Gesamtvarianzaufklärung (Abbildung 5-6).

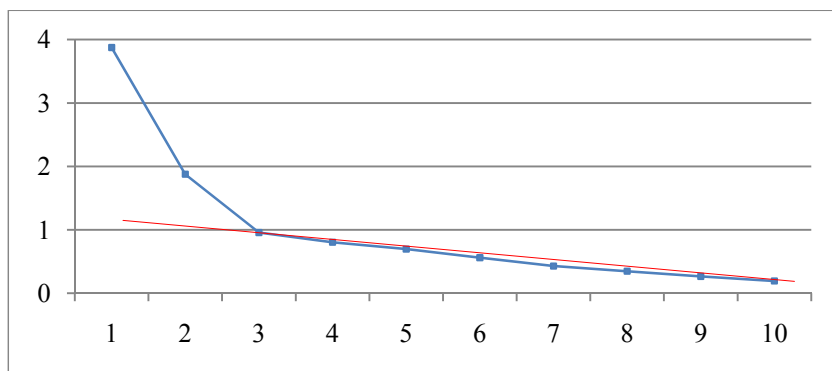


Abbildung 5-6: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse „Teilnahmebereitschaft der Patienten an therapeutischen Verordnungen aus Sicht der Therapeuten“.

Die Interpretation der Faktoren ist weniger einfach. Allerdings offenbart die Betrachtung der mittleren Bewertungen der Einzelmaßnahmen, dass die Behandlungsmaßnahmen des ersten Faktors durchweg bessere Bewertungen und geringere Varianz aufweisen als die Behandlungsmaßnahmen, die dem Faktor zwei zugeordnet werden. Bestätigt wird diese Unterscheidung durch die auf Grundlage der Faktorenanalyse gebildeten Skalen, deren Mittelwerte (t-Test bei einer Stichprobe, $t = 9,16$, $df = 414$, $p = .000$) und Varianzen (Ein-Stichproben-Varianz-Test, $\chi^2 = 1798,1$, $df = 414$, $p = .000$) sich signifikant unterscheiden lassen. Die Interpretation als Faktor für „Verordnungen mit höherer Akzeptanz“ (1) und eines Faktors mit „Verordnungen geringerer Akzeptanz“ (2) erscheint somit sinnvoll und zulässig.

Tabelle 5-13: Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse nach Varimaxrotation zur „Teilnahmebereitschaft der Patienten an therapeutischen Verordnungen aus Sicht der Therapeuten“.

Merkmal	Faktor	
	1	2
Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie	,831	
Einzelgespräche	,773	,153
Tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie	,710	,242
Milieugruppe	,682	,216
Gespräche mit Sozialarbeitern	,613	,175
Medizinische Behandlung (z.B. pharmakologisch)	,502	
Musiktherapie	,155	,883
Tanztherapie		,877
Maltherapie	,148	,809
Großgruppe	,369	,556

Anmerkungen: Ladungsmuster nach Ladungsgröße sortiert; Markierungen beinhalten die Faktorenuordnung; nicht dargestellt sind Ladungen $< 0,1$

Beide Skalen weisen eine befriedigende interne Konsistenz (Cronbach's Alpha, vgl. Tabelle 5-14) auf. Alle Items erweisen sich als hinreichend ($> ,20$) trennscharf. Die Skaleninterkorrelation erweist sich mit $r = ,31$ als signifikant ($p = ,000$; $N = 358$) aber eher gering.

Tabelle 5-14: Skalenkennwerte der beiden „Teilnahmebereitschafts-Skalen aus Sicht der Therapeuten“.

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha	r_{it} -Bereich
„Verordnungen mit höherer Akzeptanz“	6	.68	,25 - ,62
„Verordnungen mit geringerer Akzeptanz“	4	.79	,44 - ,71

Der Vergleich der Substichproben erbringt weder bei der Bewertung noch bei der durch die Therapeuten wahrgenommene Akzeptanz Unterschiede zwischen den Gruppen der Borderline-Patienten und der Patienten ohne Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Abbildung 5-7).

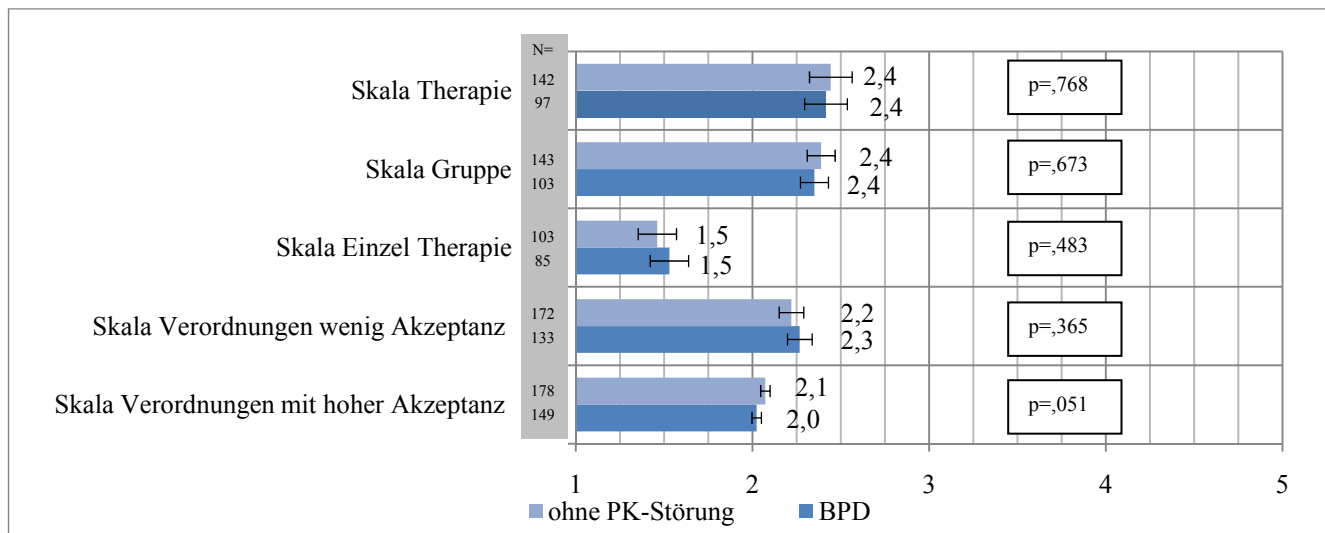


Abbildung 5-7: Skalen der therapeutischen Maßnahmen: Mittelwertsvergleich der beiden Substichproben mit 95%-Konfidenzintervallen (t-Test für unabhängige Stichproben).

Die Interkorrelation der drei „Therapie-Skalen aus Sicht der Patienten“ mit den zwei „Teilnahmebereitschafts-Skalen aus Sicht der Therapeuten“ erbringt in keinem Fall eine Korrelation größer $r > ,09$, die sich in keinem Fall als signifikant erweisen (keine Tabelle/Abbildung).

5.3.2.2 Diagnosespezifische Verordnung

Die Prüfung, inwieweit eine diagnosespezifische Versorgung der Patienten tatsächlich in der Praxis umgesetzt wird, ist wie bereits dargestellt nur ansatzweise möglich und orientiert sich an den formulierten Hypothese 2 bis Hypothese 4 (S.77). Hierfür wurde die Anzahl der Verordnungen der jeweiligen Therapiekategorie theoriegeleitet berechnet: Zu den (1) *Basistherapien* wurden „Einzelgespräche“, „Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie“, „Tiefenpsychologisch orientierte

Gruppentherapie“, „Milieugruppe“, „Medizinische Behandlung (z.B. pharmakologisch)“, die „Gespräche mit Sozialarbeitern“, „Familiengespräche“, „Partnergespräche“ sowie die „Großgruppe“ gezählt. Die (2) *Körper- und kreativen Gestaltungstherapien* beinhalten „Tanztherapie“, „Musiktherapie“, „Maltherapie“, „Theatertherapie“, „Reittherapie“, „Sport, Gymnastik, Schwimmen“ und „Physiotherapie“. Die (3) *Diagnosespezifischen Therapien* „CogPack“, „Psychoedukation“, „Training von Fertigkeiten / Skills“ und „Trauma-Stabilisierungsgruppe“. Nicht erfasst sind spezifische Konzepte einzelnertherapeutischer Behandlung. Die (4) *Interessengeleitete Therapien* setzen sich aus eben jener Kategorie sowie aus „Ausflügen und Unternehmungen“ zusammen. Nicht berücksichtigt wurde die Restkategorie „Sonstiges“. Der Vergleich der beiden definierten Substichproben erbringt keinerlei Hinweise in Bezug auf unterschiedliche Verordnungshäufigkeiten (Tabelle 5-15).

Tabelle 5-15: Verordnungshäufigkeiten der vier großen Therapiekategorien: Vergleich zwischen der BPD- und der Stichprobe ohne dokumentierte Persönlichkeitsstörung (t-Tests für unabhängige Stichproben).

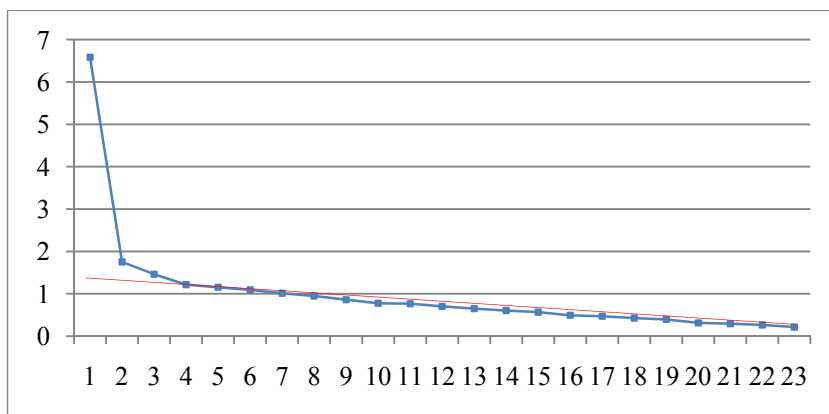
Merkmale		BPD-Stichprobe	Stichprobe ohne Pk.-Störung	Gruppen-Vergleich p	Gesamt
Basistherapien	N	202	256	,068	608
	M (SD)	5,14 (2,05)	4,78 (2,15)		5,02 (2,03)
Körper-/Kreativgruppen	N	202	256	,608	608
	M (SD)	2,89 (1,70)	2,98 (1,82)		3,05 (1,73)
Diagnosespezifische Gruppen	N	202	256	,071	608
	M (SD)	0,38 (0,56)	0,29 (0,48)		0,32 (0,51)
Interessensgruppen	N	202	256	,754	608
	M (SD)	0,24 (0,51)	0,26 (0,52)		0,25 (0,51)

Eine weitere relativ offen formulierte Hypothese (Hypothese 3, S.77) formuliert die notwendige Passung zwischen den von den Patienten benannten Problemen und den spezifischen therapeutischen Maßnahmen. Mit dem Ziel der Informationsaggregation wurden die einzelnen zur Auswahl gestellten Problemvariablen mit Hilfe von Hauptkomponentenanalysen auf übergeordnete Problemskalen analysiert. Hierbei wurden mittels Bootstrapping-Verfahren insgesamt 10 Faktorenanalysen mit einer jeweiligen Stichprobengröße von $N_{Bf} = 320$ gerechnet (Tabelle 5-16). Die Ergebnisse zeigen bei allen Analysen einen starken ersten Faktor mit einem durchschnittlichen Eigenwert von $\lambda = 6,8$ ($SD = 0,38$). Nach dem Kaiser-Kriterium erbringen die Analysen zwischen sechs und acht Faktoren ($M = 6,7$, $SD = 0,64$), bei allerdings sehr vielfältigen Ladungsmustern, so dass keine eindeutige inhaltliche Differenzierung gegeben ist. Der jeweils starke erste Faktor spricht für eine Einfachstruktur des Konstrukts, die im Vergleich mit einer Mehrfaktorenlösung eher geringe Varianzaufklärung dagegen. Die verschiedenen Screeplots sind nicht eindeutig.

Tabelle 5-16: Hauptkomponentenanalysen der persönlichen Problembewertung: Zusammenfassende Ergebnisse des Bootstrappings (10 Durchläufe, jeweils $N_{BF} = 320$).

Merkmal	Ziehung										M	SD
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Anzahl Faktoren	6	7	6	8	6	7	7	7	7	6	6,7	0,64
Eigenwert 1. Faktor unrotiert	6,4	7,1	7,2	6,8	7,0	6,5	6,1	6,6	7,1	7,4	6,8	0,38
Varianz 1. Faktor unrotiert	27,8	30,7	31,2	29,8	30,4	28,4	26,6	28,7	30,8	32,2	29,7	1,65
aufgeklärte Gesamtvarianz rotiert	58,2	64,0	61,7	67,7	58,6	63,1	62,1	63,3	64,2	60,2	62,3	2,68

Um dennoch eine inhaltlich differenzierte Aggregation von Problembereichen generieren zu können, wurde auf Grundlage der Gesamtstichprobe eine weitere explorative Hauptkomponentenanalyse mit der Vorgabe von sieben zu extrahierenden Faktoren gerechnet. Der Screeplot erlaubt die Interpretation von drei Faktoren (Abbildung 5-8).

Abbildung 5-8: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der ausgewählten therapeutischen Maßnahmen (listenweiser Fallausschluss, $N_{BF} = 78$).

Das Faktorladungsmuster (Tabelle 5-17) erbringt neben dem itemstarken ersten Faktor „depressionsassoziierte Probleme“ (Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz 19,3%), und dem zweiten Faktor „Beziehungsprobleme“ (9,8%) vier Faktoren auf denen jeweils nur zwei Items laden, sowie einen, auf dem nur ein das Item „Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn)“ (5,5%) lädt. Die Faktoren drei bis sechs lassen sich als „Probleme der Alltagsstrukturierung“ (7,7%), „Autoaggression“ (6,7%), „somatische Beschwerden“ (6,5%) und „Substanzmissbrauch und Kontrollverlust“ (5,8%) interpretieren. Obwohl diese Faktorenstruktur durchaus plausibel erscheint, wäre die Annahme einer Faktorenstabilität aufgrund der Ergebnisse des Bootstrapping-Verfahrens nicht angebracht. Infolgedessen werden keine Problemskalen aggregiert, sondern durch die Auswahl von Markieritems der sieben Faktoren repräsentiert. Auswahlkriterium hierbei bildete ein Abwägungsprozess zwischen der inhaltlichen Passung der Variable zu den zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen einer möglichst hohen Anzahl vorhandener Daten und der Trennschärfe, bzw. bei den Faktoren mit lediglich zwei Items der im Itemvergleich höchsten Variabilität. Auf dieser Grundlage wurden folgende Variablen ausgewählt: für die „depressionsassoziierten Probleme“ das Item „Hoffnungslosigkeit und

Verzweiflung“ (ausschlaggebendes Kriterium: höchste Trennschärfe, $r_{it} = .76$; Cronbach's Alpha = .87), für die „Beziehungsprobleme“, das Item „Abgrenzungsprobleme, Unselbständigkeit“ (Kriterium: höchste Trennschärfe, $r_{it} = .55$; Cronbach's Alpha = .70), für die Probleme der Alltagsstrukturierung“ das Item „Fehlende geregelte Struktur im Alltag“ (Kriterium: höherer Anteil an Nennungen), für die „Autoaggression“ das Item „Autoaggression, Selbstverletzungen“ (Kriterium: höherer Anteil an Nennungen), für die „Körperliche Beschwerden“ das Item „Körperliche Beschwerden oder Schmerzen“ (günstigere Passung zu Therapiemaßnahmen), für den Bereich „Substanzmissbrauch und Kontrollverlust“ das Item „Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle“ (Kriterium: höherer Anteil an Nennungen).

Tabelle 5-17: Faktorladungsmuster der persönlichen Problembewertung nach Varimaxrotation.

Merkmal	Faktor						
	1	2	3	4	5	6	7
Depressionen, Traurigkeit	.804	.131			.120		
Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung	.790	.112	.164	.152			
Innere Unruhe, innere Anspannung	.678	.197	.101		.366		
Antriebslosigkeit, fehlende Ausdauer	.640	.134	.333	-.138		.224	
Fehlendes Selbstvertrauen, Selbstwertprobleme	.593	.337	.285	.265		-.151	
Ängste, Phobien oder Panikanfälle	.562	.163			.275	-.112	.252
Orientierungslosigkeit im Leben, Identitätskrise	.535	.343	.420	.192	-.143		
Starke Gefühlsschwankungen, emotionale Labilität	.497	.365	.195	.324		.108	
Erinnerung an schmerzhaft Erfahrungen	.485	.167		.218	.294	.196	.139
Suizidalität, Gedanken sich etwas anzutun	.427			.354	-.106	.275	.377
Beziehungsprobleme		.738			.141	.313	
Abgrenzungsprobleme, Unselbständigkeit	.210	.675	.258			-.102	.234
Einsamkeit, Kontaktschwierigkeiten	.429	.559	.102				
Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten	.323	.461	.375		.284	-.122	.246
Berufliche Probleme (Schule, Arbeit)			.751		.188		
Fehlende geregelte Struktur im Alltag	.284	.123	.658		-.119	.254	
Essstörungen (Magersucht oder Bulimie)				.827	.141		
Autoaggression, Selbstverletzungen	.156	.142	-.115	.607		.237	.349
Körperliche Beschwerden oder Schmerzen			.105		.799		
Schlafstörungen oder Alpträume	.413			.145	.564	.162	
Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch			.219			.759	
Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle	.238	.431				.493	
Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn)			.103		.102		.861

Anmerkungen: Ladungsmuster nach Ladungsgröße sortiert; Markierungen beinhalten die Faktoreuzuordnung; nicht dargestellt sind Ladungen <0,1

Zur Überprüfung bestehender Zusammenhänge zwischen den Markieritems der persönlichen Problembewertung und der Frage, ob die jeweiligen einzelnen therapeutischen Maßnahmen verordnet wurden, wurden punktbiseriale Korrelationen berechnet (Tabelle 5-18). Die Ergebnisse zeigen teilweise signifikante, mit einer maximalen Korrelation von $r = .20$ insgesamt eher niedrige bzw. irrelevante Zusammenhänge (vgl. Cohen, 1992). Das Gesamtkorrelationsmuster ist allerdings überwiegend schlüssig. Dies zeigen zum Beispiel die deutlichen Zusammenhänge zwischen Aggressivität und der Traumastabilisierungsgruppe, die Korrelation zwischen körperlichen Beschwerden und Physiotherapie oder die ausschließlich bei Unselbständigkeit und fehlender Struktur positiven Zusammenhangsvorzeichen beim Cogpack.

Tabelle 5-18: Punktbiseriale Korrelation zwischen den Markieritems der persönlichen Problembewertung und dem Verordnungsstatus (ja/nein) der einzelnen Therapiemaßnahmen ($N_{Bf} = 538-545$).

Verordnungsstatus	Markieritems der Problembereiche						
	1 (HV)	2 (AU)	3 (fS)	4 (AS)	5 (kB)	6 (RfS)	7 (PS)
Einzelgespräche	,069	-,012	-,029	,056	-,034	,027	,036
Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie	,083	,078	,153**	-,017	-,013	,019	-,090*
Tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie	,172**	,086*	,128**	-,014	,005	,072	-,108*
Milieugruppe	,048	,012	,054	-,001	-,062	,020	-,026
Medizinische Behandlung (z.B. pharmakologisch)	,111**	,068	,086*	,109*	-,038	-,005	,038
Gespräche mit Sozialarbeitern	,075	,067	,061	,043	,031	,072	-,031
Familiengespräche	,038	-,031	,089*	,052	-,064	,010	-,051
Partnersgespräche	-,010	-,001	-,049	,005	,015	,024	-,037
Tanztherapie	,068	,072	-,036	-,029	-,047	,048	-,106*
Musiktherapie	,090*	,029	,039	-,008	-,043	,092*	-,078
Maltherapie	,094*	-,016	,051	,006	-,051	,032	-,036
Theatertherapie	,086*	,090*	,078	,022	,000	,041	-,054
Reittherapie	,030	,016	,061	-,005	-,016	-,003	-,005
Sport, Gymnastik und Schwimmen	-,071	-,024	-,024	-,054	-,104*	-,026	,041
Physiotherapie	,021	,028	-,021	-,053	,123**	,004	-,050
Ausflüge und Unternehmungen	-,011	-,005	-,015	,042	,074	-,006	-,028
Interessengruppen	,029	-,061	,014	-,029	-,022	-,042	-,005
Großgruppe	,024	,037	,057	,008	-,036	-,054	-,092*
Cogpack	-,025	,068	,022	-,092*	-,074	-,064	-,006
Psychoedukation	-,070	,014	,036	-,080	-,067	-,044	,046
Training von Fertigkeiten / Skills	-,017	,057	,022	,015	-,028	-,001	-,072
Trauma-Stabilisierungsgruppe	,085*	,061	-,004	,204**	,062	,128**	-,037

Anmerkungen: Markieritems: HV „Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung“; AU „Abgrenzungsprobleme, Unselbständigkeit“; fS „fehlende geregelte Struktur im Alltag“; AS Autoaggression, Selbstverletzungen; kB „Körperliche Beschwerden oder Schmerzen“; RfS „Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle“; PS „Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn)“

** Korrelation ist signifikant auf dem 0.01 Level (zweiseitig). * Korrelation ist signifikant auf dem 0.05 Level (zweiseitig).

Ein weiterer Aspekt, der nicht explizit als Hypothesen formuliert wurde, aber deutlichen Einfluss auf die diagnosespezifische Treatmentintegrität hat, ist die Übereinstimmung von Problemen und Zielen aus Sicht der Patienten. Hierfür wurde jeweils der Prozentsatz derjenigen ermittelt, die bei einem Problem angegeben haben, dieses „mehrmals pro Woche“ oder „täglich“ zu erleben. Der mittlere Prozentsatz liegt bei 77,3% (SD= 8,28%), die dann die Lösung dieses Problems auch als Ziel angegeben haben. Die höchste Quote liegt bei 91,7% für das Item „Depression und Traurigkeit“, die niedrigste bei 57,0% für „Einsamkeit und Kontaktschwierigkeiten“ (Abbildung 5-9).

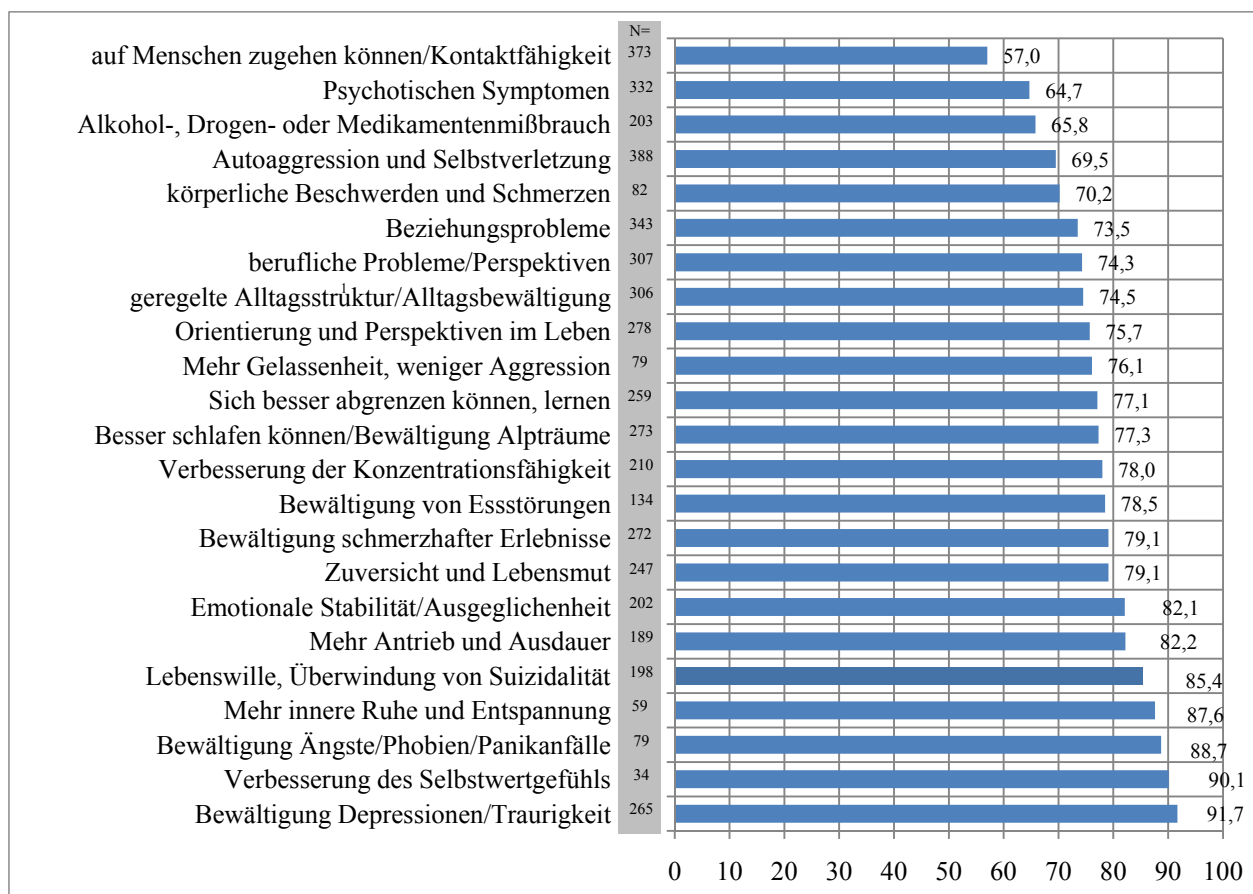


Abbildung 5-9: Übereinstimmung von genanntem Problem und dem Therapieziel aus Sicht der Patienten in Prozent.

Der Unterschied der Gruppen derer, die die Lösung des jeweiligen Problems als Ziel angeben und denen, die dies nicht tun, erweist sich im Chi²-Test jeweils als signifikant. Ebenfalls gerechnete punktbiseriale Korrelationen zeigen Methodeneffekte in der Weise, dass selten genannte Probleme aufgrund der Kategorie „nie“ zur Auftretenshäufigkeit deutlich höhere Korrelationen aufweisen denn die als „häufig auftretend“ bezeichneten Probleme. Die Ergebnisse dieser Analysen werden deshalb nicht berichtet.

5.4 PR/KR-Box: Behandlungsergebnisse

Wesentliches Anliegen dieser Arbeit ist der Vergleich der neu spezifizierten Ergebniskriterien mit Kennwerten bewährter, in der Regel generischer Verfahren der Ergebnisbewertung. Diese Ergebnisse werden im folgenden Kapitel im Vergleich mit veröffentlichten, borderlinespezifischen Ergebnissen präsentiert. Eine erste Einschätzung der Ergebnisqualität liefert der ZUF-8, also die Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung bzw. Klinik, die mit einem Mittelwert von $M = 25,8$ ($SD = 4,2$, $N_{Bf} = 382$) mit Blick auf die zugrunde liegende, psychiatrische Indikation als gut einzuschätzen ist (vgl. Kriz et al., 2008). Keine Unterschiede bestehen zwischen den beiden Substichproben ($df = 262$, $t = -176$, $p = .861$; $M_{BPD} = 26,1$, $SD_{BPD} = 4,6$, $N_{BPD} = 111$; $M_{BPD} = 26,2$, $SD_{BPD} = 3,9$, $N_{BPD} = 153$).

5.4.1 Psychometrische Skalen

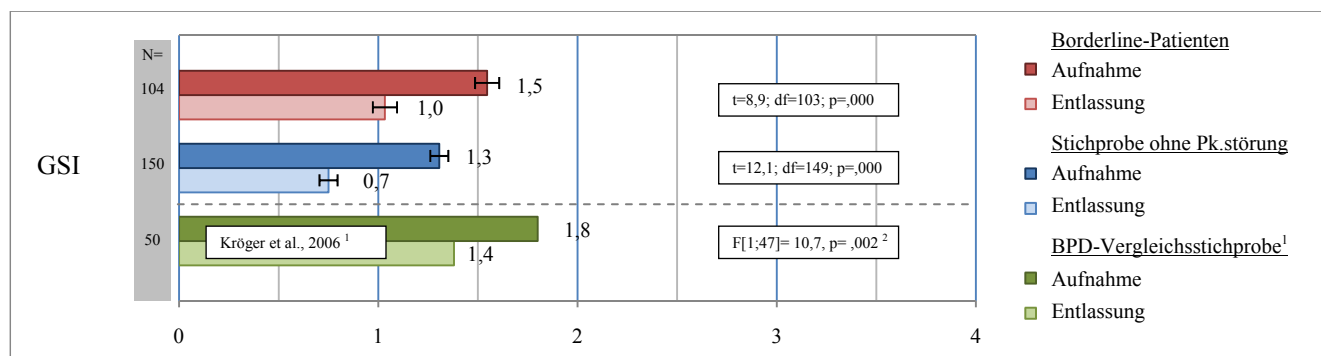
Dieses Kapitel präsentiert die Ergebnisse der stationären Behandlung in der Klinik anhand veröffentlichter standardisierter Skalen für die beiden definierten Substichproben. Unterschieden werden hierbei die unmittelbaren Behandlungsergebnisse zum Zeitpunkt der Entlassung, wie auch die längerfristigen nach dem Katamnesezeitraum von sechs Monaten. Berücksichtigt wurden die zentralen psychometrischen Skalen der Selbstbeurteilung, der SCL-90-R, der BDI, der IIP, der SVF78 sowie als diagnosespezifisches Verfahren der BPI. Auf Seiten der Fremdbeurteilung stehen lediglich der GAF und der BPRS als standardisierte Verfahren zur Analyse zur Verfügung. Dargestellt werden jeweils die Mittelwerte zum Prä- und Post-Zeitpunkt für beide Substichproben. Die statistische Prüfung von Prä-Post-Vergleichen der Einzelgruppen erfolgt über t-Test für abhängige Stichproben, die Prüfung von Zwischengruppeneffekten über Kovarianzanalysen mit der Differenz von Post- und Prä-Messung als abhängiger Variable und dem jeweiligen Ausgangswert bei Aufnahme als Kovariate. Dieser Auswertungsvariante wurde gegenüber Varianzanalysen mit Messwiederholung der Vorzug gegeben, um die dargestellte höhere Belastung der Borderline-Patienten bei Aufnahme adäquat und anschaulich zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 5.2). Im Bemühen um höhere Übersichtlichkeit wurden zudem überwiegend univariate und keine multivariaten Varianzanalysen gerechnet (Ausnahme die beiden Strategiekennwerte des SVF78). Deskriptiv werden darüber hinaus Effektstärken dargestellt. Wenn entsprechende, veröffentlichte Ergebnisse anderer Autoren zur Verfügung stehen, werden diese ausgewählt gegenübergestellt. Ergebnisse der Gesamtgruppe sind nicht dargestellt. Diese können in differenzierter und grafisch aufbereiteter Darstellungsform dem Abschlussbericht des Projekts (Kriz et al., 2010) entnommen werden.

5.4.1.1 Unmittelbare Behandlungsergebnisse bei Entlassung

Symptomcheckliste SCL-90-R

Entsprechend den aktuellen Forschungsergebnissen konzentriert sich die Auswertung aufgrund unzureichender Differenzierung der Subskalen (vgl. Kapitel 4.4, S.80) auf den Gesamtwert GSI. Die Ergebnisse zeigen eine deutlich höhere Belastung der Borderline-Stichprobe zu Beginn wie auch mit Ende der Therapie als bei der Vergleichsstichprobe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Die Reduktion der Symptombelastung erweist sich für bei beiden Gruppen als signifikant. Die zum Vergleich herangezogene Veröffentlichung von Kröger (Kröger et al., 2006) erweist sich zu beiden

Zeitpunkten als höher belastet. Die Therapiewirksamkeit dieser dreimonatigen stationären Dialektisch-Behavioralen Therapie ist um 0,1 Skalenpunkte geringer, aufgrund der höheren Ausgangswerte sind allerdings nach Ende der Therapie auch noch deutlich höhere Skalenwerte gegeben (Abbildung 5-10). Die Unterschiede der beiden definierten Substichproben erweisen sich als signifikant, wobei hierfür in nahezu vollem Umfang die Unterschiede der Prä-Kennwerte verantwortlich sind und die Stichprobenzugehörigkeit hingegen nur geringen, wenn auch signifikanten, Einfluss nimmt (Tabelle 5-19).



Anmerkungen: ¹ Vergleichsstichprobe (Kröger et al., 2006, S.1215): 50 BPD-Patienten im Rahmen einer stationären Dialektisch-Behavioralen Therapie (vgl. Kapitel 3.5, S.56ff, Tabelle 3-2, S.63); ² multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte

Abbildung 5-10: GSI-Gesamtmittelwert (SCL-90-R): Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung zu einem ausgewählten, veröffentlichten Ergebnis einer Borderline-Stichprobe.

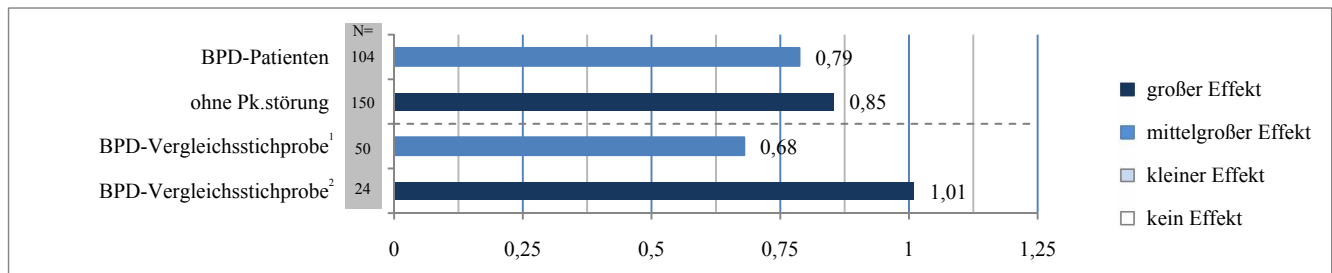
Verglichen mit einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe, die für Frauen einen Mittelwert von GSI= 0,44 (N= 1246 SD= 0,42) und für Männer von GSI= 0,30 (N= 933, SD= 0,33) beziffert (Hessel et al., 2001), erweisen sich alle dargestellten Substichproben auch nach Ende der Therapie noch deutlich symptombelastet (Abbildung 5-10).

Tabelle 5-19: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte SCL-90-R (Kovariate: GSI-Wert bei *Aufnahme*; abhängige Variable: Differenzwert $GSI_{Post} - GSI_{Prä}$).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	20,761 ^a	2	10,381	39,33	,000	,239
Konstanter Term	,748	1	,748	2,836	,093	,011
GSI _{Prä}	20,647	1	20,647	78,23	,000	,238
Substichprobe	1,452	1	1,452	5,503	,020	,021
Fehler	66,249	251	,264			
Gesamt	160,667	254				
Korr. Gesamtvariation	87,011	253				

Anmerkungen: ^a R²= ,24 (Adjusted R²= ,23)

Betrachtet man die Effektstärken der Symptomreduktion so erreicht die Substichprobe der Borderline-Patienten einen mittleren, annähernd großen Effekt. Die Vergleichsstichprobe von Kröger et al. (2006) erreicht mit $ES = 0,68$ ebenfalls einen mittelgroßen, wenn auch ein wenig kleineren Effekt. Einen deutlich höheren Effekt berichtet Bohus infolge einer dreimonatigen Dialektisch-Behavioralen Therapie. Da in dieser Veröffentlichung keine Standardabweichungen genannt werden, ist eine Einschätzung des Einflusses der Variabilität bei der Bewertung nicht möglich. Aufgrund der geringen Stichprobengröße von $N = 24$ Patienten sind Einflüsse aufgrund von Varianzbeschränkung allerdings plausibel und anzunehmen.

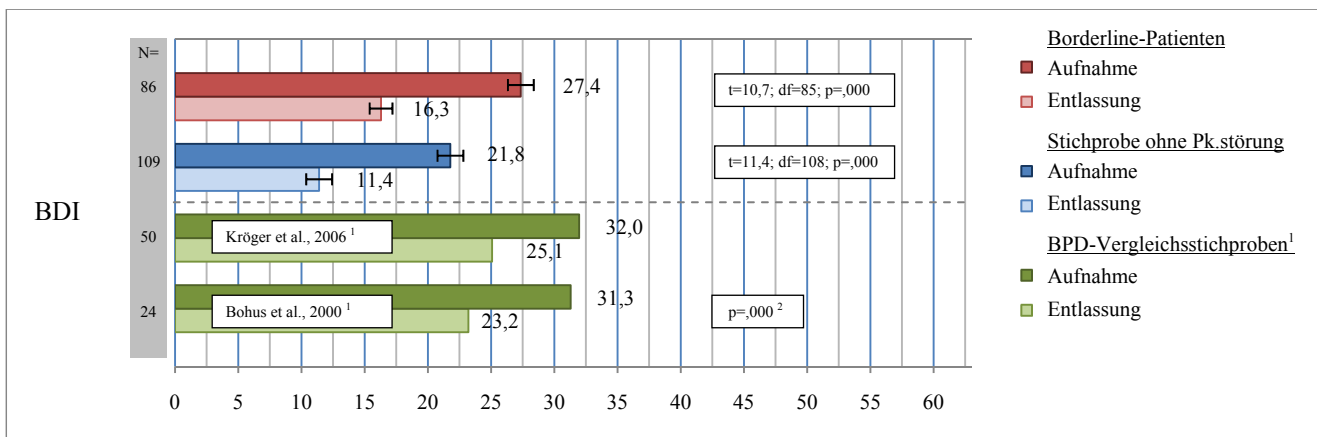


Anmerkungen: Vergleichsstichproben: ¹ Kröger et al. (2006) ² Bohus et al., 2000 (vgl. Kapitel 3.5, S.56ff, Tabelle 3-2, S.63)

Abbildung 5-11: GSI-Gesamtmittelwert (SCL-90-R): Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* im Vergleich zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen.

Beck Depressions Inventar BDI

Die Ergebnisse zeigen auf dem BDI für beide Substichproben einen signifikanten Rückgang zwischen Aufnahme und Entlassung. Unterschiede zwischen den beiden Substichproben sind wiederum auf die bereits dargestellte höhere Belastung der Borderline-Patienten bei Aufnahme zurückzuführen (Tabelle 5-20). Die Effektstärken sind mit circa eins für beide Stichproben vergleichbar und liegen ungefähr in der Mitte zweier zum Vergleich herangezogener Studien aus dem Forschungskontext zur Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Bei den Studien handelt es sich um die Arbeiten von Bohus et al. (2000) und Kröger et al. (2006). Beides sind Ein-Gruppen-Prä-Post-Studien zur Überprüfung der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Eine gleichermaßen Ein-Gruppen-Prä-Post-Studie, allerdings im ambulanten Bereich, erbringt für den BDI auf Grundlage einer Teilstichprobe von $N = 11$ Patienten eine nachträglich berechnete Effektstärke von $d = 0,31$ (vgl. Kapitel 3.5, S.56ff, Tabelle 3-2, S.63).



Anmerkungen: ¹ zu Vergleichsstichproben vgl. Kapitel 3.5, S.56ff, Tabelle 3-2, S.63; ² Bohus et al., 2000 (S.881)

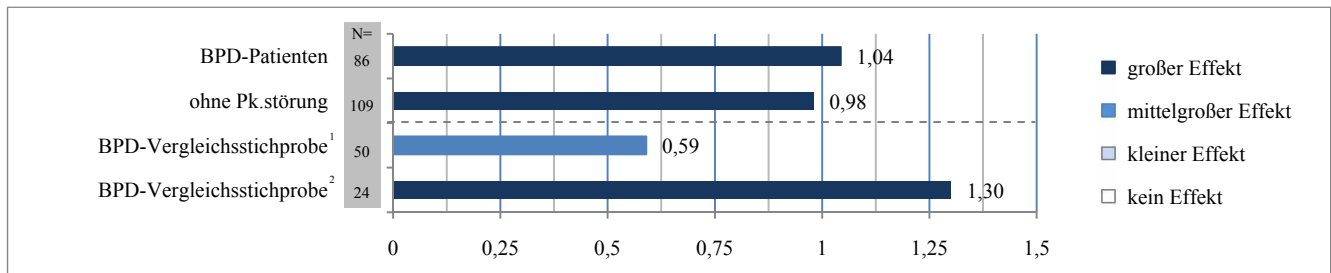
Abbildung 5-12: BDI-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen von Borderline-Patienten.

Tabelle 5-20: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte BDI (Kovariate: BDI-Wert bei *Aufnahme*; abhängige Variable: Differenzwert $BDI_{Post} - BDI_{Prä}$).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	3598,558 ^a	2	1799,279	24,97	,000	,206
Konstanter Term	1,110	1	1,110	,015	,901	,000
BDI _{Prä}	3576,797	1	3576,797	49,63	,000	,205
Substichprobe	144,659	1	144,659	2,007	,158	,010
Fehler	13837,729	192	72,072			
Gesamt	39687,000	195				
Korr. Gesamtvariation	17436,287	194				

Anmerkungen: ^a R²= ,21 (Adjusted R²= ,20)

In der oben dargestellten Zusammenstellung von Ergebnissen aus Kontrollgruppenstudien (vgl. Tabelle 3-1, S.58 f) sind vier weitere Studien enthalten, die den BDI verwendet haben (Turner, 2000; Koons et al., 2001; Bohus, Haaf et al., 2004; Simpson et al. (2004). Aufgrund den insgesamt sehr kleinen Stichprobengrößen erscheint die Studie von Bohus (Bohus, Haaf et al., 2004) mit einer Anzahl von immerhin 31 Patienten am zuverlässigsten. Hier wird im Zeitraum von 3 Monaten ein Effekt von $d = .90$ erreicht.



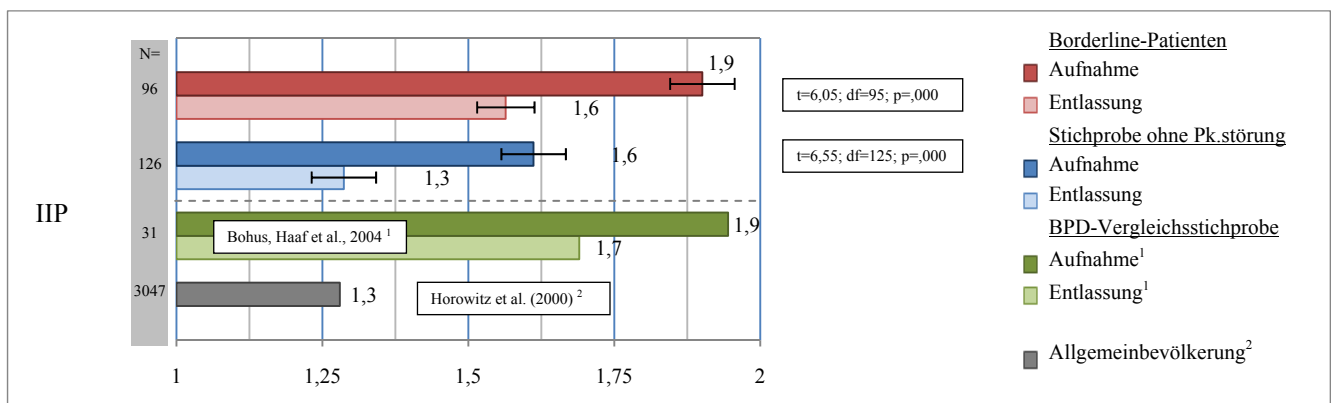
Anmerkungen: Vergleichsstichproben: ¹ Kröger et al. (2006) ² Bohus et al., 2000 (vgl. Kapitel 3.5, S.56ff, Tabelle 3-2, S.63)

Abbildung 5-13: BDI-Gesamtmittelwert: Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* im Vergleich zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen.

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP

Die Aufnahme und Entlasswerte auf dem IIP sind für die Borderline-Stichprobe in ihrer Höhe mit einer vergleichbaren Stichprobe von Bohus (Bohus, Haaf et al., 2004) nach Umrechnung der dort verwendeten Standard-Nine-Kennwerte nahezu identisch. Unterschiede bei der Prä-Messung überlagern wiederum die Unterschiede zwischen den Substichproben (

Tabelle 5-21). Die Substichprobe ohne Persönlichkeitsstörung erreicht mit Ende der Therapie den mittleren IIP-Wert der Normstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (Abbildung 5-14).



Anmerkungen: ¹ Bohus, Haaf et al., (2004) verwenden Stanine-Werte; die Kennwerte wurden zum Vergleich anhand den bei Horowitz et al. (2000) veröffentlichten Normwerten in Rohwerte transformiert ² Horowitz et al. (2000)

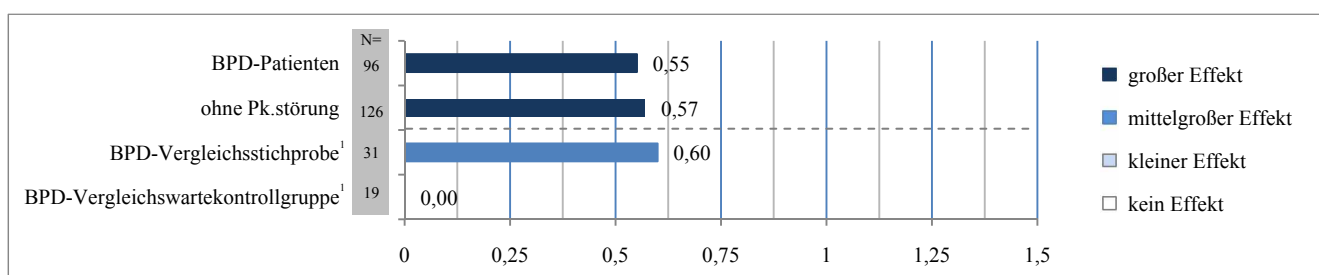
Abbildung 5-14: IIP-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung zu einem ausgewählten, veröffentlichten Ergebnis einer Borderline-Stichprobe.

Tabelle 5-21: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte IIP (Kovariate: IIP-Wert bei *Aufnahme*; abhängige Variable: Differenzwert $IIP_{Post} - IIP_{Prä}$).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	4,880 ^a	2	2,440	8,594	,000	,073
Konstanter Term	,424	1	,424	1,493	,223	,007
BPI _{Prä}	4,872	1	4,872	17,16	,000	,073
Substichprobe	,229	1	,229	,806	,370	,004
Fehler	62,174	219	,284			
Gesamt	91,243	222				
Korr. Gesamtvariation	67,054	221				

Anmerkungen: ^a R²= ,07 (Adjusted R²= ,06)

Hinsichtlich der Effektgrößen handelt es sich um Effekte mittlerer Größe (Abbildung 5-15).



Anmerkungen: Vergleichsstichproben: ¹ Bohus, Haaf et al., (2004)

Abbildung 5-15: IIP-Gesamtmittelwert: Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* im Vergleich zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen.

Stress-Verarbeitungsfragebogen SVF-78

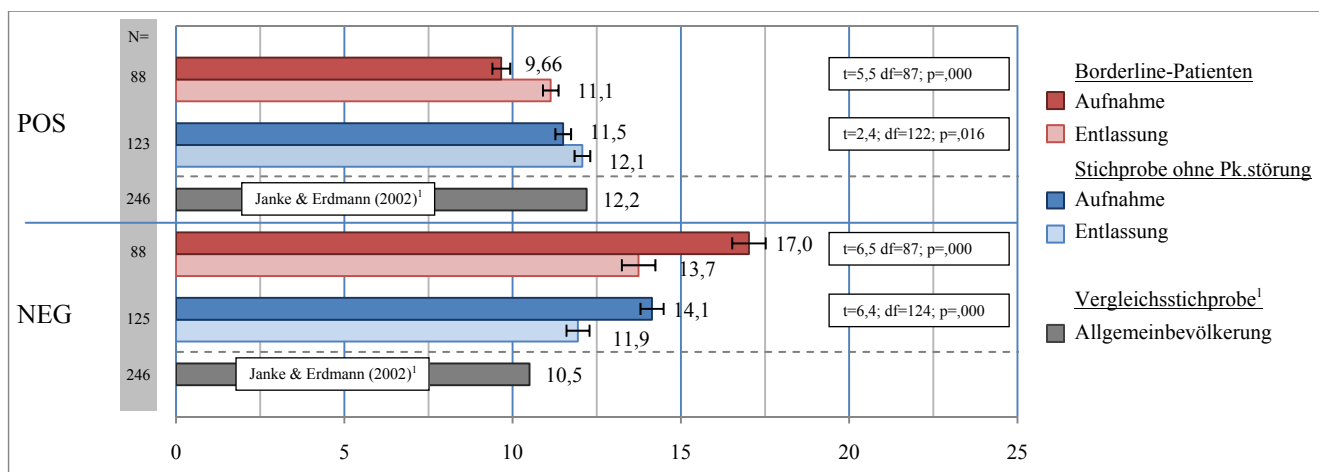
Zur Bewertung der Stressverarbeitungsfähigkeiten der Patienten werden vom SVF-78 die beiden übergeordneten Skalen, die stressvermindernden Positiv- und die stressvermehrende Negativstrategien, verwendet. Als Vergleichsgruppe werden Kennwerte einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe aus dem Testhandbuch von Janke & Erdmann (2002) gegenübergestellt, da keine borderlinespezifischen Ergebnisse zum Vergleich vorliegen. Die Veränderungen sind für beide Substichproben in der gewünschten Richtung, d.h. eine Steigerung der stressvermeidenden und eine Reduktion der stressvermehrenden Handlungsweisen. Die Veränderungen sind in allen Fällen signifikant (Abbildung 5-16).

Die Effekte sind für beide Stichproben auf den negativen Strategien deutlich höher, zudem bei der Stichprobe der Borderline-Patienten auf beiden Skalen von größerem Ausmaß (Abbildung 5-17). Verantwortlich sind hierfür wiederum die Unterschiede bei Aufnahme, nicht die Zugehörigkeit zur jeweiligen Stichprobe (Tabelle 5-22).

Tabelle 5-22: Multivariate Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte SVF78 (Kovariaten: SVF78-Positiv-Strategie-Wert POS, SVF78-Negativ-Strategie-Wert NEG jeweils bei *Aufnahme*; abhängige Variablen: Differenzwerte SVF_POS_{Post} - SVF_POS_{Prä} und SVF_NEG_{Post} - SVF_NEG_{Prä}).

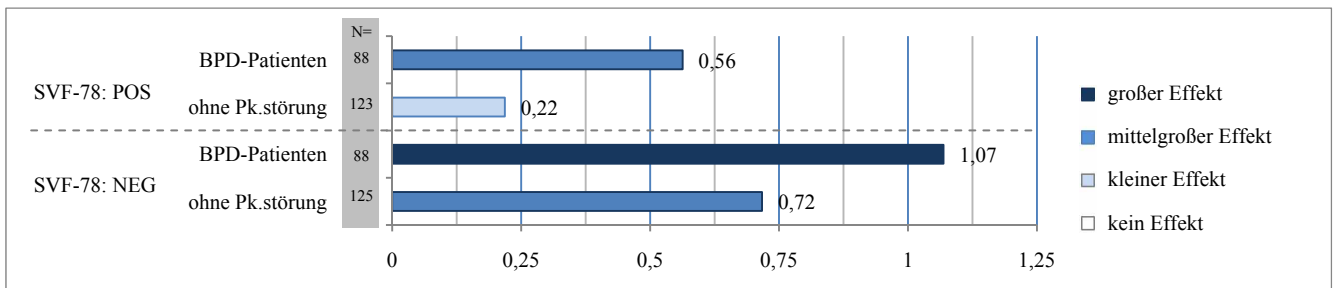
Quelle	AV	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	POS	287,541 ^a	3	95,847	18,26	,000	,209
	NEG	451,509 ^b	3	150,503	9,206	,000	,118
Konstanter Term	POS	124,826	1	124,826	23,78	,000	,103
	NEG	15,927	1	15,927	,974	,325	,005
SVF_POS _{Prä}	POS	228,947	1	228,947	43,61	,000	,174
	NEG	8,492	1	8,492	,519	,472	,003
SVF_NEG _{Prä}	POS	,013	1	,013	,002	,961	,000
	NEG	335,970	1	335,970	20,55	,000	,090
Substichprobe	POS	2,012	1	2,012	,383	,537	,002
	NEG	,052	1	,052	,003	,955	,000
Fehler	POS	1086,658	207	5,250			
	NEG	3384,217	207	16,349			
Gesamt	POS	1560,000	211				
	NEG	5354,000	211				
Korr. Gesamtvariation	POS	1374,199	210				
	NEG	3835,725	210				

Anmerkungen: ^a R²= ,21 (Adjusted R²= ,20); ^b R²= ,12 (Adjusted R²= ,11)



Anmerkungen: ¹ Referenzwerte nach Janke & Erdmann (2002).

Abbildung 5-16: SVF-78: „Stressvermindernde Positiv-Strategien POS“ und „Stressvermehrnde Negativ-Strategien NEG“: Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung mit verschiedenen Normstichproben.

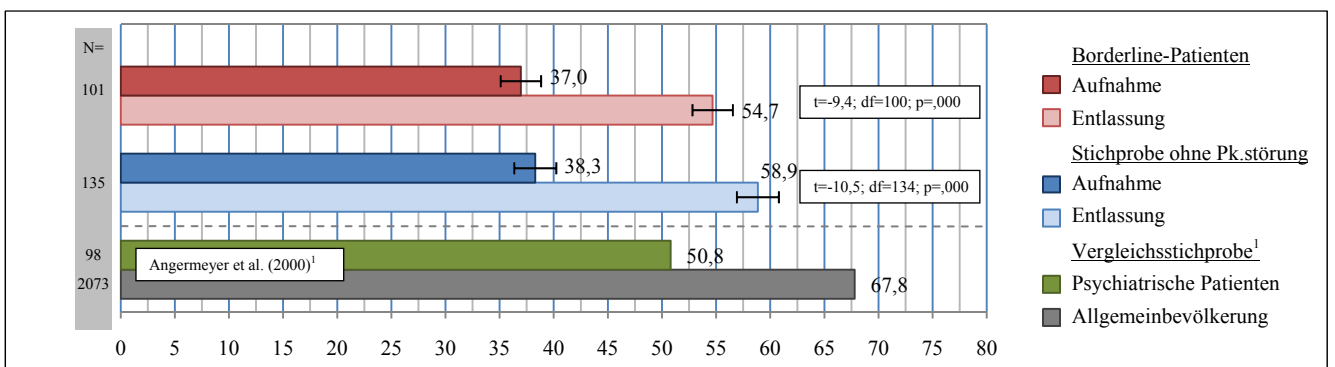


Anmerkungen: keine entsprechenden Veröffentlichungen bekannt.

Abbildung 5-17: SVF-78: „Stressvermindernde Positiv-Strategien POS“ und „Stressvermehrnde Negativ-Strategien NEG“: Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* im Vergleich zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen.

WHOQoL-BREF

Auf dem WHOQoL-BREF-Gesamtwert zeigen sich für beide Substichproben deutliche Verbesserungen zwischen Aufnahme und Entlassung. Im Vergleich mit veröffentlichten Referenzwerten erweisen sich die Ausgangswerte der Patienten der Klinik Mengerschwäge niedriger als bei der psychiatrischen Vergleichsstichprobe. Mit Behandlungsende übertreffen sie diese, reichen aber nicht an die Werte der Allgemeinbevölkerung heran. Trotz der erzielten höheren Effektstärken der Gruppe ohne Persönlichkeitsstörung (Abbildung 5-19) bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Substichproben; der Wert bei Aufnahme erweist sich auch beim WHOQoL als bedeutsam für die Veränderung zwischen Entlass- und Aufnahmemessung (Tabelle 5-23).



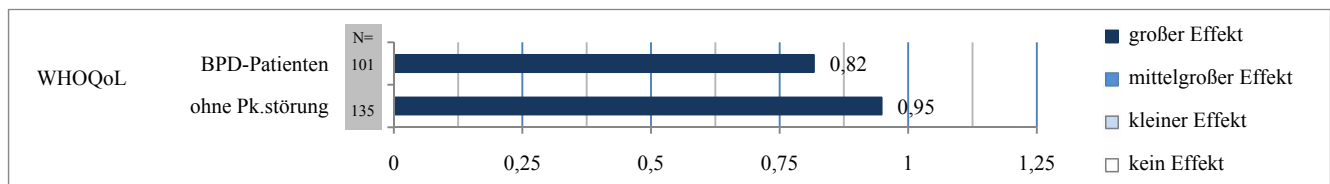
Anmerkungen: ¹ Referenzwerte nach Angermeyer et al. (2000).

Abbildung 5-18: WHOQoL-BREF-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung mit verschiedenen Normstichproben.

Tabelle 5-23: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte WHOQoL (Kovariate: WHOQoL-Gesamtwert bei *Aufnahme*; AV: Differenzwert $WHOQoL_{Post} - WHOQoL_{Prä}$).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	25580,082 ^a	2	12790,041	37,16	,000	,242
Konstanter Term	77448,099	1	77448,099	225,0	,000	,491
WHOQoL _{Prä}	25110,771	1	25110,771	72,96	,000	,238
Substichprobe	717,576	1	717,576	2,085	,150	,009
Fehler	80189,117	233	344,159			
Gesamt	194071,000	236				
Korr. Gesamtvariation	105769,199	235				

Anmerkungen: ^a R²= ,24 (Adjusted R²= ,24)

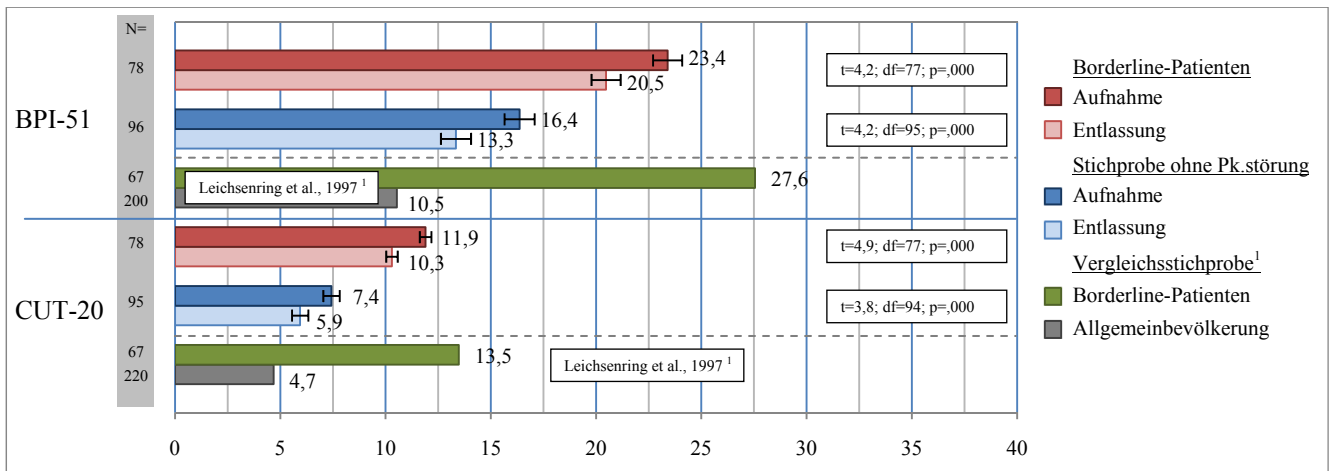


Anmerkungen: keine entsprechenden Veröffentlichungen bekannt.

Abbildung 5-19: WHOQoL-Gesamtwert: Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* im Stichprobenvergleich.

Borderline-Persönlichkeits-Inventar BPI

Das Borderline Persönlichkeitsinventar BPI ist nach Auskunft des Autors (Leichsenring, 1997) gleichermaßen bei Diagnosestellung, sowohl diagnoseunterstützend als auch in Screeningfunktion, wie auch zur Therapieerfolgsbewertung geeignet. Neben dem Gesamtscore BPI-51 und dem Cut-off-Parameter Cut-20 stehen für eine differenziertere Therapiebewertung auch die Skalenwerte der drei Subskalen „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“, „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“ und „mangelhafte Realitätsprüfung“ und „Angst vor Nähe“ zur Verfügung. Der Vergleich mit den von Leichsenring (1997) veröffentlichten Daten zeigt die Borderline-Patienten der Klinik Mentschwaige weniger belastet als die entsprechend erkrankte Referenzstichprobe. Zum Entlasszeitpunkt reicht der Kennwert keiner Patientengruppe an die Referenzwerte der Allgemeinbevölkerungstichprobe heran (Abbildung 5-20). Der Vergleich der Substichproben zeigt, wie die vorangegangenen Vergleiche (siehe oben), Unterschiede zwischen den Gruppen, die letztlich aber nicht auf die Stichprobenzugehörigkeit zurückgeführt werden können (Tabelle 5-24).



Anmerkungen: ¹ Referenzwerte nach Leichsenring (1997).

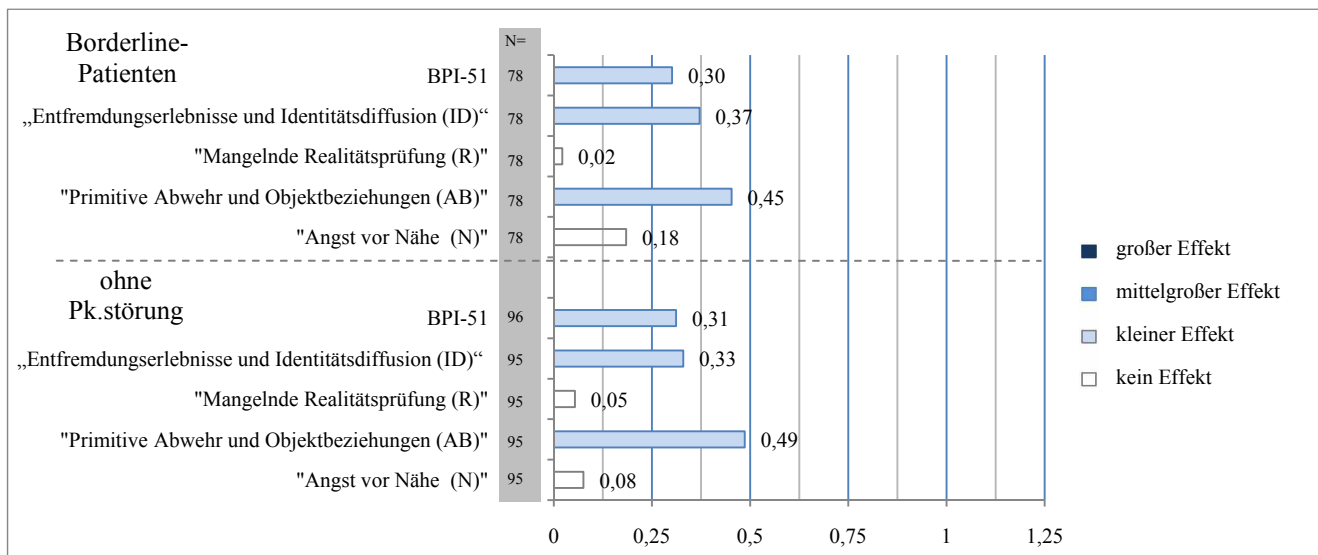
Abbildung 5-20: BPI: BPI-51 und CUT-20-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung mit verschiedenen Normstichproben.

Tabelle 5-24: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte BPI (Kovariate: BPI-Wert bei *Aufnahme*; AV: Differenzwert $BPI_{Post} - BPI_{Prä}$).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	749,813 ^a	2	374,907	9,321	,000	,098
Konstanter Term	103,998	1	103,998	2,586	,110	,015
BPI _{Prä}	749,402	1	749,402	18,63	,000	,098
Substichprobe	126,491	1	126,491	3,145	,078	,018
Fehler	6878,095	171	40,223			
Gesamt	9170,000	174				
Korr. Gesamtvariation	7627,908	173				

Anmerkungen: ^a R²= ,10 (Adjusted R²= ,09)

Die Effektstärke der Aufnahme-Entlassvergleiche zeigen lediglich kleine Effekte auf dem BPI-51 und den Subskalen „Entfremdungserlebnisse und Identitätsdiffusion“ und „Primitive Abwehr und Objektbeziehungen“. Die Unterschiede der Effektstärken zwischen den Subgruppen sind insgesamt gering (Abbildung 5-21).

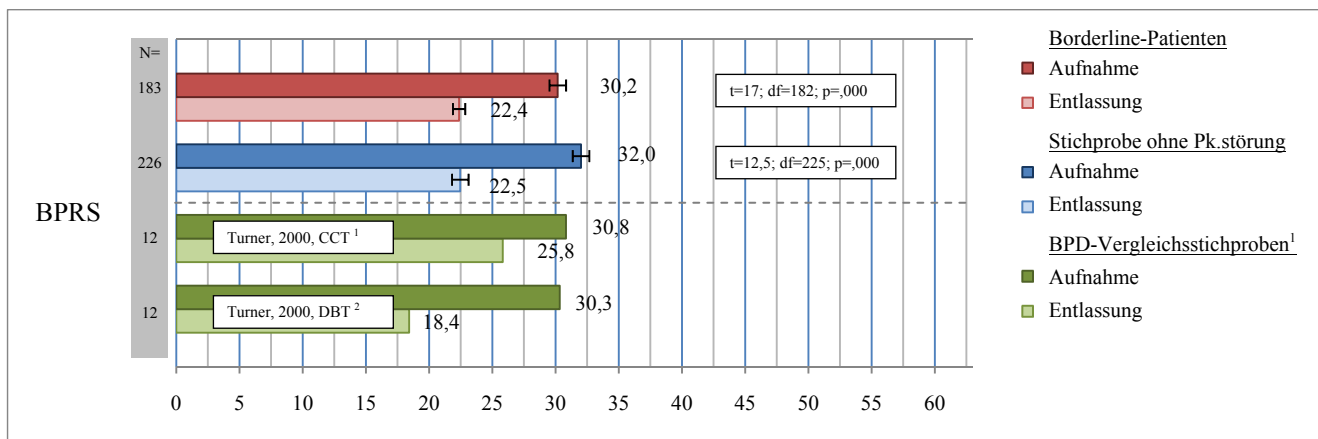


Anmerkungen: keine Veröffentlichungen zum Vergleich bekannt.

Abbildung 5-21: BPI: Effektstärken des BPI-51 sowie der vier BPI-Subskalen zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* im Vergleich der beiden Substichproben.

Brief Psychiatric Rating Scale BPRS

Die BPRS zeigt deutliche Unterschiede zwischen Prä- und Postmessung, keine hingegen zwischen den beiden Substichproben (Tabelle 5-25). Die Behandlungsergebnisse der Borderline-Stichprobe liegen zwischen den von Turner (2000) angegebenen Ergebnissen von Klientenzentrierter und Dialektisch-Behavioraler Therapie (Abbildung 5-22).



Anmerkungen: ¹ Turner (2000) CCT: Gruppe mit Klientenzentrierter Therapie ² Turner (2000): DBT: Gruppe mit Dialektisch-Behavioraler Therapie

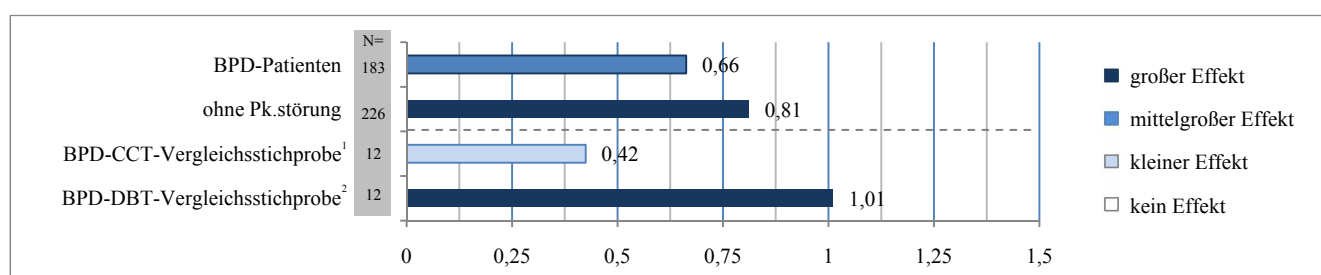
Abbildung 5-22: BPRS-Gesamtmittelwert: Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung zu einem ausgewählten, veröffentlichten Ergebnis einer Borderline-Stichprobe.

Tabelle 5-25: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte BPRS (Kovariate: BPRS-Wert bei *Aufnahme*; AV: Differenzwert $BPRS_{Post} - BPRS_{Prä}$).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	6432,882 ^a	2	3216,441	34,07	,000	,144
Konstanter Term	104,836	1	104,836	1,110	,293	,003
BPRS _{Prä}	6123,267	1	6123,267	64,86	,000	,138
Substichprobe	133,225	1	133,225	1,411	,236	,003
Fehler	38329,514	406	94,408			
Gesamt	76221,000	409				
Korr. Gesamtvariation	44762,396	408				

Anmerkungen: ^a R²= ,14 (Adjusted R²= ,14)

Der Vergleich der beiden Substichproben der Klinik Mentschwaige erbringt für die Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung einen großen, für die Borderline-Stichprobe einen mittleren Effekt bezüglich der allgemeinen psychiatrischen Symptomatik (Abbildung 5-23). Ein Vergleich mit der Veröffentlichung von Turner (2000) gestaltet sich als schwierig, da die angegebenen Standardabweichungen ($SD_{CCT} = 6,0$; $SD_{DBT} = 6,56$; Turner, 2000, S.416) deutlich von der Standardabweichung der hier vorliegenden Stichprobe ($SD_{Gesamt} = 11,77$) abweichen, was mutmaßlich auf die Varianzeinschränkung infolge der sehr kleinen Stichprobe ($N_{CCT} \& DBT = 24$) bei Turner (2000) zurückzuführen ist. Vor dem Hintergrund der großen Abhängigkeit der Effektstärkenberechnung von der zugrunde gelegten Standardabweichung und mit dem Ziel einer fairen Vergleichsgrundlage wurden die Effektstärken der Studie von Turner (2000) auch auf Grundlage der Standardabweichung der Gesamtstichprobe der Klinik Mentschwaige berechnet. Die Ergebnisse zeigen einen kleinen Effekt für die Gruppe der Klientenzentrierten Therapie und einen großen für die Dialektisch-Behaviorale Therapie.

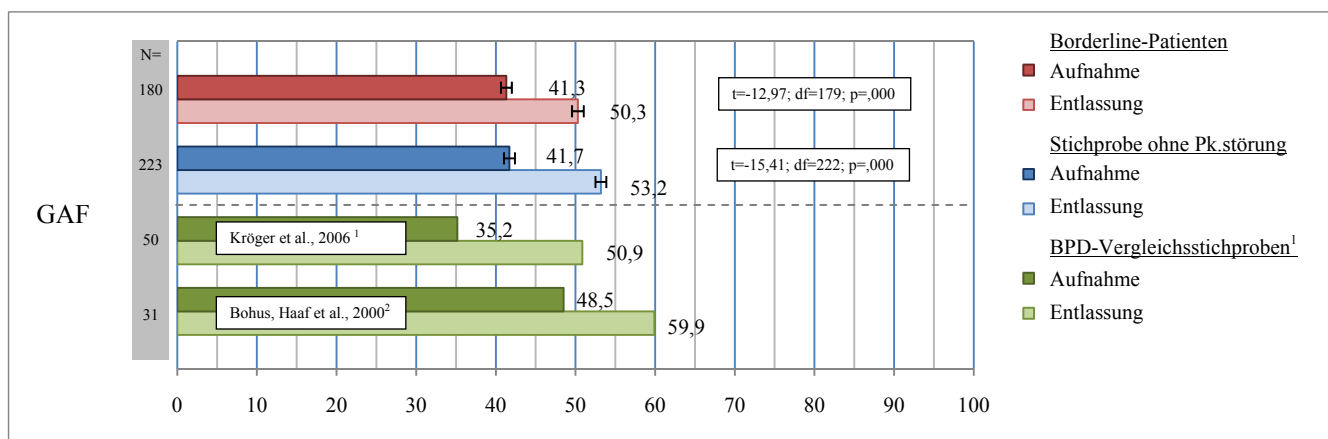


Anmerkungen: Vergleichsstichprobe: Turner (2000) ¹CCT: Gruppe mit Klientenzentrierter Therapie; ²DBT: Gruppe mit Dialektisch-Behaviorale Therapie
 ACHTUNG: Effektstärke berechnet anhand der Standardabweichung der aktuellen Stichprobe der Klinik Mentschwaige (vgl. Text).

Abbildung 5-23: BPRS-Gesamtmittelwert: Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* im Vergleich zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen.

Global Assessment of Functioning GAF

Bei dem GAF handelt es sich nicht um eine Skala im eigentlichen Sinn, da letztlich nur ein Item bewertet wird (vgl. Kapitel 4.4, S.80). Aufgrund der internationalen Bedeutung und der hohen Informationsaggregation bei der Antwort des Items wird es im Rahmen dieser Analysen dennoch als Einzelkennwert herangezogen. Berücksichtigt wird die Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus der letzten Woche, da nur diese im Prä-Post-Vergleich analysiert werden kann, nicht hingegen der 12-Monatszeitraum. Das allgemeine Funktionsniveau steigt mit der Therapie für beide Substichproben, ein wenig stärker für die Gruppe ohne diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (Abbildung 5-24).



Anmerkungen: ¹ Kröger et al. (2000) ² Bohus, Haaf et al. (2000): Gruppe mit Dialektisch-Behaviorale Therapie

Abbildung 5-24: GAF-Wert (7 Tage): Prä-Postvergleich zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* der beiden Substichproben (t-Test für abhängige Stichproben, 95%-Konfidenzintervalle) in Gegenüberstellung ausgewählter, veröffentlichter Ergebnisse von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

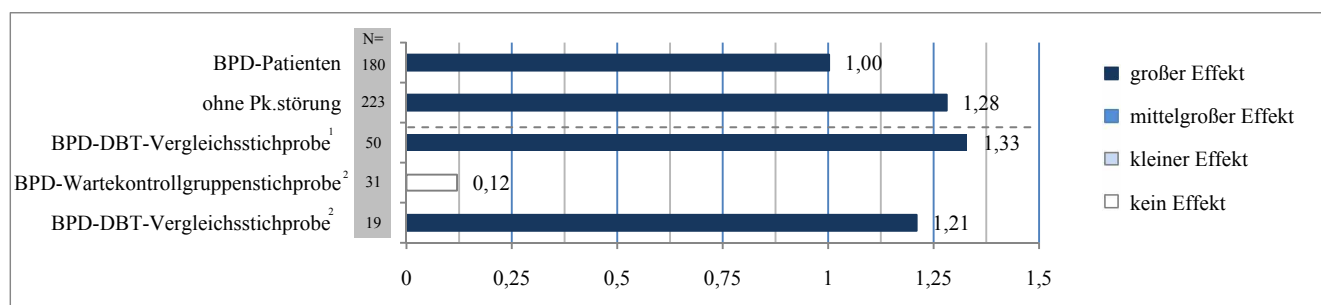
Tabelle 5-26: Kovarianzanalyse (ALM): Test der Zwischensubjekteffekte GAF (Kovariate: GAF-Wert (7 Tage) bei *Aufnahme*; abhängige Variable: Differenzwert $GAF_{Post} - GAF_{Prä}$).

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Korrigiertes Modell	7396,685 ^a	2	3698,342	40,92	,000	,170
Konstanter Term	14961,258	1	14961,258	165,5	,000	,293
GAF _{Prä}	6773,682	1	6773,682	74,95	,000	,158
Substichprobe	716,993	1	716,993	7,933	,005	,019
Fehler	36150,963	400	90,377			
Gesamt	86862,000	403				
Korr. Gesamtvariation	43547,648	402				

Anmerkungen: ^a $R^2 = ,17$ (Adjusted $R^2 = ,17$)

Wiederum erweist sich der Ausgangswert bei Aufnahme als relevant für die Zwischengruppenvergleiche, allerdings hat auch die Stichprobenzugehörigkeit einen, wenn auch kleinen, signifikanten Einfluss (Tabelle 5-26). Insgesamt sind sowohl Ausgangs- als auch Entlasswerte mit anderen

Veröffentlichungen vergleichbar (Abbildung 5-24). Die Effektgrößen sind sowohl bei der vorliegenden Stichprobe als auch bei den herangezogenen Vergleichsstichproben im Bereich großer Effekte (Abbildung 5-25).



Anmerkungen: DBT: Dialektisch Behaviorale Therapie; ¹ Kröger et al. (2006); ² Bohus, Haaf et al. (2004)

Abbildung 5-25: GAF-Wert (7 Tage): Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung im Vergleich zu ausgewählten, veröffentlichten Ergebnissen.

5.4.1.2 Längerfristige Behandlungsergebnisse bei 6-Monatskatamnese

Die Darstellung der längerfristigen Behandlungsergebnisse konzentriert sich auf die gleichen Kriterien wie bei den kurzfristigen. Allerdings stehen hierbei zum Einen keine Fremddaten zur Verfügung, zum Anderen ist die für die Analyse zur Verfügung stehende Stichprobe deutlich kleiner, so dass auch die Ergebnisdarstellung wesentlich komprimierter erfolgt. Um eine direkte Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden dabei auch Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs dieser eingeschränkten Stichprobe präsentiert. In der abweichenden zugrunde liegenden Stichprobe kann sind Abweichungen der Kennwerte zum vorangegangenen Kapitel begründet. Gerechnet wurden jeweils zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung in einem Faktor zur Analyse linearer Kontraste. Dabei wurden Helmert-Kontraste herangezogen, die jeweils die Wirkung der ersten Stufe des Faktors Messzeitpunkt mit dem mittleren Effekt der folgenden Zeitpunkte, sowie die Effekte des zweiten und des dritten Zeitpunktes vergleichen. Die jeweiligen Mittelwerte zu den unterschiedlichen Zeitpunkten sind in Abbildung 5-26 dargestellt. Auch in dieser reduzierten Gruppe zeigen beide Gruppen im Durchschnitt eine signifikante Verbesserung im Vergleich von Aufnahme und Entlassung. Mit der Katamnese-messung ist in der Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung mit Ausnahme der Positivstrategien des SVF und dem BPI in allen Kriterien eine weitere leichte Verbesserung erkennbar. Anders in der Gruppe der Borderline-Patienten, die außer auf dem BDI jeweils wieder eine Abnahme der Ergebnisse erfahren. Die multivariate Prüfung der Wechselwirkungseffekte mittels F-Test der einzelnen Helmert-Kontraste erbringen für alle Kriterien einen signifikanten Zeiteffekt, signifikante Wechselwirkungen lediglich für den IIP und den WHOQoL im Vergleich von Post- und Katamnese-messung, sowie auf dem BPI-51 im Vergleich von Aufnahme mit den gemittelten Post- und Katamnese-kennwerten (die entsprechenden Tabellen zu den Zwischengruppeneffekten und zu den Innergruppenkontrasten sind im Anhang enthalten). In beiden Fällen ist eine höhere Abnahme der positiven Behandlungseffekte in der Gruppe der Borderline-Patienten gegeben.

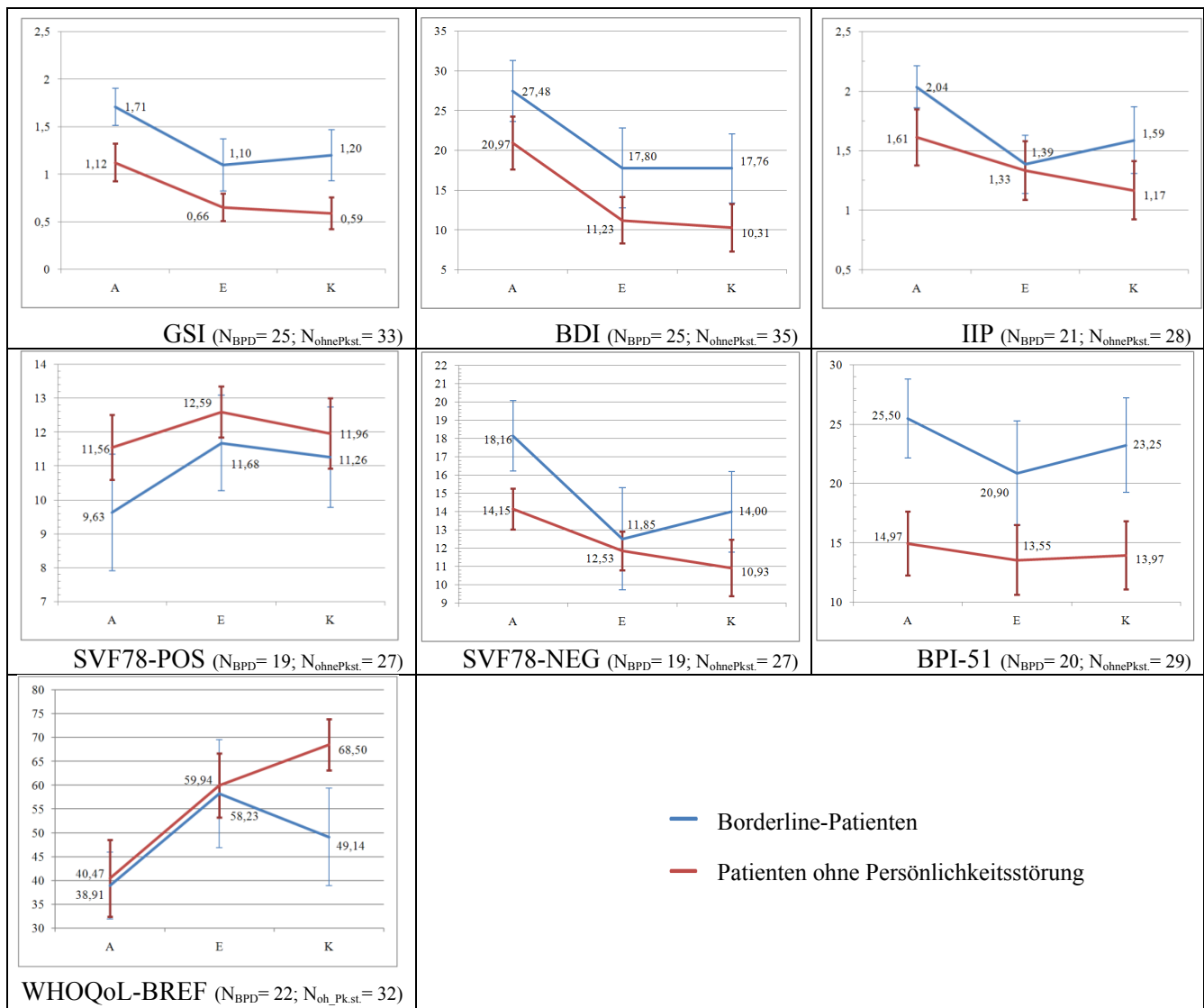


Abbildung 5-26: Mittelwerte (mit 95% Konfidenzintervallen) der drei Messzeitpunkte *Aufnahme*, *Entlassung* und *6-Monatskatamnese* im Rahmen Zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor der sieben ausgewählten Selbstbeurteilungskennwerte.

Der Substichprobenvergleich der Effektstärken zwischen Aufnahme und Katamnese verdeutlicht diese unterschiedlichen Entwicklungen, besonders deutlich für den WHOQoL, auf dem die Patienten ohne Persönlichkeitsstörung einen deutlich großen Effekt, die Borderline-Patienten hingegen lediglich noch einen kleinen aufweisen (Abbildung 5-27).

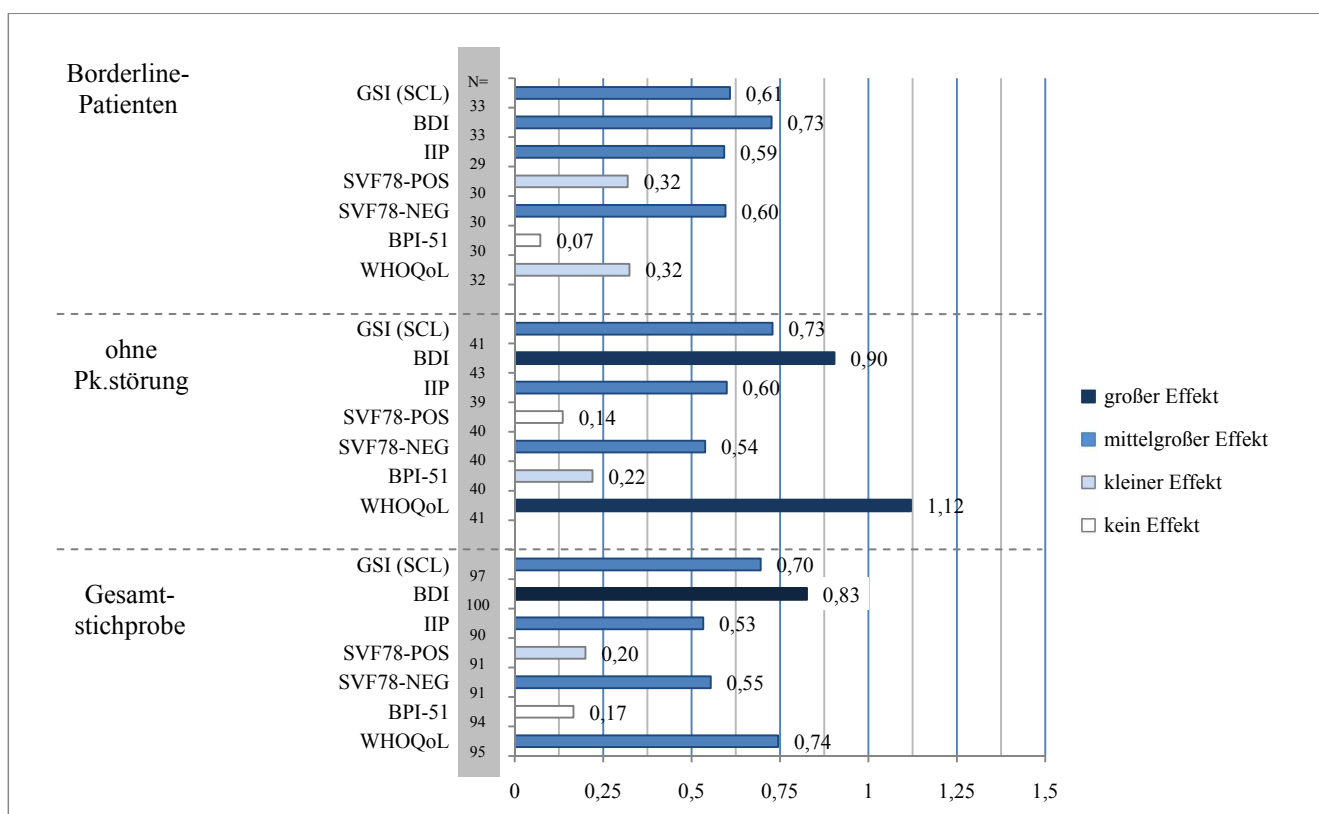


Abbildung 5-27: Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Katamnese* der zentralen psychometrischen Skalen im Vergleich der Sub- wie der Gesamtstichprobe.

5.4.2 Spezifizierte multiple Ergebniskriterien

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse anhand der auf Grundlage des spezifizierten Evaluationsmodells (vgl. Kapitel 4.1, S.72ff) theoretisch formulierten multiplen Ergebniskriterien, zum Einen die borderlinespezifischen MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} , zum Anderen das erkrankungsunspezifische MEK_{TaL} dargestellt. Eine Prüfung des spezifizierten Gesamtmodells erfolgt in Kapitel 5.5.

5.4.2.1 Ergebnisqualität der borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2}

Die vorhandene Datengrundlage hat die Entwicklung zweier multipler Ergebniskriterien zur Erfassung borderlinespezifischer Ergebnisqualität notwendig gemacht, wobei das erste (MEK_{BPD_1}) auf Grundlage des Aufnahme-Entlassvergleichs inhaltlich unvollständig auf einer größeren Stichprobe, das zweite auf Grundlage des Aufnahme-Katamnesevergleichs (MEK_{BPD_2}) inhaltlich umfassender auf einer kleineren Stichprobengröße basiert (vgl. Kapitel 4.5, S.96). Tabelle 5-27 gibt einen Überblick über die deskriptiven Kennwerte der hierzu herangezogenen Einzelitems (vgl. Tabelle 4-4, S.98). Eine Analyse der internen Konsistenz dieser Einzeldaten erfolgte wegen der unterschiedlich skalierten Assessmentinstrumente auf Grundlage der z-standardisierten Kennwerte. Cronbach Alpha-Werte von $\alpha = .75$ für die Items des Kennwerts MEK_{BPD_1} und von $\alpha = .85$ für den MEK_{BPD_2} erweisen sich als befriedigend. Die Trennschärfen der Einzelitems erweisen sich in allen Fällen größer als $r_{it} > .20$. Die Spezifität in Hinblick auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde zunächst mittels ROC-

Analysen des aggregierten Kennwerts der z-standardisierten Items der borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriterien bei Aufnahme (BPD_1_ZA bzw. BPD_2_ZA) geprüft. Abbildung 5-28 veranschaulicht, dass grundsätzlich eine Diskriminationsfähigkeit der Substichproben von Borderline-Patienten und solchen ohne Persönlichkeitsstörung anhand des Itempools gegeben ist.

Tabelle 5-27: Deskriptive Kennwerte der Items zu den Zeitpunkten *Aufnahme*, *Entlassung* und *Katamnese*, die der Bildung der borderlinespezifischen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} zugrunde gelegt sind.

Inhalt ¹	Aufnahme			MEK ² BPD_1 BPD_2		Entlassung			Katamnese		
	N	M	SD	r _{it}	r _{it}	N	M	SD	N	M	SD
MEK_{BPD_1}											
SCL-90-R/ 74. Neigung, in Auseinandersetzungen zu geraten	562	1,00	1,26	,357	,298	393	,75	1,01	107	,78	,993
BPI/ 9. Gefühle gegenüber Menschen schlagen häufig ins Gegenteil um	464	,48	,50	,332	,413	282	,35	,48	105	,39	,490
SCL-90-R/ 63. Drang, jemanden zu schlagen, Schmerz zuzufügen	561	,51	1,00	,337	,298	393	,37	,76	108	,44	,868
SCL-90-R/ 75. Nervosität, wenn alleine gelassen	563	1,45	1,40	,339	,341	394	,91	1,12	106	,86	1,09
SCL-90-R/ 33. Furchtsamkeit	558	1,79	1,38	,408	,453	394	1,06	1,18	108	1,16	1,20
SCL-90-R/ 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	558	,90	1,25	,484	,513	392	,38	,81	109	,50	,949
BDI/ I. Selbstmordabsicht	494	,71	,71	,429	,466	304	,43	,58	109	,50	,647
SCL-90-R/ 60. Drang, sich zu überessen	561	,80	1,31	,302	,336	394	,74	1,15	108	,77	1,22
SCL-90-R/ 24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber machtlos	559	1,67	1,42	,424	,465	395	1,06	1,18	109	,87	1,14
SCL-90-R/ 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	563	1,84	1,44	,509	,472	394	,79	1,11	108	,97	1,16
SCL-90-R/ 51. Leere im Kopf	554	1,46	1,40	,387	,335	392	,92	1,12	108	1,03	1,26
MEK_{BPD_2}											
PL_10. Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle	542	2,49	1,24	-	,527	-	-	-	109	2,09	1,07
PL_4. Ängste, Phobien oder Panikanfälle	548	2,90	1,32	-	,414	-	-	-	107	2,39	1,14
PL_21. Suizidalität	545	2,04	1,17	-	,542	-	-	-	108	1,60	,976
PL_20. Selbstverletzungen	540	1,75	1,11	-	,439	-	-	-	109	1,49	,846
PL_3. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch	549	1,78	1,22	-	,245	-	-	-	108	1,41	,918
PL_2. Essstörungen	537	1,72	1,30	-	,279	-	-	-	108	1,46	,971
PL_11. Beziehungsprobleme	535	2,86	1,37	-	,380	-	-	-	107	2,27	1,02
PL_16. starke Gefühlsschwankungen	543	3,50	1,27	-	,590	-	-	-	109	2,61	1,22
PL_7. Schlafstörungen oder Alpträume	550	3,30	1,29	-	,379	-	-	-	109	2,71	1,20
PL_8. innere Unruhe	545	3,94	1,11	-	,520	-	-	-	109	3,14	1,13
PL_19. schmerzhaftes Erinnerungen	542	3,40	1,25	-	,494	-	-	-	109	2,97	1,12

Anmerkungen: ¹z.T. deutlich gekürzt (Formulierungen siehe Originalinstrumente bzw. Anhang); Skalierungsspannweiten: SCL-90-R: 0-4; BDI: 0-3; BPI: 0/1; ISTA: 0/1; PL: 0-5; ²r_{it}= korrigierte Trennschärfe differenziert für beide Kennwerte; aufgrund unterschiedlicher Skalierungen berechnet auf Grundlage der z-standardisierten Kennwerte

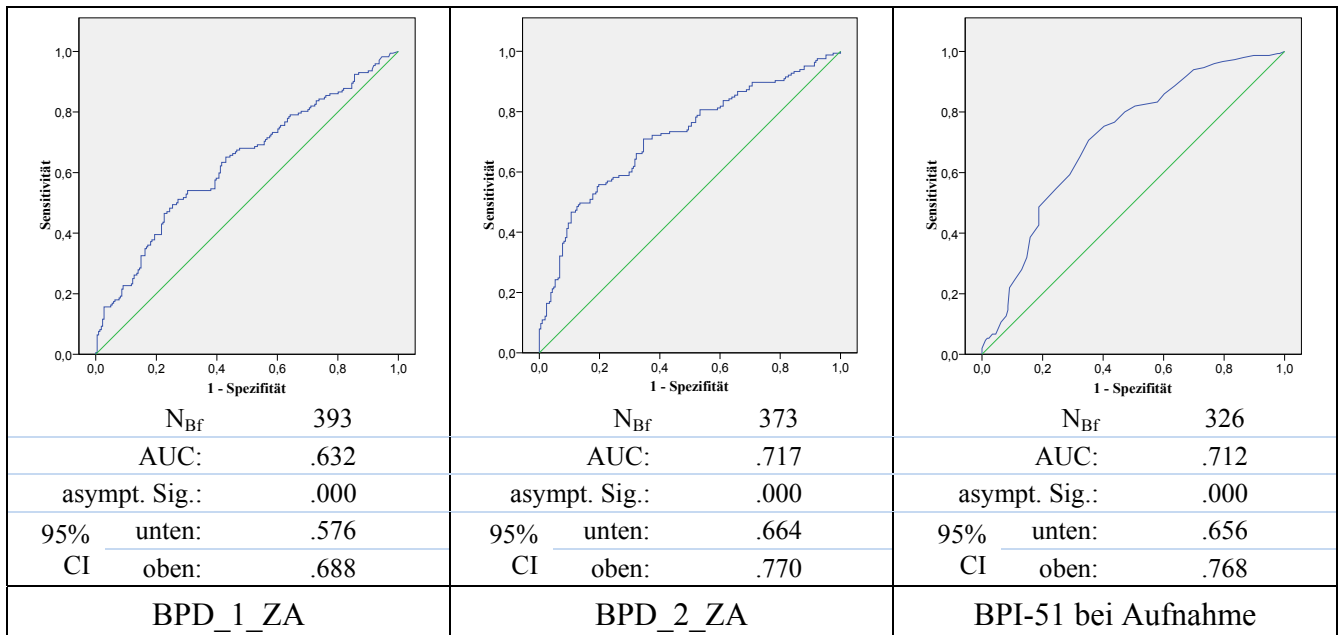


Abbildung 5-28: Status: ROC-Kurven und Kennwerte der z-standardisierten, mittleren Kennwerte bei *Aufnahme* der Items MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} in Gegenüberstellung zum BPI-51 zur Diskrimination der erkrankungsspezifischen Subgruppen.

Diese Diskriminationsfähigkeit ist bei dem auf der unvollständigen Datenbasis des MEK_{BPD_1} basierendem $z_{\text{PräMEK}_{\text{BPD}_1}}$ in geringerem Maß gegeben als bei dem alle relevanten Aspekte berücksichtigenden $z_{\text{PräMEK}_{\text{BPD}_2}}$. Die Gegenüberstellung der AUC-Kurve des BPI_51-Gesamtwerts zeigt, dass zumindest der zweite Kennwert $z_{\text{PräMEK}_{\text{BPD}_2}}$ eine vergleichbare Gesamtdiskriminationsfähigkeit aufweist. Bei den als Veränderungskennwerte operationalisierten multiplen ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} ist keine Diskriminationsfähigkeit mehr gegeben; gleiches gilt für den Aufnahme-Entlassvergleich auf dem BPI (Abbildung 5-29).

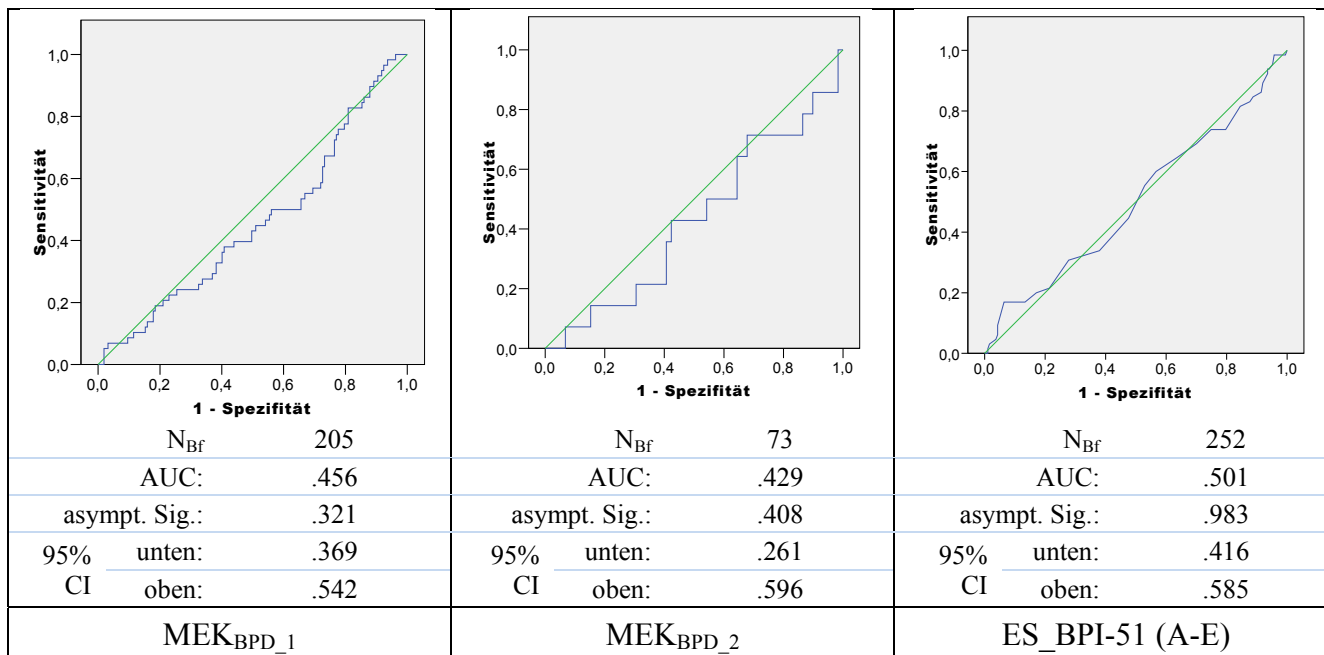


Abbildung 5-29: ROC-Kurven und Kennwerte von MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} in Gegenüberstellung zum BPI-51 zur Diskrimination der erkrankungsspezifischen Subgruppen.

Im Weiteren wurde die Dimensionalität dieser aggregierten Aufnahmewerte mittels einer explorativen Hauptkomponentenanalyse geprüft. Nach dem Kaiserkriterium ergibt sich eine Sechsfaktorenlösung, die sowohl im Screekriterium (Abbildung 5-30) als auch im Faktorenladungsmuster eine sinnvolle Entsprechung findet (Tabelle 5-28). Zwar werden nicht alle zehn der bei der Operationalisierung fokussierten Parameter als eigenständige Faktoren nachgewiesen, die Zuordnungen weisen jedoch eine hohe Übereinstimmung mit der aktuellen Forschungslage aus. So ordnen sich die den Phänomenen der „Dissoziation bzw. Spaltung“ und der „Impulsivität“ zugeordneten Aspekte einem gemeinsamen Faktor zu (aufgeklärte Varianz des rotierten Faktorenladungsmusters $s^2 = 11,4\%$), der sich als „fehlende Selbstkontrolle, Neigung zum Ausagieren“ definieren lässt (Tabelle 5-28). Trauma-assoziierte und Angstsymptome laden ebenfalls auf einem Faktor (13,5%), wie auch die Selbstverletzung und Suizidalität (11,9%). Des Weiteren lässt sich ein Faktor „Essstörungen“ (8,0%), sowie „Leere“ (7,6%) identifizieren. Auf dem letzten Faktor laden schließlich die Items „Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch“ sowie „Beziehungsstörungen“ (6,4%).

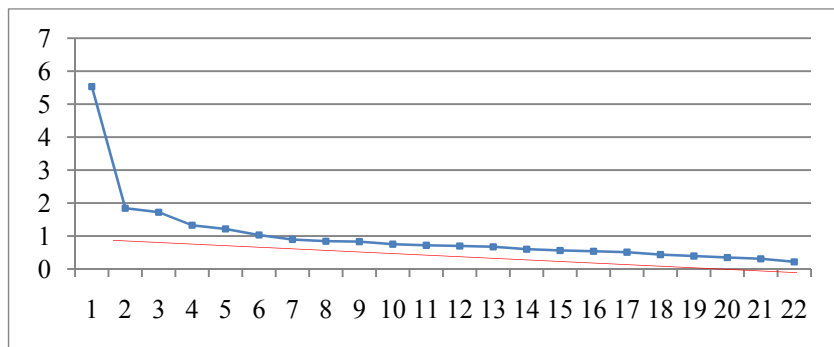


Abbildung 5-30: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der Einzelitemrohwerte des MEK_{BPD_2} (Aufnahmemessung; listenweiser Fallausschluss, N_{Bf} = 376).

Tabelle 5-28: Faktorladungsmuster der zugrunde liegenden Einzelitems des borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_2} nach Varimaxrotation.

Merkmal	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
PL_4. Ängste, Phobien oder Panikanfälle	,794					
PL_8. innere Unruhe	,745	,227	,117			
PL_7. Schlafstörungen oder Alpträume	,720					
SCL-90-R/ 33. Furchtsamkeit	,597			,173	,412	-,170
PL_16. starke Gefühlsschwankungen	,463	,264	,286	,301	,108	
PL_19. schmerzhaftes Erinnerungen	,453	,127	,379	,192		,185
SCL-90-R/ 75. Nervosität, wenn alleine	,321		,264	,305	,272	-,178
PL_21. Suizidalität	,177	,868	,108			,120
SCL-90-R/ 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen		,826	,145		,221	
BDI/ I. Selbstmordabsicht	,103	,803			,179	
PL_20. Selbstverletzungen	,188	,416	,187	,415	-,202	,210
SCL-90-R/ 74. Neigung, in Auseinandersetzungen zu geraten			,742		,169	
SCL-90-R/ 63. Drang, jemanden zu schlagen, Schmerz zuzufügen		,190	,645			
PL_10. Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle	,234	,223	,588	,119		,175
BPI/ 9. Gefühle gegenüber Menschen schlagen häufig ins Gegenteil um			,553	,251		,348
SCL-90-R/ 24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber machtlos	,285	,232	,503	,221		-,271
PL_2. Essstörungen				,773		
SCL-90-R/ 60. Drang, sich zu überessen			,162	,693	,131	
SCL-90-R/ 51. Leere im Kopf	,101	,137	,101		,761	
SCL-90-R/ 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	,161	,290	,101	,122	,742	
PL_3. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch				,115	,171	,788
PL_11. Beziehungsprobleme	,313		,349			,486

Anmerkungen: Ladungsmuster nach Ladungsgröße sortiert; Markierungen beinhalten die Faktoreuzuordnung; nicht dargestellt sind Ladungen <0,1

Die Bildung der multiplen Ergebniskriterien erfolgt trotz dieser abweichenden Dimensionalität entsprechend der Operationalisierung, d.h. ausgehend von den auf Grundlage der Standardabweichungen der Gesamtstichprobe berechneten Prä-Post-Effektstärken, werden in einem zweistufigen Prozess zunächst die mittleren Effektstärken der zehn fokussiertem Parameter berechnet, die dann wiederum zu einem Gesamtwert gemittelt werden. Im Vergleich zur empirisch ermittelten Siebenfaktorenlösung bedeutet die Verwendung von zehn mittleren Effektstärken eine dem Krankheitsbild angemessene, höhere Gewichtung der Aspekte „Spaltung“, „Impulsivität“, „traumaassoziierte Symptome“, „Angst“, „Selbstverletzung“ und „Suizidalität“.

Die entsprechenden Analysen für den MEK_{BPD_1} erbringen ebenfalls abweichend von der Konzeption der Operationalisierung eine Dreifaktorenlösung (Gesamtvarianzaufklärung $s^2 = 51,7\%$), von denen

sich die ersten zwei Faktoren als „Suizidalität“ und „fehlende Selbstkontrolle mit Neigung zum Ausagieren“ interpretieren lassen, sowie einen eher unspezifischen dritten Faktor (Screeplot und rotierte Faktorladungsmatrix siehe Anhang). Auch hier wird die ursprünglich konzipierte Operationalisierung beibehalten.

Die Korrelation der beiden Kennwerte MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} ist aufgrund der in beiden Kennwerten gleichermaßen enthaltenen Items erwartungsgemäß signifikant ($p < .000$). Die Höhe des Zusammenhangs ist mit $r = ,46$ ($N = 48$) allerdings als eher schwach bis mittel einzuschätzen, so dass nur von einer bedingten Eignung des MEK_{BPD_2} als Parameter für MEK_{BPD_1} ausgegangen werden kann. Abbildung 5-31 gibt in Form von Boxplots einen Überblick über die Verteilungen der beiden Kennwerte in den beiden zum Vergleich herangezogenen Stichproben. Es werden keine Unterschiede zwischen den Stichproben deutlich. Allerdings begründen sich die Verteilungen auf vergleichsweise niedrigen Anzahlen.

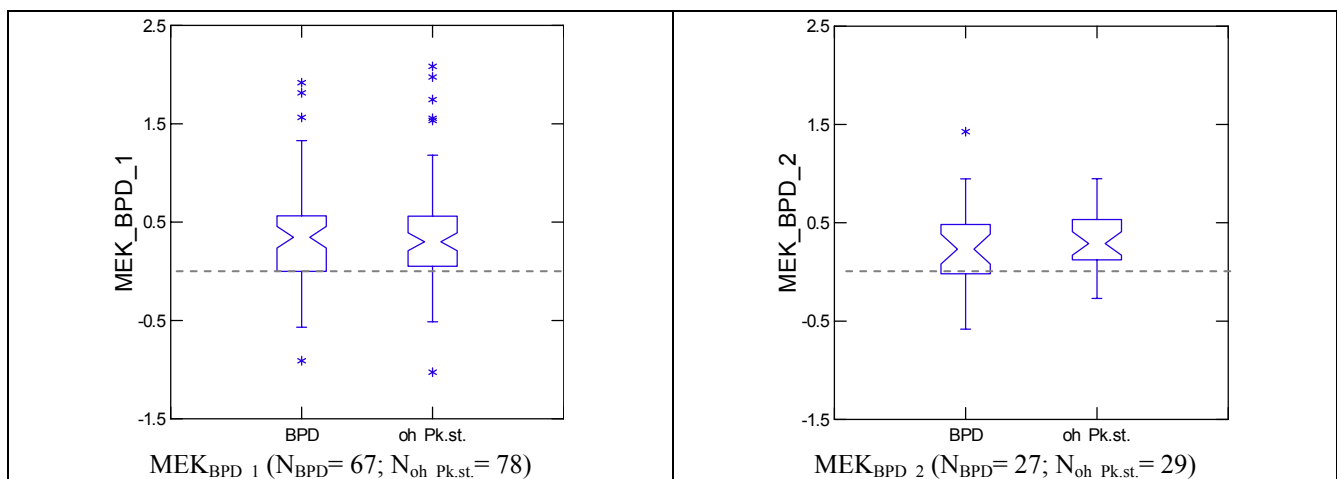


Abbildung 5-31: Boxplots der borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} in Gegenüberstellung der beiden Vergleichsstichproben (95% Konfidenzintervalle der Mediane; Nulllinie markiert).

In einem weiteren Schritt wurden die mittleren Effektstärken auf beiden Kriterien der beiden Vergleichsgruppen wie auch der Gesamtgruppe abgebildet (Abbildung 5-32). Die Ergebnisse dokumentieren insgesamt eher geringe Effekte, die vergleichbar mit den Ergebnissen des BPI sind (vgl. Abbildung 5-21, S.156). Auf beiden Kriterien sind die Effekte entgegen den Annahmen in der Vergleichsgruppe minimal größer als bei den Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (t-Tests: n.s.). Auch dies entspricht den Kennwerten des BPI (ebenda).

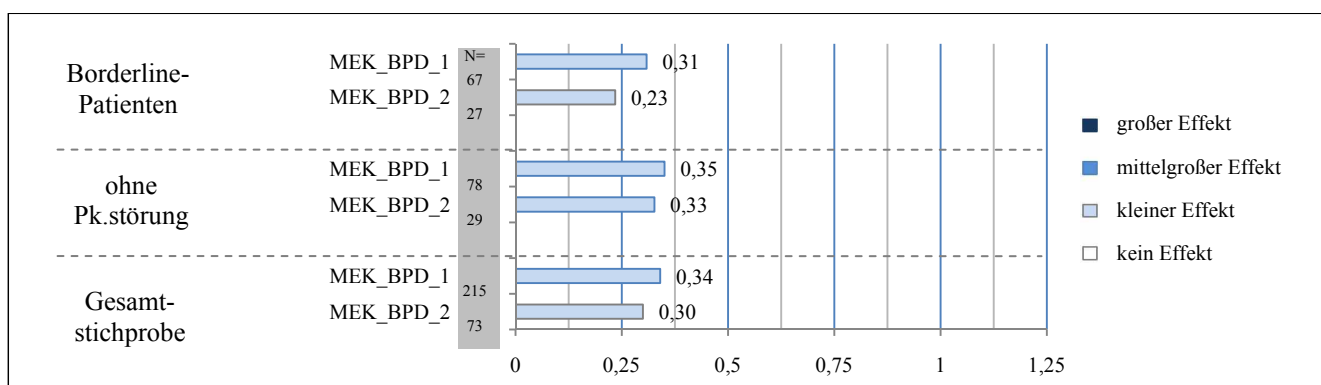
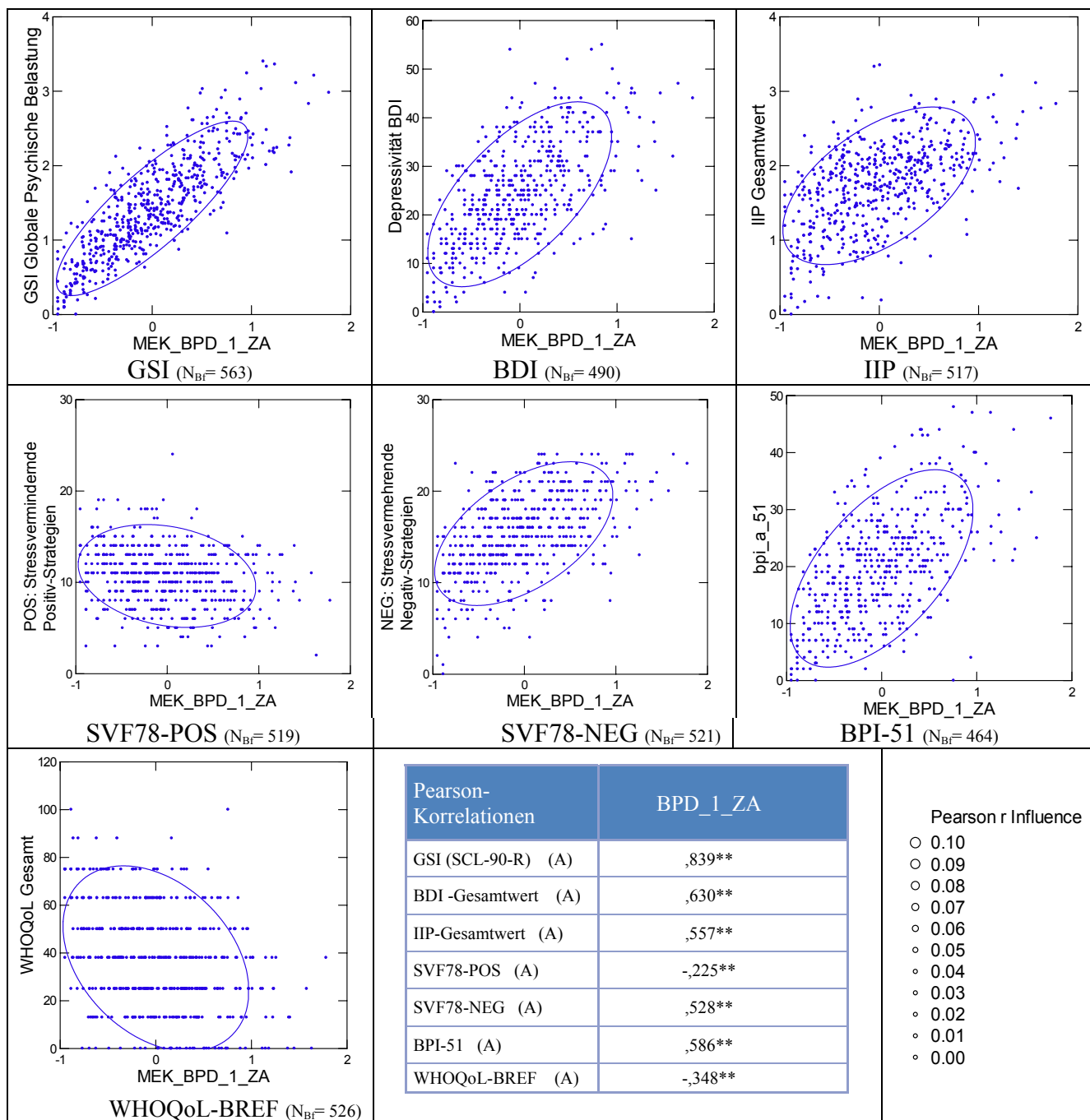


Abbildung 5-32: Effektstärken der beiden Vergleichs- und der Gesamtstichprobe für das MEK_{BPD_1} (A-E) und das MEK_{BPD_2} (A-K).

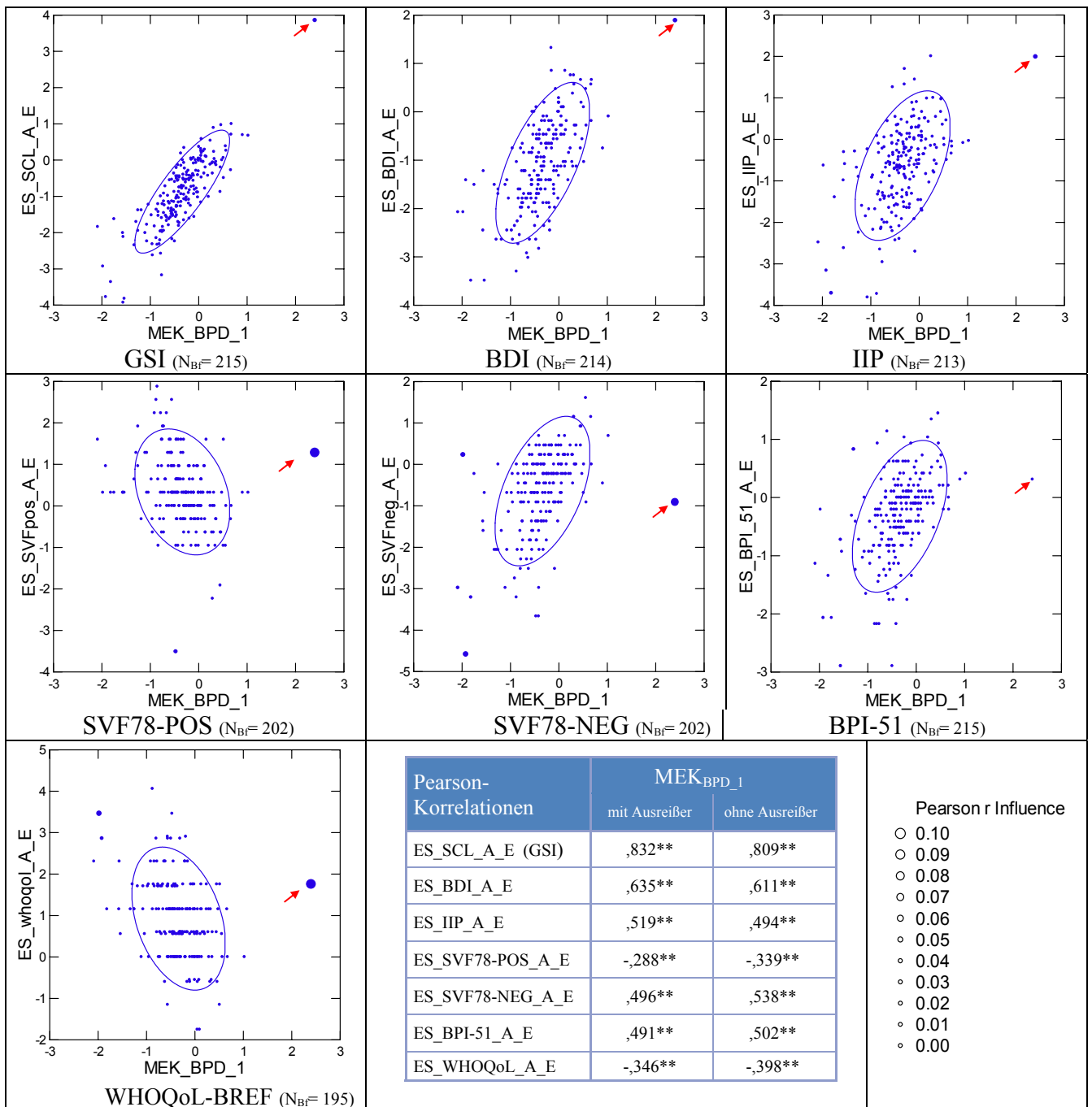
Zuletzt wurden die Korrelationen sowohl der gemittelten Kennwerte der z-standardisierten Items von MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2}, wie auch der multiplen Ergebniskriterien berechnet. Für alle Kennwerte zeigt sich ein durchgängig ähnliches Korrelationsmuster, das sich durch positive Korrelationen der Kennwerte mit der allgemeinen Symptombelastung (GSI des SCL-90-R), der Depressivität (BDI-Gesamtwert), den Negativstrategien des SVF78 sowie der Borderline-Persönlichkeitsstruktur (BPI-51) und negativen Zusammenhängen zu den Positivstrategien des SVF78, wie zum WHOQoL-BREF auszeichnet. Die Höhe der Korrelationen variiert, wobei die positiven Zusammenhänge in der Regel größer sind als die negativen und die Zusammenhänge mit dem MEK_{BPD_1} insgesamt größer als die mit dem MEK_{BPD_2}. In Abbildung 5-33 sind die Zusammenhänge des aggregierten Aufnahmewertes der ausgewählten borderlinespezifischen Items (BPD_1_ZA) und in Abbildung 5-34 des MEK_{BPD_1} dargestellt (die entsprechenden Schaubilder und Kennwerte der MEK_{BPD_2}-Kennwerte sind im Anhang enthalten). Die hohen Zusammenhänge mit der allgemeinen Symptombelastung (GSI des SCL-90-R) sind vor dem Hintergrund der teilweise identischen Items zu bewerten. Inhaltlich lassen sich die Schaubilder in der Weise interpretieren, dass je höher die Belastung auf den standardisierten Skalen desto höher auch die Belastung bei den ausgewählten Items ist. Gleiches gilt für die Reduktion von Belastung, die ebenfalls mit einer Reduktion in den MEK_{BPD_1} einhergeht. Bezogen auf die positiven Kennwerte ist der Zusammenhang dergestalt, dass niedrigere Kennwerte auf dem BPD_1_ZA bzw. dem MEK_{BPD_1} mit höherer Lebensqualität bzw. einem niedrigeren Abfallen der Lebensqualität einhergehen. Die Abhängigkeit der Zusammenhänge beim MEK_{BPD_1} sind aufgrund der höheren Anzahl deutlich weniger von Ausreißern beeinflusst (vgl. Abbildung 5-33) als beim MEK_{BPD_2} mit deutlich geringeren Fallzahlen (siehe Anhang).



Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar.

** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.

Abbildung 5-33: Korrelationen (Pearson) der Skalengesamtwerte der zentralen Assessmentverfahren bei *Aufnahme* mit dem aggregierten Gesamtwert (BPD_1_ZA) der z-standardisierten Einzelitems des MEK_{BPD_1}.



Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar.
 ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.

Abbildung 5-34: Korrelationen (Pearson) zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_1}.

Abbildung 5-35 gibt zum Vergleich einen Überblick über die Interkorrelationen der standardisierten Assessmentverfahren. Es wird deutlich, dass diese insgesamt deutlich miteinander korrelieren, und dabei ein durchaus vergleichbares Muster an Zusammenhängen aufweisen, wie die neu spezifizierten Kennwerte, die aufgrund von identischen Items inhaltliche Überschneidungen zum GSI (SCL-90-R) aufweisen.

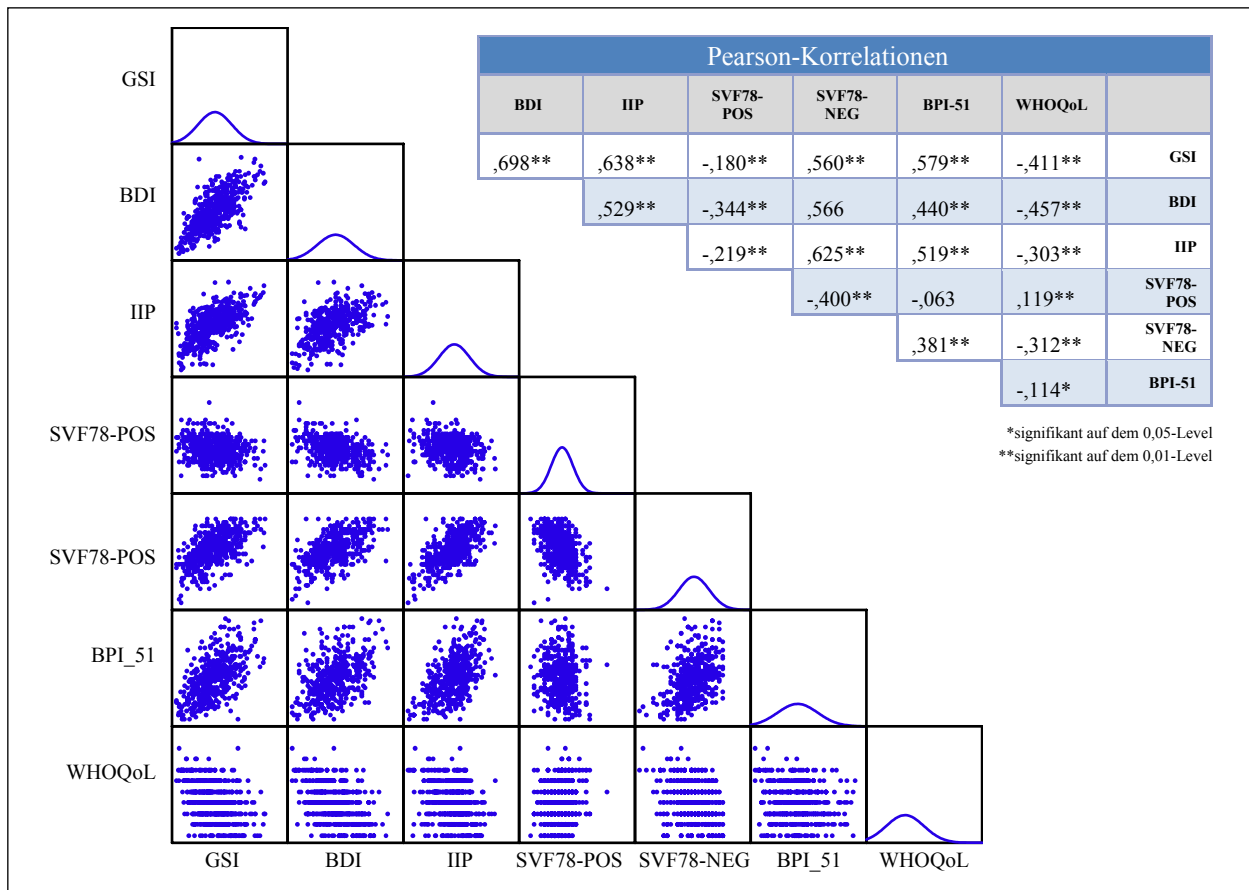


Abbildung 5-35: Interkorrelationen (Pearson) der zentralen psychometrischen Skalen zum Zeitpunkt der Aufnahme (zusätzlich Verteilungskurve der Parameter).

5.4.2.2 Ergebnisqualität des erkrankungsunspezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL}

Das Ergebniskriterium MEK_{TaL} basiert auf 17 gesundheitsbezogenen Items (siehe oben), deren deskriptive Itemkennwerte für alle drei Zeitpunkte in Tabelle 5-29 dargestellt sind. In einem ersten Schritt wurde die Zulässigkeit der Bildung eines aggregierten Kennwerts über alle 17 Items anhand der Kennwerte der Aufnahmemessung geprüft. Die Items erweisen mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .91$ als intern konsistent. Die mittlere korrigierte Trennschärfe ist mit $r_{it} = .59$ sehr gut.

Tabelle 5-29: Deskriptive Kennwerte der Rohwerte der 17 gesundheitsbezogenen Items, die der Operationalisierung des multiplen Ergebniskriteriums „Teilhabe am alltäglichen Leben“ MEK_{TaL} zugrunde gelegt sind für die Zeitpunkte *Aufnahme*, *Entlassung* und *Katamnese* (korrigierte Trennschärfen eines aggregierten Gesamtwertes nur für den Aufnahmezeitpunkt).

Inhalt	Aufnahme				Entlassung			Katamnese		
	N	M	SD	r _{it}	N	M	SD	N	M	SD
Gesundheitszustand	549	2,99	,964	,497	378	2,59	,836	109	2,57	,809
körperliches Befinden	551	2,99	,937	,545	379	2,62	,863	108	2,62	,840
seelisches Befinden	546	3,84	,885	,677	378	2,91	,869	108	2,99	,942
Allgemeinbefinden	541	3,33	,835	,722	375	2,68	,716	108	2,65	,701
körperliche Leistungsfähigkeit	544	3,21	1,01	,592	378	2,81	,955	108	2,75	,877
emotionale Belastbarkeit	545	3,85	,954	,640	377	3,10	,927	108	3,11	,868
geistige Leistungsfähigkeit	541	3,03	1,02	,498	378	2,61	,963	107	2,58	,922
berufliche Leistungsfähigkeit	526	3,61	1,06	,573	369	3,09	1,02	103	2,91	1,086
Entspannungsfähigkeit	546	3,63	1,03	,577	376	3,01	,981	108	3,06	1,040
Kontaktfähigkeit	547	2,98	1,02	,440	379	2,44	,933	109	2,70	,918
Selbstvertrauen	547	3,63	1,06	,657	377	2,88	,948	109	2,94	,955
Ausgeglichenheit	547	3,69	,935	,668	377	2,91	,869	109	3,12	,879
Energie und Lebensfreude	544	3,63	1,03	,702	376	2,78	,981	109	2,82	,884
Fähigkeit mit Menschen auszukommen	549	2,71	,909	,497	379	2,32	,764	108	2,45	,858
Fähigkeit zur Alltagsbewältigung	549	3,35	,962	,640	376	2,65	,852	108	2,56	,835
Fähigkeit mit Problemen umzugehen	547	3,56	,936	,592	379	2,84	,841	109	2,90	,881
Fortbewegung	547	2,19	,976	,334	379	2,06	,917	109	1,96	,892

Anmerkungen: r_{it}= korrigierte Trennschärfe

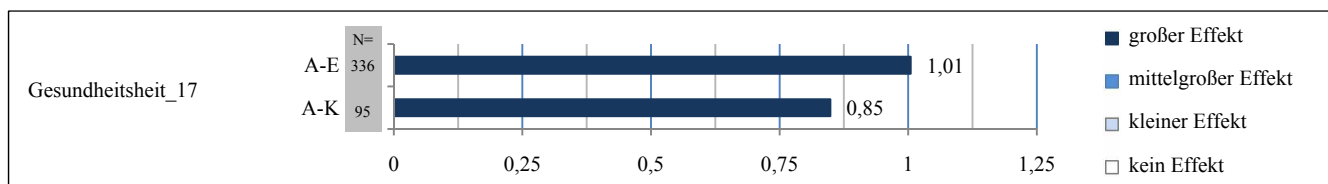
Eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) erbringt nach Scree- und Kaiser-Kriterium (Screeplot siehe Anhang) eine Dreifaktorenlösung mit einem dominanten ersten Faktor (1. Faktor: $\lambda = 7,1$; aufgeklärte Varianz= 41,7%; 2. Faktor: $\lambda = 1,6$; aufgeklärte Varianz= 9,6; 3. Faktor: $\lambda = 1,2$; aufgeklärte Varianz= 7,2). Die rotierte Faktorenlösung lässt eindeutig die Interpretation von psychischen und körperlichen Gesundheitsaspekten, sowie Gesundheitsaspekten im Kontakt mit Dritten (zwei Items) zu. Die „berufliche Leistungsfähigkeit“ lädt gleichermaßen auf dem psychischen wie dem körperlichen Gesundheitsfaktoren (Tabelle 5-30).

Tabelle 5-30: Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse der 17 ausgewählten Gesundheitsaspekte nach Varimaxrotation.

Merkmal	Faktor		
	1	2	3
Meine Ausgeglichenheit ist ...	,777	,108	,190
Mein seelisches Befinden ist ...	,754	,258	
Meine Energie und Lebensfreude ist ...	,742	,212	,202
Meine emotionale Belastbarkeit ist ...	,715	,211	
Meine Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, ist ...	,698		,225
Mein Selbstvertrauen ist ...	,691		,379
Entspannungsfähigkeit ist ...	,657	,218	
pfai030 Mein Allgemeinbefinden ist ...	,615	,523	
Meine Fähigkeit zur Alltagsbewältigung ist ...	,609	,262	,248
Meine geistige Leistungsfähigkeit ist ...	,397	,334	,212
Mein körperliches Befinden ist ...	,269	,752	
pfai031 Meine körperliche Leistungsfähigkeit ist ...	,294	,713	,122
Mein Gesundheitszustand ist ...	,209	,710	
Wie gut können Sie sich fortbewegen?		,696	,238
Meine berufliche Leistungsfähigkeit ist ...	,447	,490	
Meine Kontaktfähigkeit ist ...	,236		,832
Meine Fähigkeit, mit Menschen auszukommen, ist ...	,227	,195	,828

Anmerkungen: Ladungsmuster nach Ladungsgröße sortiert; Markierungen beinhalten die Faktorenrangfolge; nicht dargestellt sind Ladungen $<0,1$

Insgesamt bilden die Ergebnisse ein sinnhaftes „Gesundheitskonstrukt“ ab, das einen aggregierten Gesundheitskennwert zulässt. Anhand dessen wurden im zweiten Schritt die Effektstärken für die Gesamtstichprobe berechnet, die sich für beide Zeitpunkte mit $d > ,80$ als große Effekte darstellen (Abbildung 5-36), so dass von hinreichender Änderungssensitivität der zugrunde liegenden Items ausgegangen werden kann.



Anmerkungen: Gesundheit_17= gemittelter Kennwert der 17 dem Konzept „Teilhabe am alltäglichen Leben“ zugrunde gelegten Items

Abbildung 5-36: Effektstärken zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* bzw. *Aufnahme* und *Katamnese* des gemittelten Kennwerts der 17 gesundheitsbezogenen Items (Gesamtstichprobe).

In Abbildung 5-37 sind die Verteilungen der am Cut-off standardisierten, gemittelten Kennwerte der „Teilhabe am täglichen Leben“ für die Zeitpunkt vor ($Z_{TaL_Prä}$) und nach der Behandlung (Z_{TaL_Post}), sowie zum Zeitpunkt der Halbjahreskatamnese (Z_{TaL_Kat}) dargestellt. Die Skalierung der Abbildungen

reicht von -2 bis +3. Der Nullpunkt definiert den Fall, dass alle ausgewählten 17 Items eine mittlere Bewertung aufweisen. Bei negativen Kennwerten ist dies nicht gegeben, d.h. die Teilhabe am alltäglichen Leben ist nicht hinreichend möglich. Bei Null und positiven Ausprägungen ist die Teilnahme ausreichend möglich. Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass bei Aufnahme der Großteil beider Stichproben im negativen Bereich abgebildet ist (vgl. auch Tabelle 5-31).

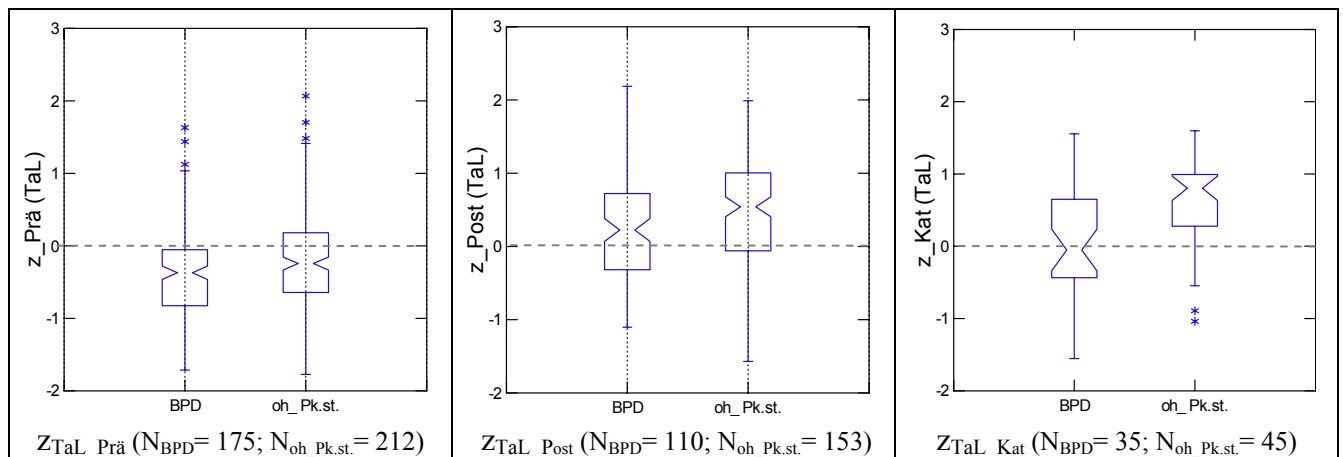


Abbildung 5-37: Boxplots der am definierten Cut-off z-standardisierten, mittleren Kennwerte der „Teilhabe am alltäglichen Leben“ zu den Zeitpunkten der *Aufnahme* (Prä), der *Entlassung* (Post) und der *Katamnese* im Vergleich der beiden Stichproben (95% Konfidenzintervalle der Mediane).

Mit Entlassung halbiert sich dieser Anteil in beiden Stichproben. Bei Katamnese ist eine weitere positive Entwicklung auf einen Anteil von knapp 85% oberhalb der Nulllinie für die Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung gegeben. Die Borderline-Patienten zeigen hingegen eine Verschlechterung gegenüber der Entlassung mit einem Median= -0,05, also einer ungefähren Gleichverteilung. Über alle drei Zeitpunkte weist die Gruppe der Borderline-Patienten signifikant schlechtere Mittelwerte auf (Tabelle 5-31).

Tabelle 5-31: Deskriptive Kennwerte der zur Erfassung der „Teilhabe am alltäglichen Leben“ relevanten Kennwerte $Z_{\text{TaL_Prä}}$, $Z_{\text{TaL_Post}}$, $Z_{\text{TaL_Kat}}$ und MEK_{TaL} (vgl. Text). Mittelwertsvergleich der Gruppen (t-Tests).

Merkmal		BPD-Stichprobe	Stichprobe ohne Pk.-Störung	Gruppenvergleich p	Gesamtstichprobe
$Z_{\text{TaL_Prä}}$	N	175	212	,015	550
	M (SD)	-,37 (,61)	-,21 (,64)		-,32 (,64)
	% TaL n.g. ¹	77,7%	63,2%		71,5%
$Z_{\text{TaL_Post}}$	N	110	153	,018	379
	M (SD)	+,23 (,72)	+,44 (,72)		+,32 (,72)
	% TaL n.g. ¹	33,6%	29,4%		32,5%
$Z_{\text{TaL_Kat}}$	N	35	45	,001	108
	M (SD)	+,04 (,72)	+,58 (,64)		+,29 (,70)
	% TaL n.g. ¹	51,4%	15,6%		32,4%
MEK_{TaL} Prä-Post	N	101	140	,440	336
	M (SD)	+,50 (,58)	+,56 (,63)		+,51 (,60)
	% TaL n.g. ¹	21,8%	22,1%		21,4%
MEK_{TaL} Prä-Kat	N	32	41	,000	95
	M (SD)	+,18 (,63)	+,71 (,55)		+,46 (,63)
	% TaL n.g. ¹	34,4%	12,2%		24,2%

Anmerkungen: ¹ „Tal n.g.“ = Teilhabe am täglichen Leben nicht hinreichend gegeben (Kennwert < 0; kumulierte Prozente); p-Wert hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Bei der integrativen Ergebnisbewertung von Veränderung und Ergebniszustand der auf dem Composit-Ansatz (Steffanowski, 2008; vgl. Kapitel 4.5, S.96ff) entwickelten multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} stellen sich die Ergebnisse anders dar. So weisen knapp 80% der Patienten einen Kennwert von Null oder größer auf. Zudem bestehen keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen. Erst zum Zeitpunkt der Katamnese bestehen relevante Unterschiede, die auf die deutlich verschiedenen poststationären Entwicklung der Stichproben zurückgeführt werden können (Tabelle 5-31, Abbildung 5-38).

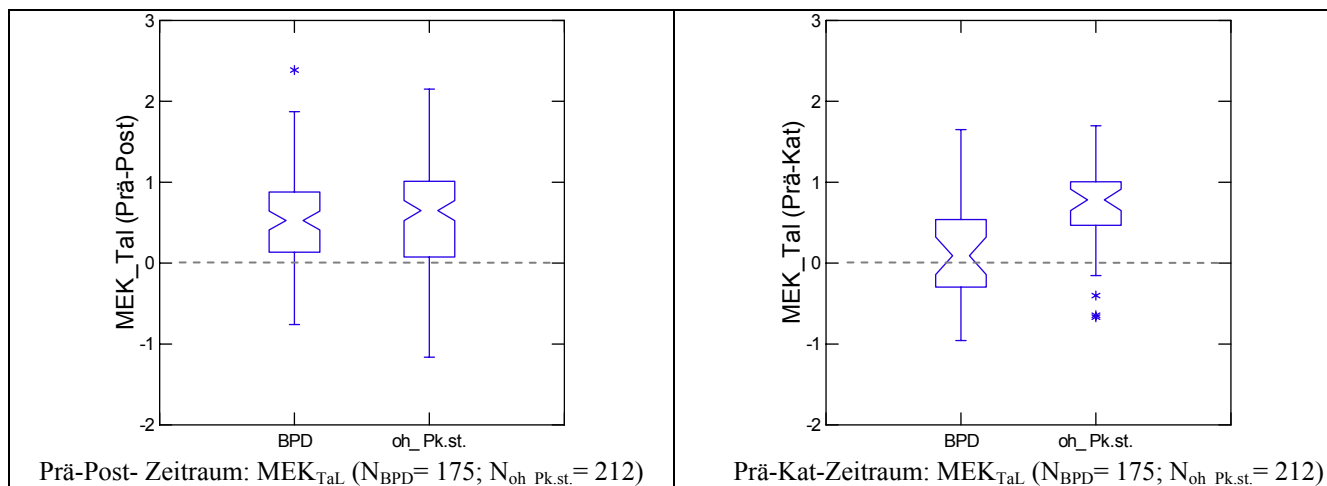


Abbildung 5-38: Boxplots der auf Grundlage des Composit-Ansatzes (vgl. Kapitel 4.5, S.96ff) entwickelten multiplen Ergebniskriterium MEK_{TaL} des *Aufnahme-Entlass-* und des *Aufnahme-Katamnesevergleichs* in Gegenüberstellung der beiden Stichproben (95% Konfidenzintervalle der Mediane).

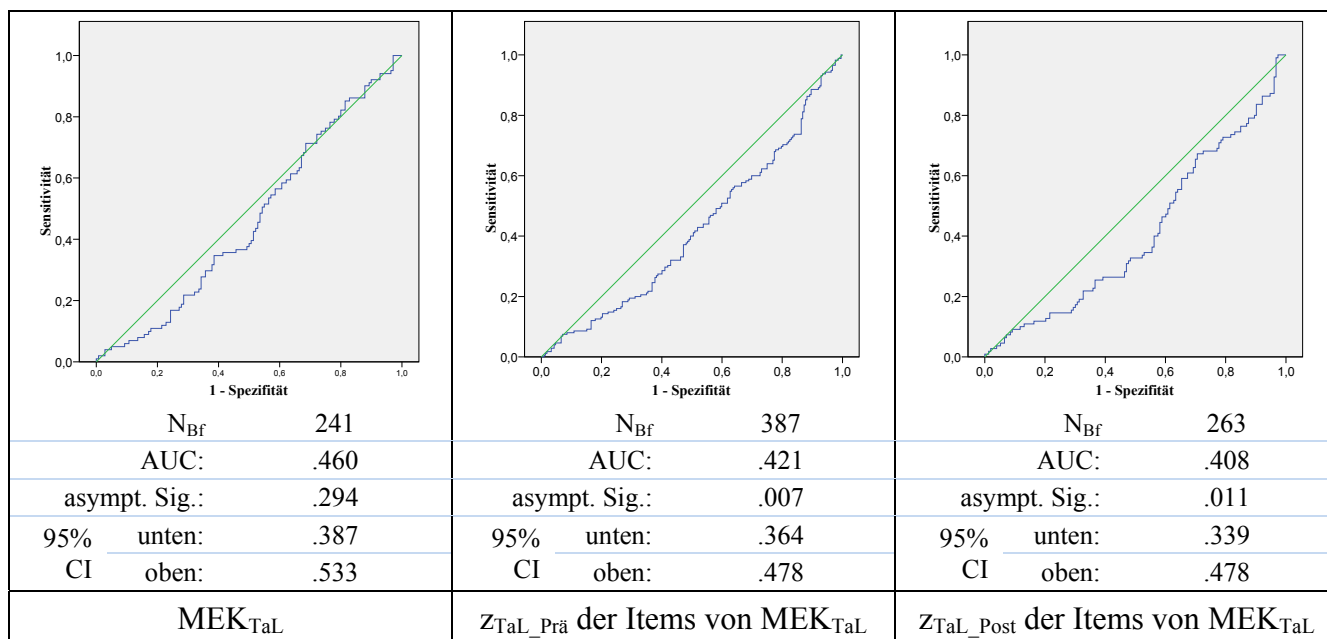
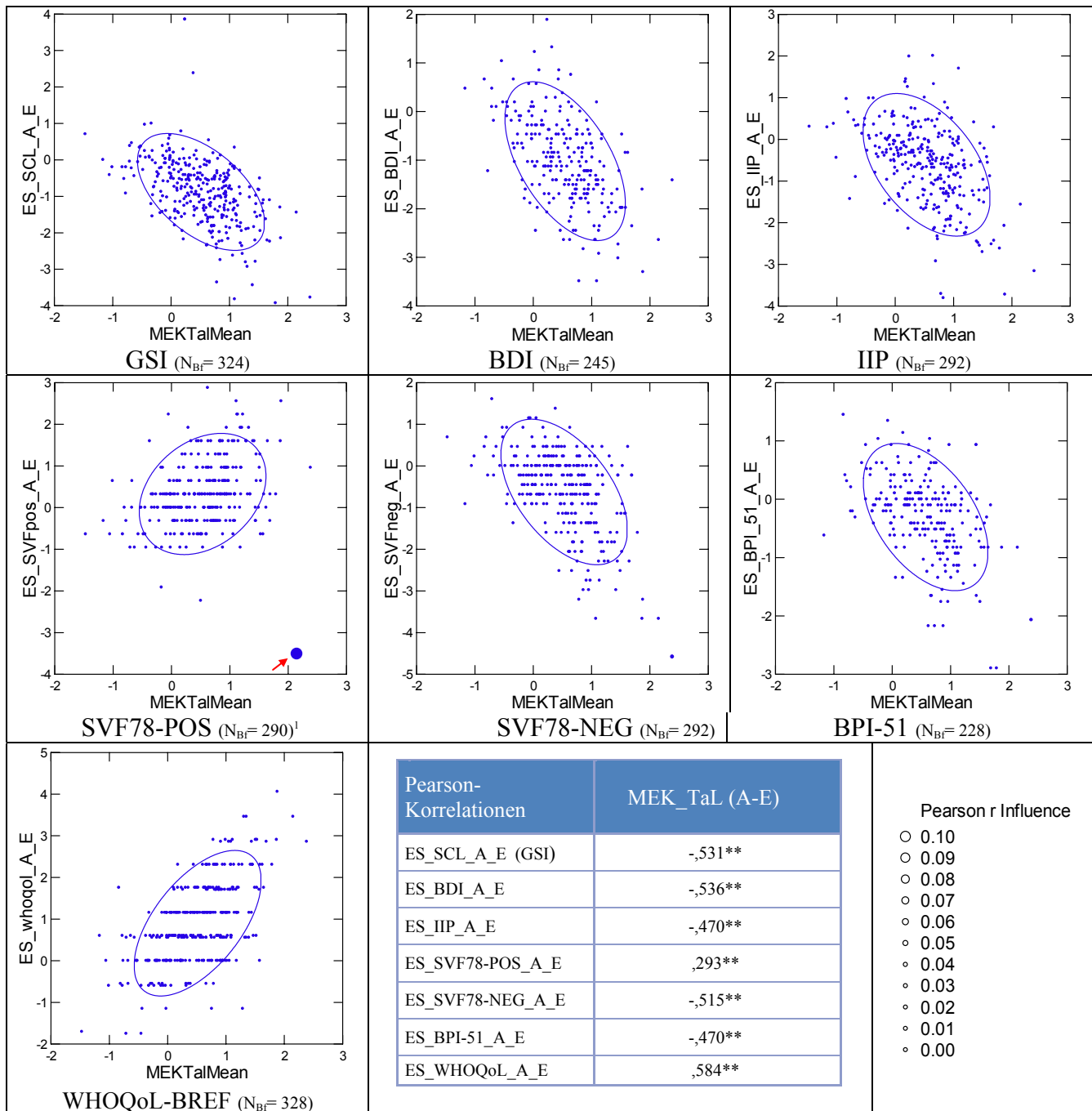


Abbildung 5-39: ROC-Kurven und Kennwerte des multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} sowie der z-standardisierten, mittleren Kennwerte bei *Aufnahme* ($z_{TaL_Prä}$) und *Entlassung* (z_{TaL_Post}) zur Diskrimination der erkrankungsspezifischen Subgruppen.

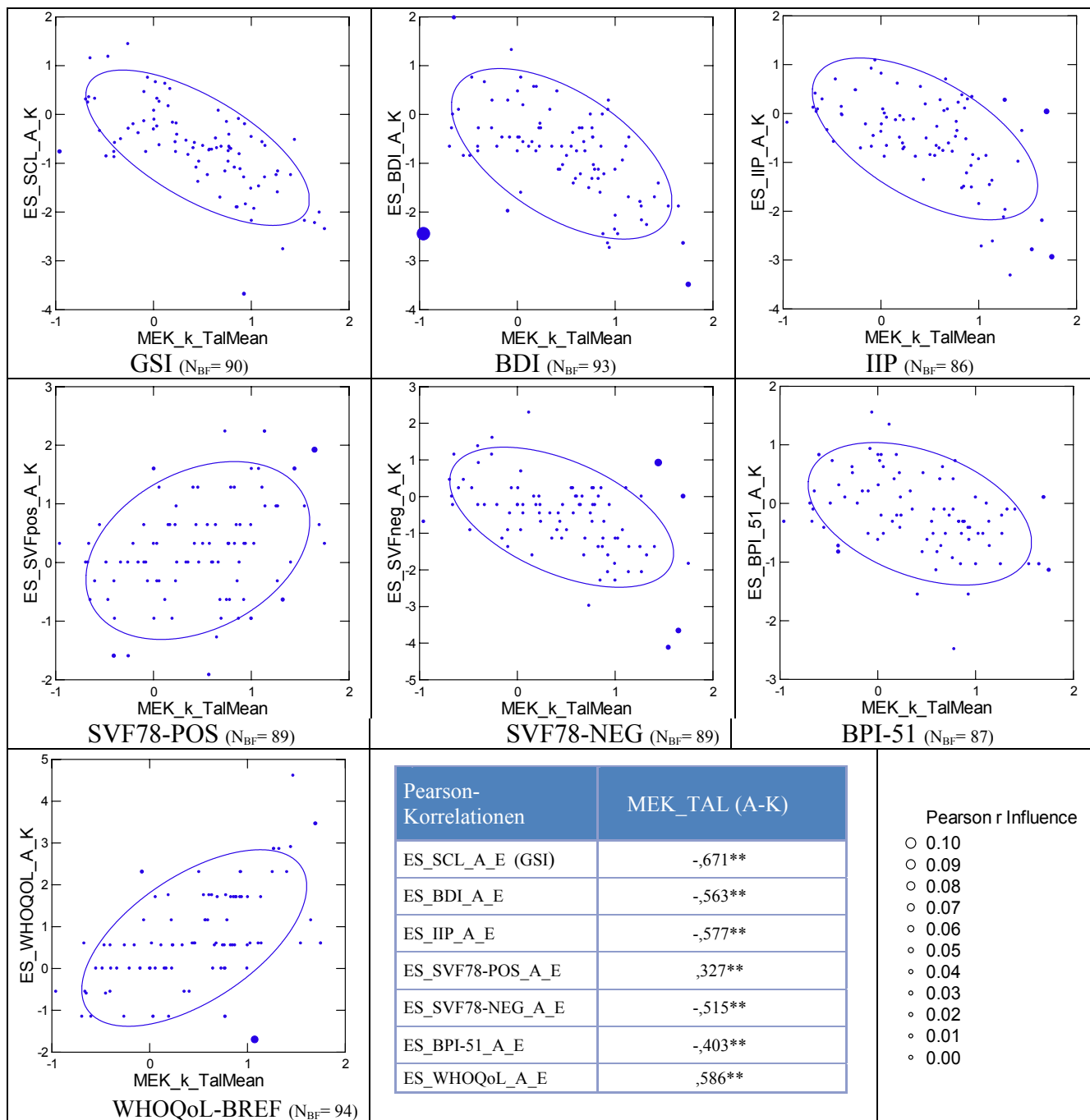
Das Muster der Korrelationen zwischen dem gesundheitsbezogenen Ergebniskriterium MEK_{TaL} und den standardisierten Skalen ähnelt den Korrelationen der borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriterien (vgl. Kapitel 5.4.2.1), allein die Richtung der Zusammenhänge ist gegenläufig, d.h. je größer die Reduktion z.B. bei der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90-R) bzw. je höher die Steigerung der Lebensqualität (WHOQoL), desto eher ist der Patient in die Lage versetzt am alltäglichen Leben teilzunehmen ($MEK_{TaL} > 0$; Abbildung 5-40).



Anmerkungen: ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant. ¹bei Ausschluss des Ausreißers steigt der Zusammenhang auf $r = ,356^{**}$

Abbildung 5-40: Korrelationen (Pearson) zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{TaL} (die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar).

Vergleichbare bzw. geringfügig höhere Zusammenhänge bestehen, trotz der geringeren Fallzahl und des höheren Einflusses von Einzelkennwerten, auch beim Vergleich mit dem auf den Unterschieden zwischen Aufnahme und Katamnese gebildetem MEK_{TaL} (Abbildung 5-41).



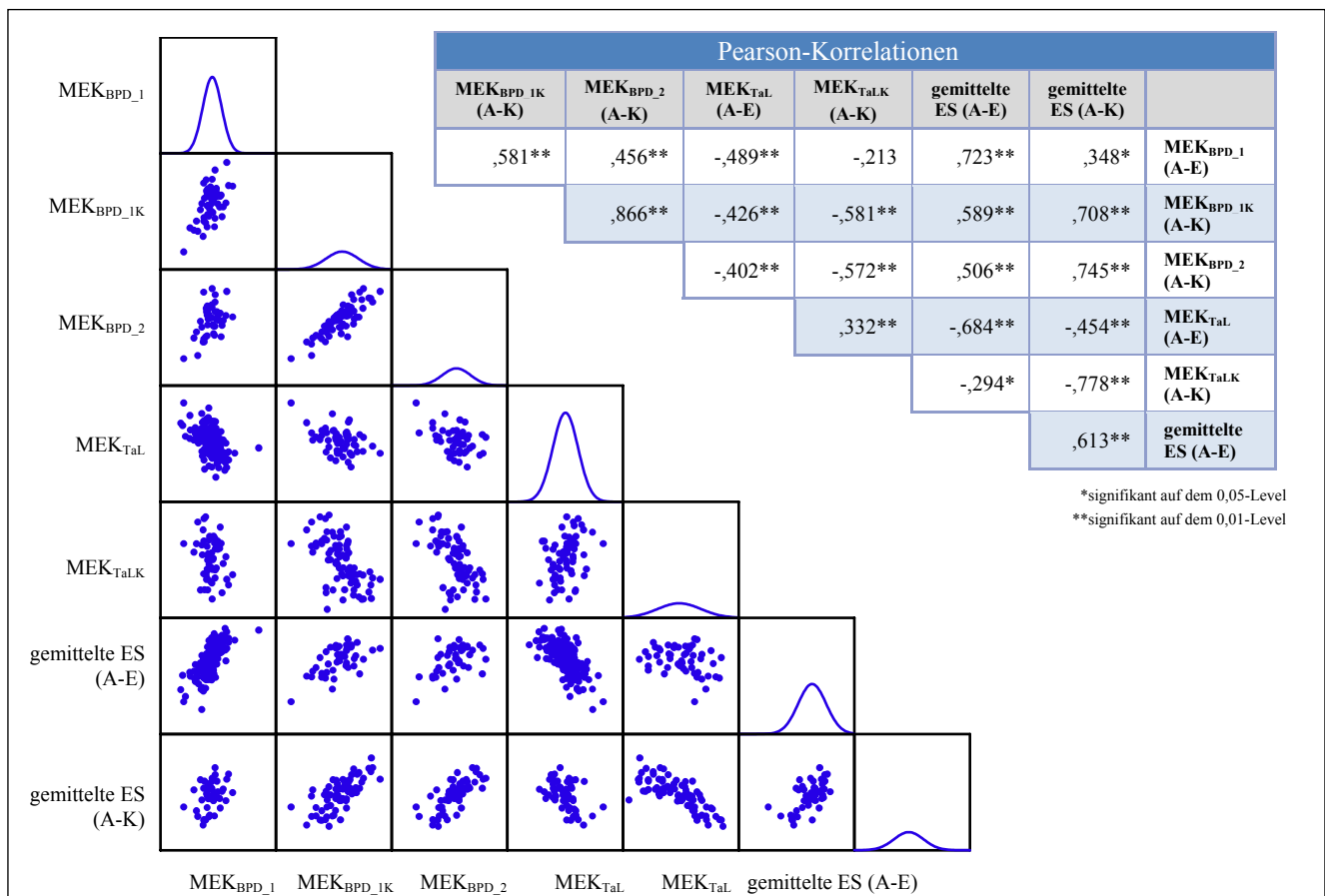
Anmerkungen: ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant.

Abbildung 5-41: Korrelationen (Pearson) zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen *Aufnahme* und *Katamnese* und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{Tal} (die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar).

5.4.2.3 Zusammenhänge der verschiedenen Ergebniskriterien

Zur Beantwortung der abschließenden Fragestellung, inwieweit die verschiedenen Ergebnisparameter zusammenhängen bzw. als Indikatorvariablen betrachtet werden können, wurden die Interkorrelationen berechnet (Abbildung 5-42). Die Ergebnisse zeigen insgesamt ein stimmiges Zusammenhangsmuster. So korrelieren die gesundheitspezifischen multiplen Ergebniskriterien MEK_{Tal} (Entlasszeit-

punkt) und MEK_{TaLK} (Katamnesezeitpunkt) negativ mit den anderen Kennwerten, d.h. die Teilhabe am alltäglichen Leben ist bei größeren Effekten zwischen Aufnahme und Entlassung, bzw. Aufnahme und Katamnese in höherem Maße gegeben. Alle übrigen auf Grundlage von Differenzwerten gebildeten Kennwerte weisen positive Zusammenhänge auf. Dabei sind die Korrelationen zwischen unterschiedlichen Kennwerten bei gleichen Zeiträumen insgesamt größer, als die Korrelationen gleicher Kennwerte zu unterschiedlichen Zeiträumen (Aufnahme-Entlassvergleich vs. Aufnahme-Katamnesevergleich). Insbesondere das gesundheitsbezogene multiple Ergebniskriterium MEK_{TaL} bzw. MEK_{TaLK} erweist sich aufgrund des Korrelationsmusters als sensitiv bezüglich des Zeitpunkts. Im Ganzen bestehen mittlere bis hohe Korrelationen zwischen den Kennwerten.



Anmerkungen: A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese

Abbildung 5-42: Interkorrelationen (Pearson) der verschiedenen zu vergleichenden Ergebnisbewertungskriterien (sowohl im Aufnahme-Entlass- als auch im Aufnahme-Katamnesevergleich; zusätzlich Verteilungskurve der Parameter).

5.4.3 Vergleich zwischen „Gebesserten“ und „Nicht-Gebesserten“

Beim Vergleich von Patienten, die von der stationären Behandlung profitieren, also eine Besserung ihrer gesundheitlichen Verfassung erfahren („Gebesserte“) und denjenigen, die nicht profitieren („Nicht-Gebesserte“), sind im Besonderen die Patienten zu fokussieren, die die Therapie vorzeitig abbrechen bzw. aus disziplinarischen Gründen von Seiten der Klinik entlassen werden. Therapieabbrüche sind ein typisches Kennzeichen der Behandlung der Borderline-Persönlichkeits-

störung und in gewissem Umfang auch relevantes Ergebniskriterium. Da Therapieabbrüche nicht selten auf emotionalen, reaktiv-spontanen Entscheidungen beruhen, sind in vielen Fällen keine Entlassdokumentationen vorhanden. Die Gegenüberstellung dieser Variablen zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Patienten und den Therapeuten (Tabelle 5-32): Hat bei den Patienten bei Therapieabbruch nur jeder fünfte den Entlassbogen ausgefüllt, so sind es auf Therapeutenseite knapp drei Viertel. Bei den 14 disziplinarischen Entlassungen haben nur zwei Patienten die Möglichkeit auch zur Meinungsäußerung wahrgenommen, wohingegen diese Fälle von den Therapeuten allesamt beantwortet wurden. Immerhin 15% der Patienten, die die Behandlung abgebrochen haben (und in der Klinik Mengerschwaige nicht nochmals aufgenommen wurden), haben den Katamnesefragebogen beantwortet. Grundsätzlich bestehen keine Unterschiede zwischen den beiden Substichproben in Hinblick auf die Art der Therapiebeendigung (vgl. Tabelle 4-8, S.120).

Tabelle 5-32: Kreuztabelle zwischen Behandlungsende und Vorliegen von Patienten- bzw. Therapeutenfragebogen

Behandlungsende	N _{Gesamt}	PFE vorhanden N (%)	PFK vorhanden N (%)	TBE vorhanden N (%)
Regulär	434	345 (79,5%)	82 (18,9%)	376 (86,6%)
Verlegung	62	18 (29,0%)	3 (4,8%)	46 (47,2%)
Abbruch	167	32 (19,2%)	25 (15,0%)	123 (73,7%)
Disziplinarisch	14	2 (14,3%)	0	14 (100%)
keine Angabe	8	4 (50,0%)	0	0

Anmerkungen: PFE= Patientenfragebogen Entlassung; PFK= Patientenfragebogen Katamnese; TBE= Therapeutenfragebogen Entlassung

Aufgrund dieser ungleichen Verteilung werden anders als bei den vorangegangenen Analysen, die auf den Selbstbefragungsinstrumenten basierten, im Folgenden auch die relevanten Fremdbeurteilungsverfahren das Global Assessment of Functioning GAF und der Beeinträchtigungsschwere-Score BSS (siehe Kapitel 4.4, S.80ff) berücksichtigt. Des Weiteren wurden aufgrund der kleinen und im Vergleich sehr ungleichen Stichprobengrößen, die Vergleiche auf Ebene der Gesamtstichprobe und nicht im Substichprobenvergleich vorgenommen. Die Abbrecher zeigen sich erwartungskonform bei Entlassung signifikant weniger zufrieden mit der allgemeinen Behandlung (ZUF-8) als Patienten mit regulärer Beendigung (Tabelle 5-33). Anders als in der Therapeutenbewertung, die auf den betrachteten Skalen deutliche Vorteile für die regulär entlassenen Patienten im Aufnahme-Entlassvergleich sehen, unterscheiden sich die Einschätzungen auf Patientenseite zu diesem Zeitpunkt nicht. Diese Vergleichbarkeit der Selbsteinschätzung der Patienten besteht zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr. So können die regulär entlassenen Patienten die guten Ergebnisse weitgehend stabil über den Halbjahreszeitraum nach Entlassung aufrecht erhalten, die Abbrecher beschreiben hingegen einen deutlichen Abfall der jeweiligen Effekte um 50%.

Tabelle 5-33: Vergleich der beiden Behandlungsbeendigungskategorien „regulär“ und „Abbruch“ für die Gesamtstichprobe (t-Tests für unabhängige Stichproben).

Merkmal		regulär	Abbruch	t	df	p	ES
ZUF-8 (E)	N	330	30	2,761	358	,006	,52
	M (SD)	26,07 (4,11)	23,90 (4,20)				
MEK _{TaL} (A-E)	N	291	27	,175	316	,861	,03
	M (SD)	0,52 (0,62)	0,50 (0,59)				
MEK _{BPD_1} (A-E)	N	187	17	,146	202	,884	,04
	M (SD)	-0,34 (0,55)	-0,36 (0,43)				
gemittelte Effektstärke (A-E)	N	181	16	,882	195	,379	,23
	M (SD)	0,75 (0,68)	0,60 (0,62)				
MEK _{TaL} (A-K)	N	69	25	2,343	92	,021	,55
	M (SD)	0,54 (0,63)	0,21 (0,57)				
MEK _{BPD_2} (A-K)	N	51	21	-1,953	70	,055	,50
	M (SD)	-0,36 (0,41)	-0,16 (0,39)				
gemittelte Effektstärke (A-K)	N	55	23	2,765	76	,007	,72
	M (SD)	0,76 (0,70)	0,31 (0,54)				
GAF-7-Tage (A-E)	N	367	114	5,238	479	,000	,55
	M (SD)	1,44 (1,09)	0,81 (1,22)				
BSS körperlich (A-E)	N	372	117	-4,200	487	,000	,47
	M (SD)	-0,42 (0,78)	-0,08 (0,68)				
BSS psychisch (A-E)	N	372	116	-4,200	487	,000	,78
	M (SD)	-1,98 (1,41)	-0,89 (1,39)				
BSS sozial-kommunikativ (A-E)	N	372	117	-7,004	487	,000	,74
	M (SD)	-1,03 (1,05)	-0,26 (1,02)				

p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Neben der Berücksichtigung des Therapieabbruchs als extreme Form des Scheiterns einer therapeutischen Behandlung erfolgt die Unterscheidung von erfolgreicheren und weniger erfolgreichen Behandlungen in der Regel auf dem Konzept der klinischen Signifikanz nach Jacobson (Jacobson et al., 1986; Jacobson & Truax, 1991). Aufgrund der Chronizität, der Symptomvielfalt und der Intensität der Erkrankung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird jedoch im Folgenden der statistisch einfacheren, wenn auch unschärferen Methodik des Mediansplits der Vorzug gegeben (siehe Kapitel 4.6, S.100ff). Als Kriterium wurde die gemittelte Effektstärke der standardisierten Assessmentverfahren (SCL-90-R, BDI, IIP, SVF, WHOQoL) zwischen Aufnahme und Entlassung herangezogen. Einen Überblick über den Vergleich der „oberen“ und der „unteren Hälfte“ gibt Tabelle 5-34. Der signifikante Unterschied der gemittelten Effektstärke (A-E) der psychometrischen Skalen begründet sich in dessen Auswahl als Halbierungskriterium, ebenso derjenige des MEK_{BPD_1} (A-E) aufgrund der großen Itemüberlappung. Hinsichtlich des Größenunterschieds der mittleren Ausprägung der Effektivität gibt es für beide Gruppen deutliche Unterschiede auf den Maßen der Selbst- und der Fremdwahrnehmung. Im Rahmen der Patienteneinschätzung sind insgesamt große Unterschiede in der mittleren Effektivität zwischen den unteren und den oberen 50% gegeben. So beträgt bspw. die Effektstärkendifferenz der gemittelten Effektstärke über alle psychometrischen Skalen bei den Borderline-Patienten $d_{\text{Diff}}=1,09$ und für die Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung $d_{\text{Diff}}=1,03$. Auf Seiten der Therapeuteneinschätzung stellen sich insgesamt nur deutlich kleinere Unterschiede dar.

Tabelle 5-34: Vergleich (t-Tests für unabhängige Stichproben) der am Median gesplitteten Teilstichproben der mittleren Effektstärken (A-E) der standardisierten Assessmentverfahren, differenziert für die beiden Vergleichsstichproben.

Merkmal		untere Hälfte	obere Hälfte	t	df	p	ES
Borderline-Patienten							
ZUF-8 (E)	N	34	33	-2,045	65	,045	,54
	M (SD)	24,56 (4,74)	26,85 (4,42)				
MEK _{TaL} (A-E)	N	34	33	-6,500	65	,000	1,15
	M (SD)	0,21 (0,42)	0,90 (0,46)				
MEK _{BPD_1} (A-E)	N	33	28	5,648	59	,000	1,29
	M (SD)	0,03 (0,54)	-0,73 (0,50)				
gemittelte Effektstärke (A-E)	N	34	33	-10,113	65	,000	1,62
	M (SD)	0,27 (0,36)	1,36 (0,51)				
MEK _{TaL} (A-K)	N	7	10	-1,879	15	,080	,90
	M (SD)	0,05 (0,32)	0,62 (0,75)				
MEK _{BPD_2} (A-K)	N	7	9	1,126	14	,279	,73
	M (SD)	-0,09 (0,33)	-0,39 (0,66)				
gemittelte Effektstärke (A-K)	N	7	10	-2,387	15	,031	,98
	M (SD)	0,40 (0,13)	1,08 (0,74)				
GAF-7-Tage (A-E)	N	32	30	,099	60	,921	,02
	M (SD)	1,31 (1,07)	1,29 (0,83)				
BSS körperlich (A-E)	N	32	31	-1,268	61	,209	,35
	M (SD)	-0,36 (0,94)	-0,09 (0,72)				
BSS psychisch (A-E)	N	32	31	,659	61	,512	,13
	M (SD)	-1,91 (1,28)	-2,10 (0,90)				
BSS sozial-kommunikativ (A-E)	N	32	31	-,054	61	,957	,01
	M (SD)	-0,90 (1,08)	-0,89 (0,86)				
Patienten ohne Persönlichkeitsstörung							
ZUF-8 (E)	N	40	38	-2,565	76	,012	0,51
	M (SD)	25,02 (3,83)	27,21 (3,68)				
MEK _{TaL} (A-E)	N	40	39	-8,217	77	,000	1,41
	M (SD)	0,18 (0,52)	1,03 (0,40)				
MEK _{BPD_1} (A-E)	N	34	36	7,851	68	,000	1,33
	M (SD)	0,05 (0,30)	-0,67 (0,45)				
gemittelte Effektstärke (A-E)	N	40	39	-12,647	77	,000	1,54
	M (SD)	0,14 (0,31)	1,17 (0,41)				
MEK _{TaL} (A-K)	N	12	13	-0,501	23	,621	0,16
	M (SD)	0,73 (0,39)	0,83 (0,59)				
MEK _{BPD_2} (A-K)	N	10	10	3,011	18	,008	0,89
	M (SD)	-0,20 (0,26)	-0,57 (0,28)				
gemittelte Effektstärke (A-K)	N	10	12	-1,908	20	,071	0,70
	M (SD)	0,55 (0,55)	1,02 (0,65)				
GAF-7-Tage (A-E)	N	37	38	-1,837	73	,070	0,43
	M (SD)	1,27 (1,31)	1,77 (1,05)				
BSS körperlich (A-E)	N	38	38	0,434	74	,666	0,10
	M (SD)	-0,38 (0,80)	-0,46 (0,74)				
BSS psychisch (A-E)	N	38	38	2,562	74	,012	0,58
	M (SD)	-1,61 (1,63)	-2,47 (1,25)				
BSS sozial-kommunikativ (A-E)	N	38	38	0,697	74	,488	0,18
	M (SD)	-0,93 (1,46)	-1,14 (1,11)				

p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Vergleicht man die Ergebnisse der Substichproben miteinander, so wird deutlich, dass sich Verteilung und Höhe der Unterschiede zwischen der erfolgreicheren und der weniger erfolgreichen Gruppe in beiden Stichproben vergleichsweise ähnlich präsentieren. Auffällige Unterscheidungsmerkmale bestehen lediglich bei der GAF (7 Tage) und dem Beeinträchtigungsschwerescore bzgl. psychischer Aspekte, die bei den Patienten ohne Persönlichkeitsstörung deutliche Unterschiede der Effektivität aufzeigen, nicht hingegen bei den Borderline-Patienten. Aufgrund der absoluten Größen dieser Veränderungskennwerte ist die Begründung fehlender Veränderung als Ursache hierfür zudem auszuschließen. Aufgrund der doch erstaunlich großen Unterschiede der mittleren Effektivität stellt sich die Frage, ob die Zugehörigkeit zur oberen oder zur unteren Hälfte der Verteilung anhand relevanter Kriterien bei Aufnahme eventuell vorhergesagt werden kann (vgl. Kapitel 5.4.4).

Betrachtet man die Kennwerte des Aufnahme-Katamnesevergleichs, so zeigen sich mit Ausnahme des gesundheitsrelevanten multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} entsprechende Ergebnisse, die auf vergleichbar große Unterschiede zwischen den Patientengruppen hinweisen. Beim MEK_{TaL} hingegen nivelliert sich der Gruppenunterschied bei den Patienten ohne Persönlichkeitsstörung, nicht hingegen bei den Borderline-Patienten. Obwohl die Stichproben allesamt sehr klein sind, entspricht dieser Unterschied der differenziellen poststationären Entwicklung bezüglich der Lebensqualität, gemessen anhand des WHOQoL-BREF (vgl. Abbildung 5-27, S.161).

5.4.4 Ergebnisvorhersage aufgrund von Patientenmerkmalen bei Aufnahme

Neben der Bewertung von Behandlungsergebnissen stellt die Identifikation relevanter Prädiktoren zur Ergebnisvorhersage einen essenziellen Bestandteil einer Programmevaluationsstudie dar. Die Auswahl möglicher relevanter Prädiktoren zur Vorhersage des Gesundheitszustands erfolgt theoriegeleitet. Ausgehend von der Auswahl relevanter Variablen, die bereits in den Drop-out-Analysen berücksichtigt wurden (vgl. Kapitel 5.1, S.123ff), werden im Folgenden Ein- bzw. Ausschluss der möglichen Variablen (siehe Tabelle 5-35) diskutiert.

Tabelle 5-35: Überblick über mögliche und tatsächlich berücksichtigte (hervorgehoben; vgl. Text) Prädiktorvariablen zur Vorhersage des Behandlungserfolgs.

Personenvariablen	berufsbezogene Variablen	therapiebezogene Variablen
<i>Geschlecht</i>	Schulabschluss	<i>Behandlungsart</i>
Familienstand	Berufsabschluss	Aufnahmeart
<i>Partnersituation</i>	Erwerbstätigkeit	<i>Vorbehandlung</i>
Wohnsituation	Lebensunterhalt	<i>prästationäre Suizidversuche</i>
<i>Alter</i>	monatliches Nettoeinkommen	<i>Behandlungsdauer (Tage)¹</i>
Erkrankungsjahre	<i>Arbeitsfähigkeit</i>	<i>Entlassart¹</i>
Kostenträger		<i>Prognose des Therapeuten¹</i>

Anmerkungen: ¹ ausschließlich als Prädiktor zur Vorhersage der Stabilität des Behandlungserfolgs zum Zeitpunkt der Katamnese

Trotz aktueller Ergebnisse, die Hinweise auf eine grundsätzliche Gleichverteilung der Geschlechter bzgl. der Borderline-Persönlichkeitsstörung geben (Grant et al., 2008) ist gerade in stationären

Stichproben ein erhöhter Frauenanteil nachgewiesen (vgl. Kapitel 3.1.4, S.35ff). Unterstellt man für dieses Missverhältnis, dass Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eher professionelle Hilfe in Anspruch nehmen als Männer, sind weitere Geschlechtseffekte auch in Hinblick auf die Behandlungsergebnisse denkbar, was die Aufnahme des Geschlechts begründet. Die Variablen Familien-, Partner- und Wohnsituation erweisen sich auf Grund der vielfältigen erkrankungsbedingten zwischenmenschlichen Probleme ebenfalls sinnvoll. Da diese allerdings auch in inhaltlicher Abhängigkeit zueinander stehen, wurde mit Blick auf die Teststärke die Variable „Wohnsituation“ aufgrund des größten Informationsgehalts ausgewählt. Gleiches gilt für alle berufsbezogenen Variablen, von denen der Arbeitsfähigkeit der größte aktuelle Informationsgehalt zugemessen wird. Bei den Personenvariablen wird des Weiteren dem „Alter“ gegenüber den „Jahren seit Erstdiagnose“ der Vorzug gegeben. Hierfür spricht das typische Zeitfenster der Erstmanifestation wie auch die Chronizität der Erkrankung (vgl. Kapitel 3.1.4, S.35ff). Bei den therapiebezogenen Variablen sind aufgrund des Krankheitsbilds die prästationäre Suizidalität wie auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Vorbehandlung relevante Variablen. Des Weiteren ist die Behandlungsart, also die stationäre Aufnahme als Krisenintervention, als Kurz- oder Langzeitbehandlung eine potenziell aussagekräftige Variable. Für die Vorhersage des Behandlungsergebnisses zum Zeitpunkt der Katamnese stehen zusätzlich die Variablen Behandlungsdauer, Entlassart und die Prognose des Therapeuten zur Verfügung.

Als Kriterien wurden die beiden borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriterien M_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} , das gesundheitsbezogene MEK_{TaL} sowie die gemittelte Effektstärke der änderungssensitiven psychometrischen Skalen (SCL-90-R, BDI, IIP, SVF78pos, SVF78neg und WHOQoL-BREF) herangezogen und miteinander verglichen. Nicht als abhängige Variable herangezogen wird die insgesamt an Information ärmere Unterscheidung der aus dem Mediansplit hervorgegangenen Gruppen von „Gebesserten“ und „Nicht-Gebesserten“ (vgl. Kapitel 5.4.3, S.178), da diese Unterscheidung bei Berücksichtigung der gemittelten Effektstärke keinen zusätzlichen Nutzen bringt. Die Auswertungen erfolgen für den Entlasszeitpunkt für die Gesamtstichprobe, sowie getrennt für die Substichproben. Die Analysen für den Katamnesezeitpunkt erfolgen aufgrund der geringen Fallzahlen lediglich für die Gesamtstichprobe. Die Ergebnisse zeigen, dass die ausgewählten Prädiktorvariablen lediglich bei den Ergebniskriterien des Aufnahme-Entlasszeitraums signifikanten Einfluss, und auch nur für die Gesamt- und die Borderline-Stichprobe, in keinem Fall bei der Stichprobe ohne Persönlichkeitsstörungen haben (Tabelle 5-36).

Tabelle 5-36: Multiple Regression von den verschiedenen Ergebniskriterien im Stichprobenvergleich (Gesamt- und Substichproben): Aufgeklärte Varianz.

Stichprobe	Zeit- raum	AV	R	R ²	R ² _{adj.}	F	Sig.
Gesamt	A - E	gemittelte Effektstärken	,275	,076	,039	2,055	,051
Borderline-Patienten			,608	,370	,290	4,611	,000
Patienten ohne Pk.störung			,390	,152	,062	1,689	,127
Gesamt	A - E	MEK _{TaL}	,251	,063	,040	2,700	,010
Borderline-Patienten			,442	,196	,130	2,991	,007
Patienten ohne Pk.störung			,247	,061	,006	1,114	,359
Gesamt	A - E	MEK _{BPD_1}	,349	,122	,086	3,403	,002
Borderline-Patienten			,540	,292	,200	3,178	,007
Patienten ohne Pk.störung			,388	,150	,049	1,491	,188
Gesamt	A - K	gemittelte Effektstärken	,438	,192	,102	2,133	,053
Gesamt	A - K	MEK _{TaLK}	,348	,121	,041	1,515	,175
Gesamt	A - K	MEK _{BPD_2}	,351	,123	,018	1,167	,336

p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Tabelle 5-37: Multiple Regression von der gemittelten Effektstärke im Aufnahme-Entlassvergleich. Gegenüberstellung der Partialgewichte von Gesamtstichprobe und den beiden Substichproben¹.

Prädiktorvariable	Gesamtstichprobe					BPD-Patienten ¹		Patienten oh.Pk.störung ¹	
	B	SE B	Beta	t	p	Beta	p	Beta	p
(Konstante)	,503	,427		1,18	,240		,104		,983
Geschlecht	,049	,104	,034	,473	,637	,038	,724	,204	,096
Partnersituation	,032	,033	,070	,955	,341	,166	,149	-,117	,321
Alter	-,009	,004	-,152	-2,07	,040	-,204	,081	-,138	,259
Arbeitsfähigkeit	,041	,067	,045	,608	,544	-,209	,065	,233	,050
Behandlungsart	,123	,104	,088	1,18	,239	,150	,180	,022	,852
Vorbehandlung	-,002	,001	-,120	-1,62	,107	-,297	,008	-,031	,799
prästationäre Suizidversuche	,107	,052	,151	2,04	,043	,200	,074	,223	,068

Anmerkungen: ¹ für die beiden Substichproben werden aus Darstellungsgründen jeweils nur die Betagewichte und die Signifikanzen dargestellt; p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Ebenfalls entsprechend der Prädiktorenauswahl erweist sich die aufgeklärte Varianz bei der Borderline-Substichprobe durchweg am größten. Im Kriterienvergleich ist die größte aufgeklärte Varianz bei der gemittelten Effektstärke ($R^2_{adj.} = 29\%$), gefolgt vom MEK_{BPI_1} ($R^2_{adj.} = 20\%$) und dem gesundheits-spezifischen MEK_{TaL} ($R^2_{adj.} = 13\%$), gegeben (z.B. bei den gemittelten Effektstärken). Die sich als relevant erweisenden Prädiktoren sind uneinheitlich (Tabelle 5-37 bis Tabelle 5-39; eine Aufstellung der Partialgewichte der Regressionen des Aufnahme-Katamnesezeitraums sind im Anhang enthalten).

Tabelle 5-38: Multiple Regression des gesundheitsbezogenen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} im *Aufnahme-Entlassvergleich*. Gegenüberstellung der Partialgewichte von Gesamtstichprobe und den beiden Substichproben¹.

Prädiktorvariable	Gesamtstichprobe					BPD-Patienten ¹		Patienten oh.Pk.störung ¹	
	B	SE B	Beta	t	p	Beta	p	Beta	p
(Konstante)	,803	,274		2,93	,004		,019		,325
Geschlecht	,028	,079	,021	,360	,719	-,028	,778	,124	,178
Partnersituation	-,011	,024	-,027	-,457	,648	,062	,539	-,050	,578
Alter	-,003	,003	-,052	-,893	,373	-,003	,979	-,089	,332
Arbeitsfähigkeit	-,115	,049	-,136	-2,33	,020	-,347	,001	-,011	,906
Behandlungsart	,081	,056	,084	1,43	,153	,082	,409	,115	,206
Vorbehandlung	-,002	,001	-,163	-2,75	,006	-,238	,018	-,111	,234
prästationäre Suizidversuche	,004	,034	,006	,104	,917	,010	,922	-,058	,531

Anmerkungen: ¹ für die beiden Substichproben werden aus Darstellungsgründen jeweils nur die Betagewichte und die Signifikanzen dargestellt; p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Tabelle 5-39: Multiple Regression des borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_1} im *Aufnahme-Entlassvergleich*. Gegenüberstellung der Partialgewichte von Gesamtstichprobe und den beiden Substichproben¹.

Prädiktorvariable	Gesamtstichprobe					BPD-Patienten ¹		Patienten oh.Pk.störung ¹	
	B	SE B	Beta	t	p	Beta	p	Beta	p
(Konstante)	,370	,343		1,08	,282		,596		,283
Geschlecht	-,194	,084	-,167	-2,32	,022	-,122	,299	-,328	,011
Partnersituation	-,016	,026	-,045	-,616	,539	-,116	,340	,007	,955
Alter	,002	,003	,038	,529	,598	,046	,709	,036	,781
Arbeitsfähigkeit	,042	,055	,055	,766	,445	,226	,058	-,066	,595
Behandlungsart	-,209	,081	-,187	-2,57	,011	-,314	,011	-,103	,413
Vorbehandlung	,002	,001	,170	2,34	,020	,192	,107	,095	,455
prästationäre Suizidversuche	-,082	,041	-,144	-1,99	,048	-,105	,377	-,107	,396

Anmerkungen: ¹ für die beiden Substichproben werden aus Darstellungsgründen jeweils nur die Betagewichte und die Signifikanzen dargestellt; p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Nimmt man für die Regression als zusätzliche Prädiktoren ebenfalls die in Tabelle 5-35 (S.182) beschriebenen Kennwerte „Behandlungsdauer“, „Entlassmodus“ und „Therapeutenprognose“ vom Entlassungszeitpunkt auf, so erweisen sich die Regressionen auf die gemittelte Effektstärke (A-K), wie auch des multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaLK} trotz der geringen Stichprobengröße (Grundlage ist die Gesamtstichprobe) als signifikant (Tabelle 5-40). Relevante Prädiktoren sind mit in allen Fällen im Vergleich deutlich höheren Betagewichten die „prästationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung“ wie auch der „Entlassmodus“, d.h. im Wesentlichen Unterscheidung von regulärer Entlassung und patientenseitigem Abbruch des stationären Aufenthalts. Keinen Einfluss hat hingegen die „Prognose des Therapeuten hinsichtlich der Hauptsymptomatik“.

Tabelle 5-40: Multiple Regression der gemittelten Effektstärke im *Aufnahme-Katamnesevergleich*, des MEK_{TaLK} und des MEK_{BPD_2} mit erweiterter Prädiktorenliste (vgl. Text). Aufgeklärte Varianz und Partialgewichte der Gesamtstichprobe¹.

AV=	gemittelte ES (A-K)			MEK_{TaLK}			MEK_{BPD_2}		
	R ²	R ² _{adj.}	Sig	R ²	R ² _{adj.}	Sig	R ²	R ² _{adj.}	Sig
	,365	,257	,002	,229	,122	,032	,223	,077	,157
Prädiktorvariable	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
(Konstante)		1,209	,231		,976	,333		,784	,437
Geschlecht	,160	1,413	,163	,183	1,633	,107	-,286	-2,136	,037
Partnersituation	-,099	-,841	,404	-,056	-,481	,632	-,019	-,139	,890
Alter	-,166	-1,419	,161	-,020	-,167	,868	,050	,350	,728
Arbeitsfähigkeit	,039	,351	,727	-,079	-,725	,471	-,068	-,531	,597
Behandlungsart	,069	,548	,586	,047	,362	,718	-,126	-,825	,413
Vorbehandlung	-,337	-2,926	,005	-,278	-2,374	,020	,180	1,302	,198
prästationäre Suizidversuche	,060	,517	,607	,029	,253	,801	-,127	-,898	,373
Behandlungsdauer	,169	1,243	,219	,126	,919	,361	-,168	-1,020	,312
Entlassmodus	-,309	-2,344	,022	-,218	-1,646	,104	,183	1,132	,263
Therapeutenprognose	,006	,043	,966	-,007	-,050	,960	-,065	-,416	,679

Anmerkungen: ¹Aufgrund der geringen Fallzahlen ($N_{BPD} = 24$; $N_{oh.Pk.störung} = 31$) werden hier nur die Ergebnisse der Gesamtstichprobe ($N=70$) präsentiert. p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

Abschließend wurden zur Einordnung der Ergebnisse explorative, schrittweise Regressionen mit allen theoretisch formulierten Prädiktoren (vgl. Tabelle 5-35, S.182) für die beiden Substichproben berechnet. Das Zahlenverhältnis von 17 berücksichtigten Prädiktoren zur jeweiligen Datenanzahl ($N=61-109$) ist hierfür im Grunde unzureichend, entsprechend vorsichtig sind folglich auch Bewertungen der Ergebnisse vorzunehmen. Für die Ergebniskriterien im Vergleich von Aufnahme und Entlassung wurden keine entsprechenden Berechnungen vorgenommen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5-41 zusammengefasst. Mit Ausnahme des diagnoseunspezifischen multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} , für das bei der Substichprobe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung keine Lösung gefunden werden konnte, zeigen sich in allen Analysen relevante Prädiktoren, die auch zwischen 20% und 30% der Gesamtvarianz ($R^2_{adj.}$) aufklären können. Für die Borderline-Patienten erweisen sich über alle drei Analysen betrachtet die „Behandlungsform“, die „Arbeitsfähigkeit“ und die „Vorbehandlung“ als relevant. Bei den Patienten ohne Persönlichkeitsstörung ist keine Konstanz der Prädiktoren über die verschiedenen Analysen gegeben.

Tabelle 5-41: Schrittweise Regression der unterschiedenen Ergebniskriterien (Aufnahme-Entlassvergleich) im Vergleich unter Berücksichtigung aller formulierten Prädiktoren (vgl. Tabelle 5-35, S.182) differenziert nach Substichproben: Signifikante Prädiktoren, Partialgewichte, aufgeklärte Varianz, Varianzzuwachs.

Schritt	BPD-Patienten					Patienten ohne Pk.störung				
	Variable	B	R ² _{adj.}	Sig.	ΔR ²	Variable	B	R ² _{adj.}	Sig.	ΔR ²
abhängige Variable: gemittelte Effektstärke (A-E) ¹										
1	Vorbehandlung	-,329	,120	,004	,135**	Schulabschluss	,418	,054	0,33	,068*
2	Alter	-,263	,185	,001	,077*	Erwerbstätigkeit	-,322	,098	,014	,057*
3	Behandlungsform	,249	,235	,000	,062*	Berufsabschluss	-,340	,169	,002	,082*
abhängige Variable: borderlinespezifisches multiples Ergebniskriterium MEK _{BPD_1} (A-E) ²										
1	Behandlungsform	-,361	,130	,003	,145	Geschlecht	-,483	,124	0,03	,139**
2	Arbeitsfähigkeit	,271	,190	,001	,073	Aufnahmeart	,383	,249	,000	,135**
abhängige Variable: diagnoseunspezifisches multiples Ergebniskriterium MEK _{TaL} (A-E) ³										
1	Arbeitsfähigkeit	-,334	,096	,002	,106**	-	-	-	-	-
2	Vorbehandlung	-,238	,143	,000	,057*	-	-	-	-	-

Anmerkungen: ¹N_{BPD}= 61, N_{oh.Pk.störung}= 67; ²N_{BPD}= 59, N_{oh.Pk.störung}= 61; ³N_{BPD}= 89; N_{oh.Pk.störung}= 109. Regressionen im A-K-Vergleich wurden aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht berechnet. B= standardisiertes Betagewicht bezogen auf höchst schrittiges Modell.

* Zuwachs signifikant auf 0,05-Level; ** Zuwachs signifikant auf 0,01-Level

5.4.5 Kostenaspekte

Die Bewertung von Kosten beruht auf den Patientenangaben über verschiedene kostenrelevante Aspekte im Rahmen der Aufnahme- und Katamneseerhebung. Dabei stehen nicht alle gesellschaftsrelevanten Kostenvariablen zur Verfügung, zudem nicht in Form konkreter Eurobeträge, sondern lediglich in nichtmonetären Mengenangaben. Auf Seiten der direkten medizinischen Kosten gibt es Daten zum Medikamentenkonsum sowie zu ambulanter und stationär-psychiatrischer und somatischer Behandlung, auf Seiten der nichtmedizinischen Kosten zu Krankenschreibungszeiten und zur Arbeitsfähigkeit. Da eine direkte Bezifferung von Eurobeträgen auf dieser Datengrundlage nicht möglich ist, werden relative Veränderungen der Variablen im einfachen Kosten-Prä-Post-Vergleich ohne Berücksichtigung des Nutzens analysiert. Aufgrund nicht hinreichend gegebener Normalverteilungen (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p < .005$) und der insgesamt kleinen Stichproben, die auch eine Normalverteilung der Differenzen ausschließen, wird im Folgenden auf nichtparametrische Verfahren zurückgegriffen. Für die Berechnung der Effektstärken ist die Verwendung der jeweiligen Mittelwerte aufgrund der grundsätzlich metrischen Skalenniveaus hingegen zulässig. Ein Überblick über die vorhandenen Parameter der Patientenangaben zur Schätzung direkter Behandlungs- und Behandlungsfolgekosten und deren Veränderung im Vergleich des Halbjahreszeitraums vor und nach dem stationären Aufenthalt ist in Tabelle 5-42 enthalten.

Tabelle 5-42: Veränderungen der direkten Behandlungskosten und der indirekten Behandlungsfolgekosten im Vergleich vom 6-Monatszeitraum vor Aufnahme und nach Entlassung (Patientenangaben; $N_{\text{BPD}} = 34$; $N_{\text{Oh.Pk.störung}} = 45$)¹.

	kumuliert		z	Signifi- kanz ²	ES ³	Differenz		
	Prä	Post				absolut	Prozent	in € ⁴
Borderline-Patienten								
Anzahl amb. psychiatri- sche Behandlung	128	87	-,655	,513	0,18	-41	-32,0%	-2.255,-
Anzahl amb. psycho- therapeut. Behandlung	284	693	-2,89	,004	0,81	+409	+144,0%	+32.720,-
<i>Wochen</i> stat. psych.- psychoth. Behandlung	79	25	-2,03	,042	0,26	-54	-68,3%	-113.400,-
Anzahl Arztbesuche (somatisch)	293	411	-1,96	,050	0,35	+118	+40,3%	+6.490,-
Krankenhauswochen (somatisch)	12	5	-1,81	,070	0,06	-7	-58,3%	-14.700,-
Anzahl mit mindes- tens einem AU-Fall ⁵	27	21	-	,146 ⁶	-	-6	-22,2%	
Anzahl AU-Tage ⁵	423	152	-2,61	,009	0,74	-271	-64,1%	
Patienten ohne Persönlichkeitsstörung								
Anzahl amb. psychiatri- sche Behandlung	80	178	-1,45	,146	0,33	+98	+122,5%	+5.390,-
Anzahl amb. psycho- therapeut. Behandlung	438	790	-3,00	,003	0,52	+352	+80,4%	+28.160,-
<i>Wochen</i> stat. psych.- psychoth. Behandlung	64	48	-1,20	,231	0,05	-16	-25%	-33.600,-
Anzahl Arztbesuche (somatisch)	376	317	-2,08	,835	0,13	-59	-15,7%	-3.245,-
Krankenhauswochen (somatisch)	38	4	-1,23	,218	0,22	-34	-89,5%	-71.400,-
Anzahl mit mindes- tens einem AU-Fall ⁵	35	22	-	,015⁶	-	-13	-37,1%	
Anzahl AU-Tage ⁵	486	84	-4,25	,000	0,86	-402	-82,0%	

Anmerkungen: ¹ Es wurde jeweils die Gesamtanzahl aller Patienten, für die der Patientenfragebogen bei Aufnahme und Katamnese vorlag, für die Analysen herangezogen. Keine Angaben zu einem Zeitpunkt wurden bspw. als „keine AU-Tage“ gewertet und mit „0“ im Datensatz ergänzt. ² Wilcoxon-Test (Asymptotische Signifikanz); ³ Die Berechnung der Effektstärken erfolgte nur bei grundsätzlich zugrunde liegenden metrischen Skalenniveaus als standardisierter Prä-Post-Vergleich; ⁴ zugrunde gelegt wurden durchschnittlich 80,-€ pro psychotherapeutischer Sitzung; 300,- € Tagessatz stationärer Krankenhausaufenthalt (nach Bohus, Haaf et al., 2004; vgl. Kapitel 3.6, S.67f) und 55,-€ pro Arztbesuch (psychiatrisch oder somatisch) ⁵ aufgrund eines Datenbankfehlers wurde die entsprechende Patientenvariable bei Aufnahme nicht abgespeichert. Um dennoch entsprechende Analysen vornehmen zu können, wurden für den Aufnahmezeitpunkt die im Therapeutenbogen dokumentierten Daten herangezogen und mit den Patientenangaben der Katamnese verglichen. Die Fallzahlen sind wie folgt von den anderen Analysen abweichend: $N_{\text{BPD}} = 32$; $N_{\text{ohne-Pk.störung}} = 41$; ⁶ Testverfahren: McNemar-Test (exakte Signifikanz, zweiseitig)

In die Analysen wurden diejenigen Datensätze einbezogen, für die sowohl Patientendaten bei Aufnahme als auch bei Entlassung vorlagen. Es wird deutlich, dass für beide Stichproben eine deutliche Reduktion stationärer Krankenhausaufenthalte, sowohl psychiatrisch-psychotherapeutischer als auch somatischer Genese, sowie eine außerordentliche Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage dokumentiert werden kann. Bei den ambulanten Behandlungsangeboten sind für die Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen deutliche Steigerungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu verzeichnen, wohingegen die Borderline-Patienten nach dem Aufenthalt verstärkt psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, bei den psychiatrischen Angeboten jedoch ein deutlicher Rückgang dokumentiert ist. Es stellt sich die Frage, ob sich die offensichtliche Verlagerung von vermehrt stationärer Behandlung vor dem Aufenthalt in der Klinik Mengerschwaige zu poststationär häufiger ambulanter Versorgung auch finanziell auswirkt. Legt man mit dem Ziel einer groben Einschätzung der Verhältnisse für eine psychotherapeutische Sitzung 80,- € (k.A.) sowie für eine Arztkonsultation durchschnittlich 55,-€ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008) zugrunde und geht entsprechend Bohus (Bohus et al., 2004) von einem Tagessatz von durchschnittlich 300,-€ pro stationärem Krankenhausaufenthalt aus, so zeigt sich allein für die direkten Kosten eine Reduktion der Kosten von -91.145,-€ für die Substichprobe der Borderline-Persönlichkeitsstörung (pro Patient: 2681,-€) und für die Patienten ohne Persönlichkeitsstörung von -74.695,-€ (2197,-€ pro Patient).

Volkswirtschaftlich letztlich bedeutsamer sind mögliche Reduktionen der Erkrankungsfolgekosten, also insbesondere der Arbeitsunfähigkeitszeiten. Allerdings erweist sich eine entsprechende Schätzung für die insgesamt stark chronifizierte Patienten Klientel der Klinik Mengerschwaige auf Grundlage der vorhandenen Daten als nicht adäquat möglich. Wesentlicher Grund hierfür ist die vielfältige und insgesamt als ungünstig zu bewertende Erwerbssituation der Patienten. So beziehen sich die in Tabelle 5-42 dargestellten Daten zu Arbeitsunfähigkeitstagen auf die jeweiligen Gesamtstichproben, unabhängig vom Erwerbsstatus. Insgesamt sind lediglich 33% (N= 30 von N= 104) der einbezogenen Personen bei Aufnahme überhaupt erwerbstätig (voll-, teilzeitbeschäftigt, Minijob). Knapp ein Drittel ist hingegen erwerbslos, 15% sind in Ausbildung, 5% altersberentet, 10% bekommen eine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente und weitere 5% bezeichnen sich als Hausfrau/Hausmann. Eine vergleichsweise einfache pauschale Prä-Post-Bewertung wie dies bei homogenen Gruppen Erwerbstätiger anhand von erwerbstypischen Parametern wie Krankgeld, Lohnfortzahlung und Produktivitätsverluste (bspw. Zielke et al., 2004, Stapel, 2005) möglich ist, würde dem Sachverhalt nicht gerecht. Vielmehr müssten auch Ausfälle im Ausbildungsgeschehen, neuerliche Erwerbstätigkeit, ggf. positive Entwicklungen bei bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten o.ä. berücksichtigt werden.

Der zweite hier verfolgte Ansatz zur Abschätzung des gesundheitsökonomischen Nutzens beruht auf dem Brodgen-Cronbach-Gleser-Nutzenmodell (vgl. Gleichung 12, S.106). Hierbei wird auf diejenigen Patienten fokussiert, die an der Katamnesebefragung teilgenommen haben, so dass die Anzahlen für die Berechnung entsprechend klein sind. Die Dauerhaftigkeit von mittel- und langfristigen Behandlungserfolgen der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist aktuell noch relativ offen, wobei neuere Studien eher eine deutliche Stabilität unterstützen (vgl. Kapitel 3.5.2, S.66ff). Aufgrund der mittleren Gesamteffektgröße von $d = 0,81$ (N= 209, subgruppenübergreifend) der relevanten änderungssensitiven Assessmentverfahren (SCL-90-R, BDI, IIP, SVF78pos, SVF78neg und

WHOQoL-BREF; explizit ausgeschlossen der BPI-51) zum Zeitpunkt der Entlassung und von $d = 0,67$ zum Zeitpunkt der Katamnesemessung ($N = 79$, subgruppenübergreifend), kann bei Annahme eines linearen Zusammenhangs von einer Effektgröße von zumindest ca. $d = 0,53$ zum 1-Jahreszeitpunkt nach Entlassung ausgegangen werden, so dass eine mittlere Effektstärke von $d = 0,67$ für den Gesamtzeitraum als angemessener Schätzwert zugrunde gelegt wird. Die Berechnung der Standardabweichung der Produktivität erfolgt auf Durchschnittswerten des Statistischen Bundesamtes. Der Studienzeitraum umfasst die Jahre 2007 bis 2009. Das Statistische Bundesamt (Räth, Braakmann et al., 2010) veröffentlichte für das Jahr 2007 eine Bruttowertschöpfung der Wirtschaft in Höhe von 2.176,6 Milliarden Euro, für die Jahre 2008 2.239,2 Milliarden und für 2009 2.149,9 Milliarden Euro. Umgerechnet auf 39,73 Millionen (2007), 40,28 Millionen (2008) bzw. 40,24 (2009) Millionen Erwerbstätige (ebenda) entspricht dies einem Betrag von durchschnittlich 54.600,- € pro Jahr bzw. 27.300,- € pro Halbjahr und Patient. Die konservative Schätzung anhand der 40%-Grenze erbringt ein entsprechendes $SD_{\text{prod}} = 21.840,-$ € bzw. von 38.221,- € bei progressiver Schätzung anhand der 70%-Regel. Der Parameter „a“ (vgl. Gleichung 12, S.106) wird auf .50 festgelegt, d.h. es wird davon ausgegangen, dass die Verbesserung des Befindens bzw. die Beschwerdereduktion wenigstens zu .50 mit der Produktivität korreliert. Der Tagessatz der Klinik liegt bei 216,38 €. Eine konservative Schätzung erbringt für die Gruppe der Borderline-Patienten bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 97 Tagen ($N = 34$) eine negative Bilanz von $U = -463.610,-$ € (-13.636,- € pro Patient), für die Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (durchschnittliche Behandlungsdauer 69 Tage, $N = 54$) ein $U = -341.442,-$ € (-6.323,- € pro Person). Bei einer progressiven Schätzung ist nach einem Jahr ein $U_{\text{BPD}} = -277.031,-$ € (-8.148,- € pro Patient) bzw. $U_{\text{ohne Pk.störung}} = -94498,-$ € (-1.750,- € pro Patient) gegeben.

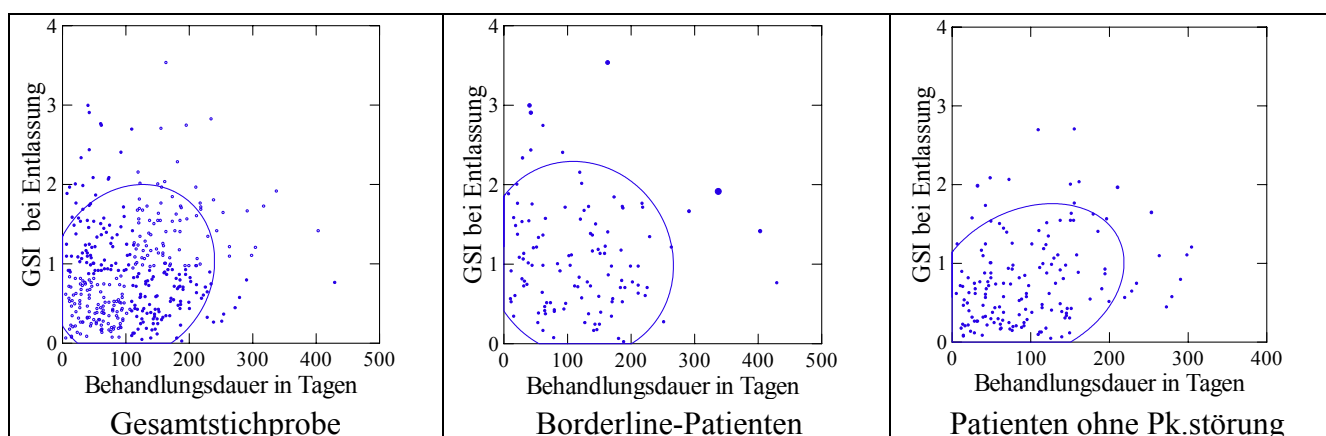
Überträgt man dieses Vorgehen auf die Gesamtstichprobe der $N_{\text{Bf}} = 685$ (durchschnittliche Behandlungsdauer 85,7 Tage) so ergeben sich ein Minus von über 7,65 Millionen Euro für die Gesamtstichprobe bei konservativer Schätzung, bei progressiver immerhin noch von knapp 4 Millionen Euro nach einem Jahr. Tatsächlich wird dieser gesamtgesellschaftliche Verlust noch deutlich höher liegen, da die Übertragung einer einjährigen Effektstärkenstabilität für die Gesamtstichprobe aufgrund der vielfach beschriebenen typischen Krankheitsverläufe von Therapieabbrüchen und Wiederaufnahmen als nicht zulässig angesehen werden muss. Zur Relativierung dieser Zahlen sollen die Gesamtkosten für die Therapie in der Klinik Mengerschwaige im Studienzeitraum separat daneben gestellt werden, die mit kumulierten 58.680 Behandlungstagen bei einem zugrunde gelegten Tagessatz von 216,38 Euro insgesamt 12.697.178,- € umfassen. Eine nähere Betrachtung der Behandlungsdauer erbringt lediglich für die Substichprobe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung einen nennenswerten Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus bei Entlassung, für die Gesamtstichprobe, wie auch die Substichprobe der Borderline-Patienten sind keine nennenswerten und stabilen Korrelationen auch nicht zu den spezifischen Kriterien der Veränderungsbewertung gegeben (Tabelle 5-43).

Abbildung 5-43 veranschaulicht exemplarisch den Zusammenhang zum GSI-Wert bei Entlassung im Stichprobenvergleich.

Tabelle 5-43: Zusammenhang (Korrelation nach Pearson) der Behandlungsdauer mit der gemittelten Effektstärke und den spezifizierten multiplen Ergebniskriterien MEK_{TaL} , MEK_{BPD_1} , MEK_{BPD_2} , sowie ausgewählter Statusmaße (GSI des SCL-90-R, BDI-Gesamtwert, BPI und WHOQoL-BREF) bei *Entlassung* und *Katamnese*. Gegenüberstellung von Gesamtstichprobe und den beiden Substichproben.

		Behandlungsdauer		
		Gesamtstichprobe	BPD-Patienten	Patienten ohne Pk.störung
Veränderung	gemittelte Effektstärke	,068 (N= 209)	,120 (N= 67)	,009 (N= 78)
	MEK_{TaL}	-,020 (N= 336)	,180 (N= 101)	-,572** (N= 29)
	MEK_{BPD_1}	-,061 (N= 215)	-,086 (N= 67)	-,172* (N= 140)
	MEK_{BPD_2}	-,141 (N= 73)	,072 (N= 27)	-,081 (N= 79)
Status Entlassung	GSI (SCL-90-R)	,125* (N= 394)	-,068 (N= 115)	,248** (N= 157)
	BDI	,101 (N= 304)	-,081 (N= 93)	,295** (N= 114)
	BPI-51	,188* (N= 285)	-,000 (N= 88)	,296** (N= 104)
	WHOQoL	-,073 (N= 374)	,085 (N= 110)	-,188* (N= 151)

Anmerkungen: ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.



Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar (Legende siehe Abbildung 5-41, S.177).

Abbildung 5-43: Scatterplot zwischen der Behandlungsdauer und dem SCL-90-R Gesamtwert GSI bei *Entlassung*.

5.5 Pfadanalytische Prüfung der spezifizierten multiplen Ergebniskriterien

Grundlage der Pfadanalyse ist die theoretische Annahme zeitlich aufeinanderfolgender, kausaler Wirkbeziehungen, die anhand empirischer Daten überprüft wird. Der bereits beschriebene unzureichenden Operationalisierungsgrad der Treatmentbox (vgl. Kapitel 5.3.2, S.134ff) erlaubt keine Erfolg versprechende Prüfung des spezifizierten Gesamtmodells, so dass lediglich die verschiedenen multiplen Ergebniskriterien anhand einfach-strukturierter Pfadmodelle überprüft werden. Als relevante Variablen der Treatmentbox werden die Anzahl an verschiedenen verordneten Therapiemaßnahmen und deren Bewertung durch die Patienten herangezogen. Die Anzahl beinhaltet dabei lediglich ein

Maß für die Mannigfaltigkeit der therapeutischen Ansätze nicht jedoch für die tatsächliche Therapieintensität, die eigentlich von größerer Relevanz wäre. Ebenso ist die Therapiebewertung kein optimaler Indikator für die Güte der Therapien (bspw. im Sinne einer Passung von Patient und Therapieansatz bzw. Therapeut), da es eher unwahrscheinlich ist, dass die Patienten die Bewertung der Therapie unabhängig vom Behandlungsergebnis vornehmen (können). Eine Zuordnung der Therapiebewertung zur NTR-Box im Modell mit dem Ziel des Nachweises kausaler Einflüsse auf das Behandlungsergebnis ist entsprechend ergebnisunsicher. Aufgrund einer zu kleinen Stichprobe für eine Kreuzvalidierung wurden alternativ bestehende Datenmissings auf Ebene der aggregierten Kennwerte multipel imputiert, so dass Ergebnisse unterschiedlicher Datensätze in Hinblick auf Stabilität miteinander verglichen werden können (vgl. Kapitel 4.6, S.100). Das Pfadmodell mit den Kennwerten des diagnoseübergreifenden multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} ist in Abbildung 5-44 dargestellt. Präsentiert werden die standardisierten Kennwerte und die Fit-Indices für die Borderline-Patienten der nicht imputierten Originaldaten. Eine Gegenüberstellung aller Ergebnisse der verschiedenen imputierten Datensätzen ist in Tabelle 5-44 enthalten.

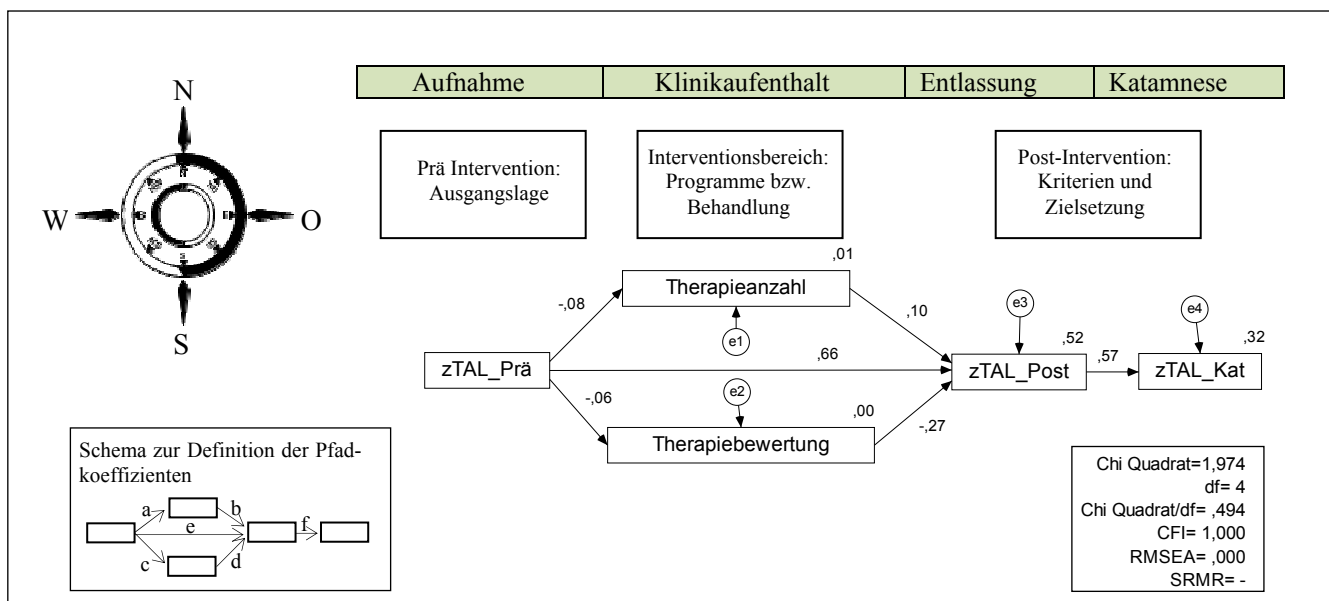


Abbildung 5-44: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices des pfadanalytisches Modells anhand der am definierten Cut-off gemittelten, z-standardisierten Items ($Z_{TaL_Prä}$, Z_{TaL_Post} , Z_{TaL_Kat}) des diagnoseübergreifenden multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} (Originaldaten Borderline-Patienten, $N=202$; schematisierte Darstellung zur Pfadbezeichnung, vgl. Tabelle 5-44) in Anlehnung an die Fünf-Datenbox-Konzeption von Wittmann (1990; 2009; Abbildung 2-4, S.16).

Tabelle 5-44: Stichprobenvergleich ausgewählter Fit-Indices, der standardisierten Pfadkoeffizienten und der aufgeklärten Varianz zum Zeitpunkt der *Entlassung* und der *Katamnese* des pfadanalytisches Modells anhand der am definierten Cut-off gemittelten, z-standardisierten Items ($Z_{\text{TaL_Prä}}$, $Z_{\text{TaL_Post}}$, $Z_{\text{TaL_Kat}}$) des Diagnose übergreifenden multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} (bzgl. der Definition der Pfadkoeffizienten siehe schematisierte Darstellung in Abbildung 5-44)

Datengrundlage	Fit-Indices				Pfadkoeffizienten						R ²	
	Chi ² /df	CFI	RMSEA	SRMR	a	b	c	d	e	f	Z _{TaL_Post}	Z _{TaL_Kat}
Borderline-Patienten												
Originaldaten	,494	1,00	,000	-	-,08	,10	-,06	-,27	,66	,57	,52	,32
Imputation 1 ¹	7,071	,833	,174	,0740	-,11	,07	-,03	-,16	,63	,25	,43	,06
Imputation 2 ¹	1,828	,980	,064	,0403	-,09	,15	-,01	-,31	,59	,43	,46	,19
Imputation 3 ¹	10,44	,788	,217	,0895	-,14	,09	-,02	-,26	,55	,46	,37	,21
Imputation 4 ¹	2,559	,963	,088	,0418	-,07	,00	,03	-,21	,62	,49	,42	,24
Imputation 5 ¹	5,282	,897	,146	,0727	-,10	,04	-,08	-,17	,63	,41	,44	,17
Imputation 1-5 ²	10,42	,951	,097	0,41	-,10	,07	-,02	-,23	,60	,41	,42	,17
Patienten ohne Persönlichkeitsstörung												
Originaldaten	1,364	,976	,038	-	-,09	,10	-,04	-,24	,53	,67	,34	,44
Imputation 1 ¹	8,057	,813	,166	0,76	-,02	,10	-,07	-,20	,53	,26	,35	,07
Imputation 2 ¹	3,827	,923	,105	,057	-,04	,05	,05	-,28	,56	,28	,37	,08
Imputation 3 ¹	7,982	,829	,165	,077	-,06	,04	,02	-,22	,48	,45	,28	,20
Imputation 4 ¹	3,618	,945	,101	,049	-,07	,06	,01	-,28	,52	,51	,34	,26
Imputation 5 ¹	2,051	,974	,064	,038	-,09	,14	,04	-,17	,53	,48	,31	,23
Imputation 1-5 ²	13,01	,938	,097	,045	-,06	,08	,01	-,23	,52	,39	,33	,15

Anmerkungen: ¹ N_{BPD}=202; N_{ohne Pk.störung} = 256; ² integrative Analyse auf Grundlage der fünf Imputationsdatensätze: N_{BPD}=1010; N_{ohne Pk.störung} = 1280

Die Originaldaten zeigen sowohl für die Stichprobe der Borderline-Patienten, als auch für die Gruppe derjenigen ohne Persönlichkeitsstörung akzeptable Fit-Indices bei einer Varianzaufklärung von 52% bzw. 34% an der Kriteriumsvariable zum Zeitpunkt der Entlassung ($z_{\text{Tal_Post}}$, Abbildung 5-44) und von 32% bzw. 44% am Kriterium des Katamnesezeitpunkts ($z_{\text{Tal_Kat}}$, Tabelle 5-44). Allerdings erweisen sich diese Indices als nicht stabil über die fünf multipel imputierten Datensätze. Darüber hinaus besteht der jeweils größte Pfadkoeffizient zur jeweils der Kriterienvariable zeitlich vorgelagerten Ausprägung, d.h. entscheidend für die Symptombelastung bei Therapieende ist vor allem die vorangegangene Symptombelastung, die Therapiedosis in Form der Anzahl verschiedener Therapieansätze hat hingegen nur wenig Einfluss. Ebenfalls wenig Einfluss hat auch die Therapiebewertung. Die pfadanalytischen Prüfungen der diagnosespezifischen multiplen Ergebniskriterien $\text{MEK}_{\text{BPD}_1}$ und $\text{MEK}_{\text{BPD}_2}$ umfassen operationalisierungsbedingt jeweils nur einen Post-Zeitpunkt. Dadurch gestaltet sich das zu prüfende Modell jeweils noch einfacher, das für das $\text{MEK}_{\text{BPD}_1}$ in Abbildung 5-45 dargestellt ist (auf die Darstellung des Modells für das $\text{MEK}_{\text{BPD}_2}$ wurde aufgrund der hohen Ähnlichkeit verzichtet).

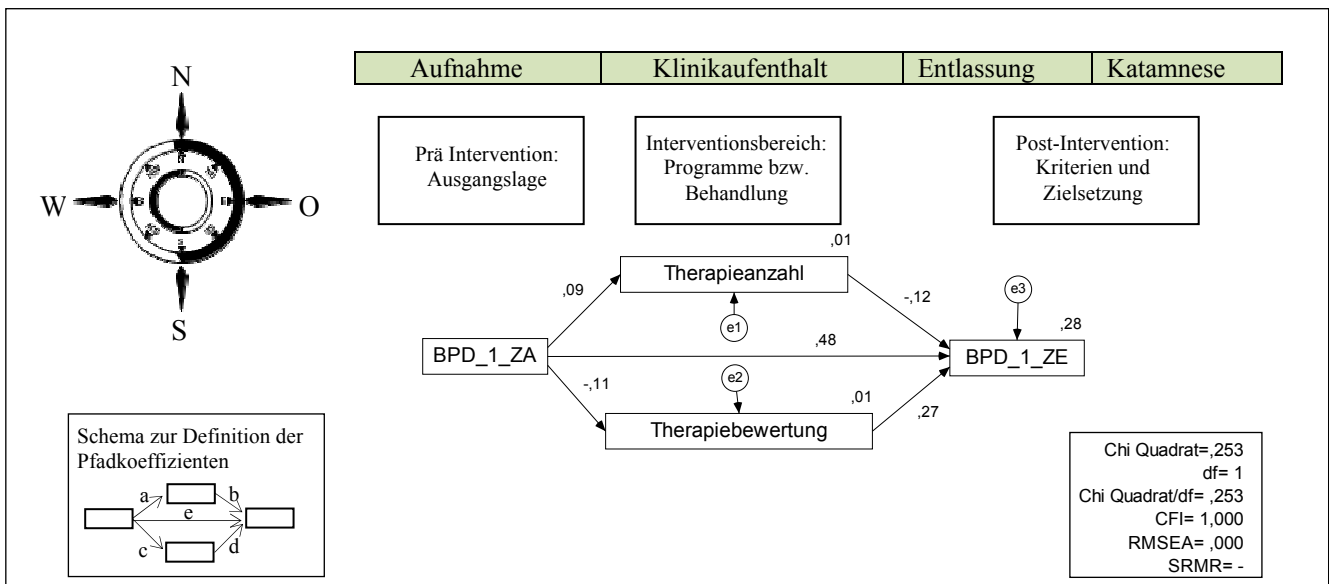


Abbildung 5-45: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices des pfadanalytisches Modells anhand der gemittelten, z-standardisierten Items (BPD_1_ZA , BPD_1_ZE) des diagnosespezifischen, multiplen Ergebniskriteriums $\text{MEK}_{\text{BPD}_1}$ (Originaldaten Borderline-Patienten, $N=202$; schematisierte Darstellung zur Pfadbezeichnung, vgl. Tabelle 5-45) in Anlehnung an die Fünf-Datenbox-Konzeption von Wittmann (1990; 2009; Abbildung 2-4, S.16).

Die Ergebnisse der Analysen sind denen des Modells der Prüfung des diagnoseübergreifenden multiplen Ergebniskriteriums MEK_{Tal} sehr ähnlich. Abermals zeigen sich vergleichsweise gute Fit-Indices, die wiederum über die verschiedenen Imputationsstichproben nicht stabil bleiben (verkürzte Ergebnisdarstellung siehe Tabelle 5-45). Auch erweisen sich die beiden originär der Treatmentbox zugeordneten Variablen Therapieanzahl und -bewertung im Vergleich mit der vorangegangenen Symptombelastung als wenig einflussreich.

Tabelle 5-45: Stichprobenvergleich ausgewählter Fit-Indices, der standardisierten Pfadkoeffizienten und der aufgeklärten Varianz zum Zeitpunkt der *Entlassung* des pfadanalytisches Modells anhand der gemittelten, z-standardisierten Items (BPD_1_ZA, BPD_1_ZE bzw. BPD_2_ZA, BPD_2_ZK) der diagnosespezifischen, multiplen Ergebniskriterien MEK_{BPD_1} und MEK_{BPD_2} (bzgl. der Definition der Pfadkoeffizienten siehe schematisierte Darstellung in Abbildung 5-45).

Datengrundlage	Fit-Indices				Pfadkoeffizienten					R ²
	Chi ² /df	CFI	RMSEA	SRMR	a	b	c	d	e	BPD_1_ZE
BPD_1 / Borderline-Patienten										
Originaldaten	,253	1,00	,000	-	,09	-,12	-,11	,27	,48	,28
Imputation 1-5 ¹	1,515	,998	,023	,012	,12	-,07	-,05	-,18	,49	,26
BPD_1 / Patienten ohne Persönlichkeitsstörung										
Originaldaten	3,280	,903	,095	-	,04	-,06	,08	,12	,37	,16
Imputation 1-5 ¹	17,042	,944	,112	,037	-,01	-,09	,03	,09	,42	,19
BPD_2 / Borderline-Patienten ²										
Originaldaten	,199	1,00	,000	-	,12	-,28	-,02	,44	,62	,60
Imputation 1-5 ¹	1,704	,999	,026	,013	,15	-,05	-,02	,22	,58	,37
BPD_2 / Patienten ohne Persönlichkeitsstörung ²										
Originaldaten	3,383	,526	,097	-	,12	-,14	,07	,01	,52	,27
Imputation 1-5 ¹	17,213	,967	,113	,037	,03	-,07	,01	,18	,52	,31

Anmerkungen: ¹ integrative Analyse auf Grundlage der fünf Imputationsdatensätze: N_{BPD}=1010; N_{ohne Pk.störung}= 1280; ² Das Pfadmodell bezüglich des borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriteriums MEK_{BPD_2} entspricht dem des MEK_{BPD_1} (vgl. Abbildung 5-45), wobei anstelle der gemittelten Kennwerte BPD_1_ZA die gemittelten Kennwerte BPD_2_ZA und statt der gemittelten Kennwerte BPD_1_ZE von der Entlassmessung die Kennwerte BPD_2_ZK zum Zeitpunkt der Katamnese herangezogen werden.

5.6 Weiterführende Exploration mit Fokussierung interpersonaler Probleme

Die insgesamt eher unbefriedigende Datenlage zur hypothesengeleiteten Prüfung kausaler Zusammenhänge veranlasste zur weitergehenden explorativen Pfadmodellierung unter tiefergehender Berücksichtigung der zahlreich eingesetzten standardisierten Assessmentinstrumente. Grundlage bildete dabei die Überlegung, dass eine zeitliche Gleichsetzung der verschiedenen Verfahren allein aufgrund der zeitgleichen Erfassung nicht gerechtfertigt erscheint, sondern auch hier von kausalen, zeitlich aufeinanderfolgenden Zusammenhängen auszugehen ist. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf das Diagnostikinstrument zur Erfassung interpersonaler Probleme, den IIP (Horowitz, et al. 1988; 2000) gelegt. Diese Fokussierung basiert auf zwei Ausgangsüberlegungen: Zum Einen besteht eine Diskrepanz zwischen der wiederholt persönlich zurückgemeldeten, subjektiven Einschätzung von Klinikern, dass Veränderungen auf dem IIP ungewöhnlich wären und der diesbezüglichen Forschungslage (siehe unten), zum Andern ist von einer hohen inhaltlichen Bedeutung interpersonaler Probleme sowohl in Hinblick auf das Wesen der Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch in Bezug auf das therapeutische Konzept der Klink Menterschwaige auszugehen. Die Diskrepanz zur Forschungslage zeigt sich z.B. in den oben zum Vergleich herangezogenen Ergebnissen von Bohus und Kollegen (Bohus, Haaf et al., 2004; vgl. Kapitel 5.4.1, S.146ff), die mit einer Effektstärke von ES= 0,60 bei 31 Borderline-Patienten vergleichbare Ergebnisse zu den Kennwerten dieser Studie gefunden haben.

Auch bei anderen Patientengruppen konnte hinreichende Veränderungssensitivität nachgewiesen werden (vgl. auch Huber et al., 2007; siehe Kapitel 4.4, S.80ff), wobei insgesamt wie in der Studie von Assmann (2003) zur prädiktiven Bedeutung interpersonaler Probleme von diagnosespezifischen Effekten auszugehen ist, die Patientengruppen mit Persönlichkeitsstörungen (ES=,31 auf dem IIP, N=54; ebenda, S.103), mit schizophrenen (ES=,38, N=37; ebenda, S.106) und mit depressiven Störungen (ES=,77, N=27; ebenda, S.108) sowie mit neurotischen-, somatoformen- und Belastungsstörungen (ES=,44, N=17; ebenda, S.112) im teilstationären Setting vergleicht. Wesentliches Ergebnis der Studie ist der Nachweis eines hohen Zusammenhangs zwischen dem Ausmaß an interpersonellen Problemen und der allgemeinen Symptombelastung gemessen mit dem SCL-90-R. Der Autor sieht hier einen prädiktiven Zusammenhang in der Weise, dass diejenigen Patienten mit den meisten interpersonellen Schwierigkeiten zu Beginn der Studie bei Therapieende zu der Gruppe der „Gebesserten“ zählen, Patienten mit negativer Entwicklung hingegen signifikant geringere interpersonelle Probleme bei Aufnahme beschrieben haben. Da der SCL-90-R konzeptionell-inhaltlich keinen nennenswerten interpersonellen Anteil aufweist (Davies-Osterkamp & Kriebel, 1993, zitiert nach Becker & Mohr, 2005), werden die hohen Zusammenhänge der Verfahren ($r=.64$) auf einen allgemeinen „Klagsamkeits-“ „Jasage-“ oder auch „Intensitätsfaktor“ (Alden, Wiggins, Pincus, 1990, S.525; Übersetzung durch Becker & Mohr 2005; S.206) zurückgeführt, dessen Bedeutung umstritten ist. So interpretieren bspw. Horowitz und Kollegen (Horowitz et al., 1988) diesen als störende Varianzquelle, die durch die Berechnung ipsatierter Kennwerte auspartialisiert werden könnte. Die von Assmann (2003) verfolgte Verwendung unipsatierter Werte orientiert sich demgegenüber an dem Vorgehen der meisten Forschungsarbeiten und entspricht den aktuellen Empfehlungen (Becker & Mohr, 2005), die im sogenannten „Klagsamkeitsfaktor“ eine relevante und valide Varianzquelle sehen. Diese erweitern den zweidimensionalen Raum der Faktoren „Liebe“ und „Dominanz“ (Alden et al., 1990) des Circumplexmodells um eben diese dritte Dimension eines „general distress factor“ (Grosse Holtforth, Lutz, Grawe, 2006, S.98; Vittengl, et al., 2003). Ausgehend von den Ergebnisse von Assmann (2003) und den in Abbildung 5-35 (S.170) dargestellten Interkorrelationen, die mit $r=.638$ einen bedeutsamen und hochsignifikanten Zusammenhang zwischen dem GSI (SCL-90-R) und dem IIP aufzeigt, wurde zunächst die übergreifenden Dimensionalität der eingesetzten standardisierten Verfahren mittels explorativer Faktorenanalysen der jeweiligen Gesamtwerte geprüft. Die Ergebnisse ergeben für die Gesamtstichprobe, wie auch die beiden Substichproben nach Kaiserkriterium eine Zweifaktorenlösung mit einer Varianzaufklärung von jeweils zirka 65%. Die rotierten Faktorladungsmuster sind nicht einheitlich, lassen sich allerdings grob in einen „Belastungsfaktor“, bestehend aus den Kennwerten von GSI, BDI, IIP, SVF78-NEG und BPI-51 und einen „Gesundheitsfaktor“, bestehend aus dem WHOQoL und dem SVF78-POS identifizieren, bei zum Teil allerdings hohen Nebenladungen (Tabelle 5-46). Abweichungen bestehen insbesondere dahingehend, dass der WHOQoL bei der Substichprobe der Borderline-Patienten nicht auf dem zweiten Faktor sondern nur negativ auf dem Gesundheitsfaktor lädt, und bei der Stichprobe ohne Persönlichkeitsstörung der BDI sogar geringfügig höher invers (negativ) auf dem Gesundheitsfaktor lädt. Die beiden fokussierten Verfahren, der IIP und der SCL-90-R (GSI) laden in allen Fällen relativ eindeutig auf dem ersten Faktor.

Tabelle 5-46: Faktorladungsmuster der Gesamtwerte der standardisierten Assessmentverfahren nach Varimaxrotation im Stichprobenvergleich.

Kennwert (A)	Stichprobe Faktor	Gesamt ¹		Borderline ²		ohne Pk.störung ³	
		1	2	1	2	1	2
GSI		,847	,259	,913		,787	-,306
BDI		,653	,538	,819	-,272	,549	-,625
IIP		,773	,268	,843		,806	-,127
SVF78-POS			-,863		,950	,140	,789
SVF78-NEG		,585	,553	,645	-,485	,706	-,359
BPI-51		,820	-,142	,764	,108	,794	,194
WHOQoL		-,340	-,478	-,498		-,281	,633

Anmerkungen: ¹ N=407, ² N=102, ³ N=152; A=Aufnahme; Nicht dargestellt sind Ladungen <0,1; markiert ist jeweils die höher Ladung

Im Weiteren wurde mittels explorativen Pfadanalysen die Frage der Kausalität zwischen dem Ausmaß an interpersonalen Problemen anhand des IIP und der allgemeinen Symptombelastung (GSI des SCL-90-R) überprüft. Hierbei stehen letztlich vier Kennwerte zur Verfügung, die in unterschiedlicher Weise miteinander in Beziehung gesetzt werden können (Abbildung 5-46), wobei insbesondere Methoden und Messzeitpunkt übergreifende Zusammenhänge bedeutsam sind. Zusammenhänge zwischen den beiden Verfahren zum gleichen Zeitpunkt, wie auch Zusammenhänge desselben Verfahrens zu verschiedenen Zeitpunkten hingegen werden erwartet. Sowohl für die beiden Modelle, bei denen die Vorhersage der Gesamtbelastung durch die interpersonalen Probleme bei Aufnahme zentral ist (I und II), als auch die inversen, die die Vorhersage der interpersonalen Probleme bei Entlassung aufgrund der Gesamtbelastung bei Aufnahme abbilden (III und IV), zeigen sich gute Fit-Indices. In beiden Varianten zeigt sich ein bedeutsamer Methoden und Messzeitpunkt übergreifender Pfad lediglich für die Substichprobe der Borderline-Patienten. Der Vergleich der Höhe der Pfadkoeffizienten wie auch der jeweils aufgeklärten Varianz mit 26% bzw. -11% spricht bei Annahme eines kausalen Zusammenhangs eher für die Einflussnahme interpersonalen Probleme auf die generelle Symptombelastung als für einen umgekehrten Kausalzusammenhang. Eine Gesamtbewertung aller vier Pfadmodelle spricht allerdings eher für einen grundsätzlich korrelativen, denn kausalen Zusammenhang.

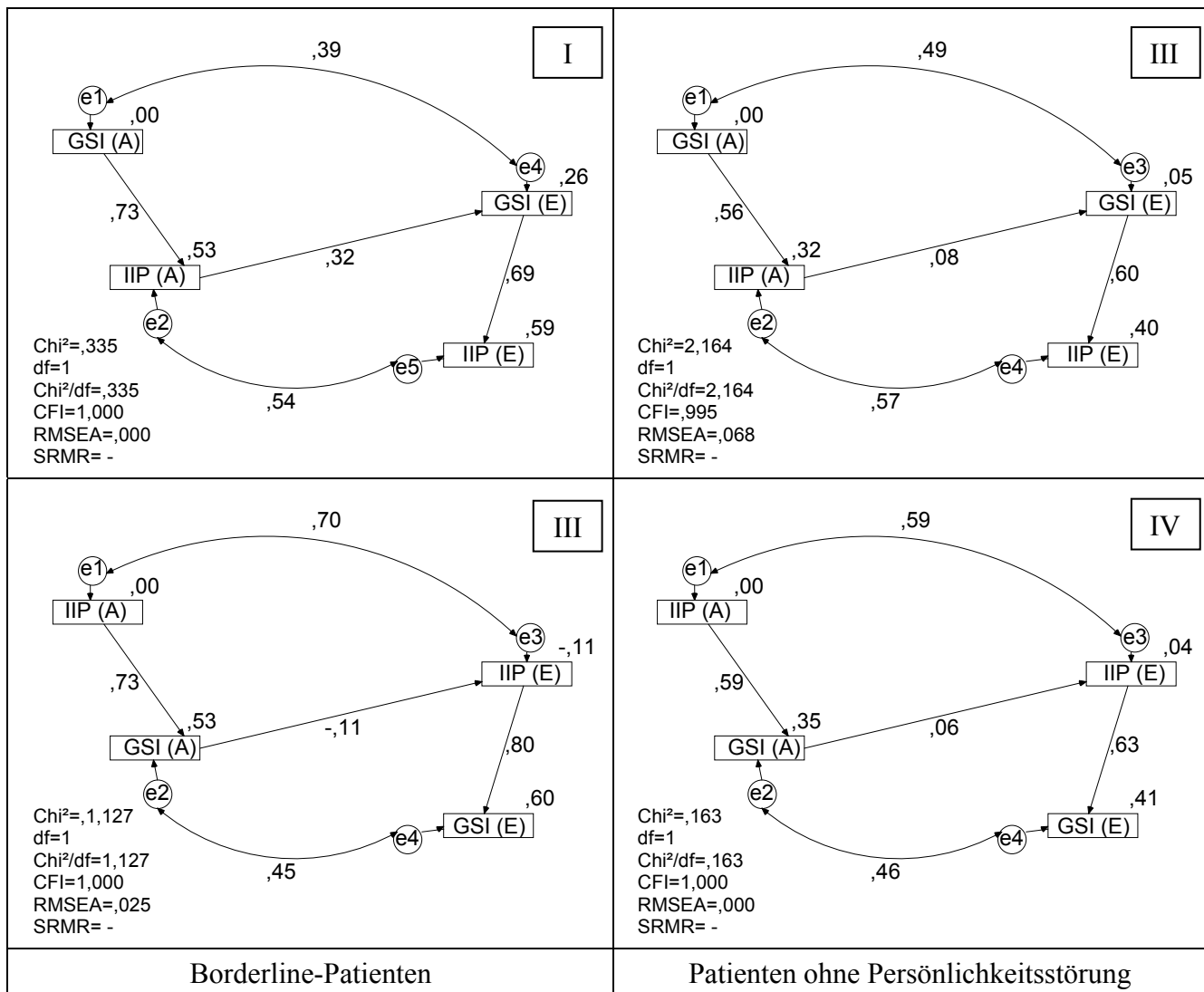


Abbildung 5-46: Pfadmodelle zur Prüfung der Kausalität zwischen IIP und GSI (SCL-90-R): Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices im Vergleich der Substichproben.

Den zweiten Ansatz der hier vorgestellten explorativen Modellentwicklung bildet die Annahme kausaler Zusammenhänge von individuell unterschiedlich eingesetzten Stressverarbeitungsstrategien und daraus resultierenden interpersonalen Problemen. Das entsprechende Pfadmodell, das die Stressverarbeitungsstrategien, operationalisiert in den Kennwerten der Positiv- und Negativstrategien des SVF78 dem IIP voranstellt, ist in Abbildung 5-47, getrennt für beide Substichproben dargestellt. In beiden Fällen besteht eine gute Passung der Daten auf das angenommene Modell. Insgesamt lassen sich 31% bzw. 42% der Varianz des IIP's bei Aufnahme erklären, wobei der Einfluss der Positivstrategien zu vernachlässigen ist, die Negativstrategien jedoch deutliche Pfadkoeffizienten aufweisen. Das Modell bestätigt eine mittlere negative Interkorrelation der beiden Strategien. Inverse Variablenanordnungen dergestalt, dass der IIP den Kennwerten des SVF78 vorangestellt sind, ergeben hingegen in keinem Fall akzeptable Gütekennwerte (keine Abbildung).

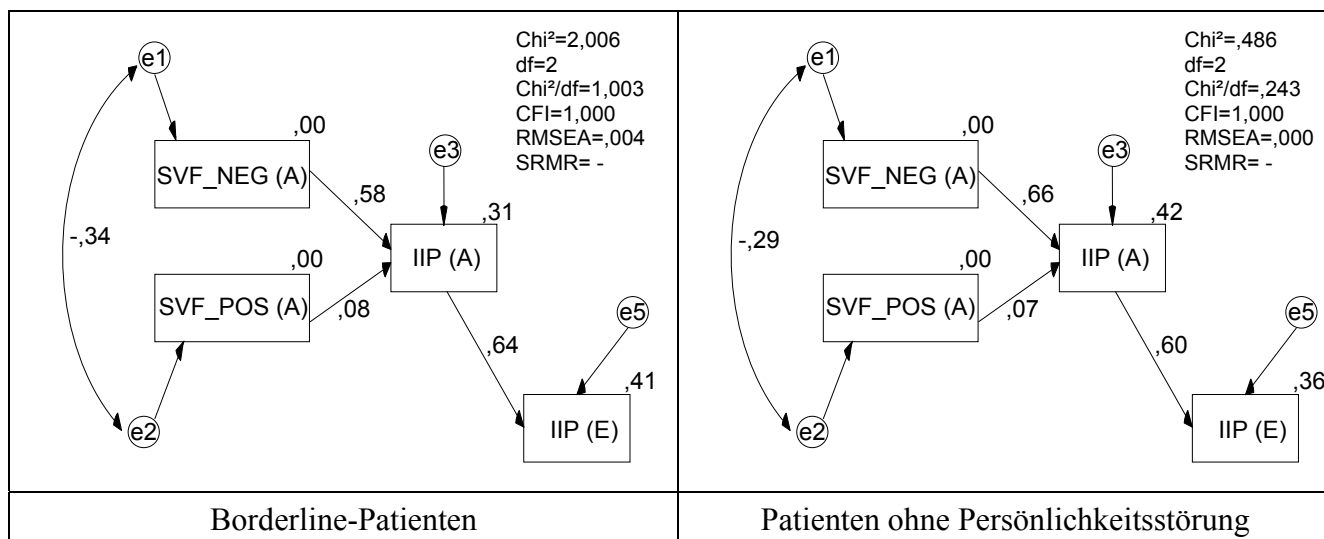


Abbildung 5-47: Pfadmodelle zum Zusammenhang zwischen den beiden Stressverarbeitungsstrategien und dem IIP bei Aufnahme: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices im Vergleich der Substichproben.

Im nächsten Schritt erfolgte die Zusammensetzung der beiden pfadanalytischen Ansätze. Hierbei wurde versucht die letztlich trivialen Interkorrelationen gleicher Messinstrumente über verschiedene Zeitpunkte auszuschließen. Hierfür wurde auf die wiederholte Aufnahme des IIP zum Zeitpunkt der Entlassung verzichtet, da dieser Pfad letztlich keinen inhaltlich bedeutsamen Beitrag leistet. Bezüglich der generellen Symptombelastung wurde auf den WHOQoL als Indikator für allgemeine Lebensqualität dem GSI des SCL-90-R gegenübergestellt. Da dieser Kennwert auch Aspekte einschließt, die am Ende eines stationären Aufenthalts vom Patienten eigentlich nicht ohne Bezug zu seinen außerstationären Leben beantwortet werden können, wird der Aufnahmewert als endogene Variable anstatt des GSI-Wertes integriert. Inhaltlich erscheint die Fokussierung auf Lebensqualität und nicht auf Symptombelastung bei Therapiebeginn durchaus zulässig (Abbildung 5-48).

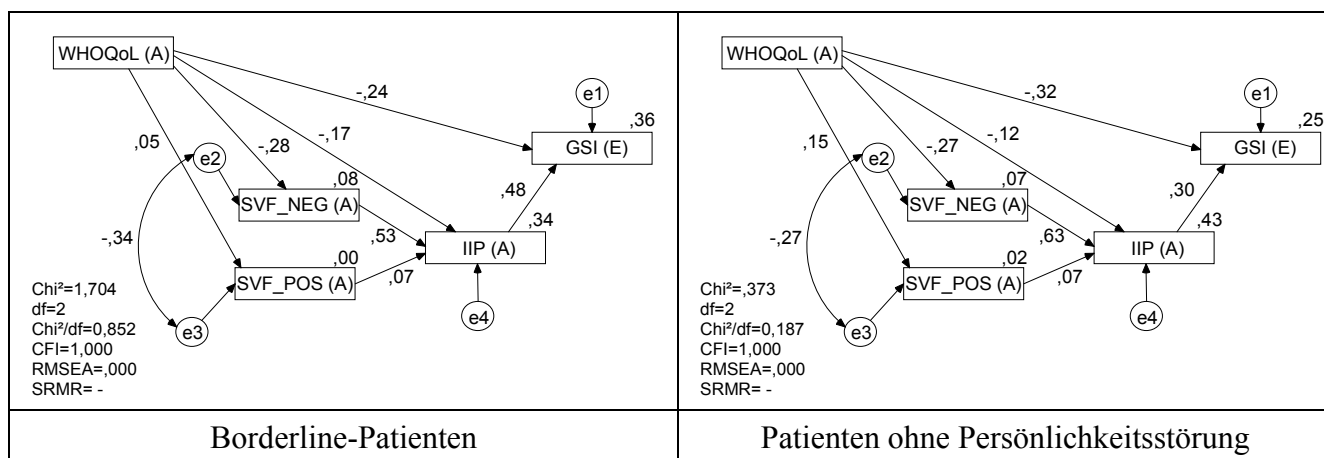


Abbildung 5-48: Exploratives Gesamtmodell von WHOQoL, SVF und IIP mit der Symptombelastung (GSI des SCL-90-R) bei Entlassung als Kriterienvariable: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices im Vergleich der Substichproben.

Die Modelle erweisen sich für beide Substichproben als gültig. Der WHOQoL und der IIP bei Aufnahme können immerhin 36% (Borderline-Patienten) bzw. 25% (Patienten ohne Persönlichkeitsstörung) an der Symptombelastung bei Entlassung aufklären. Die interpersonalen Probleme werden wie in den vorangegangenen Modellen in hohem Umfang von der Ausprägung an sogenannten Negativstrategien zur Stressbewältigung des SVF78, nicht jedoch von den Positivstrategien bestimmt. Die Varianzaufklärung der Stressverarbeitungsstrategien durch den WHOQoL, also die Lebensqualität bei Therapiebeginn, ist vergleichsweise gering. Die Aufnahme eines direkten Pfades von den Negativstrategien verändert das Modell nur geringfügig (keine Abbildung): Dieser Pfad erreicht mit .25 (Borderline-Patienten) bzw. .06 (Patienten ohne Persönlichkeitsstörung) einen eher geringen Betrag und auch die Pfadkoeffizienten vom IIP (A) zum GSI (E) reduzieren sich nur wenig (bei der Borderline-Stichprobe von .48 auf .39; bei den Patienten ohne Persönlichkeitsstörung von .30 auf .26).

Eine Wechsel der Kennwerte des WHOQoL und des SCL-90-R würde den krankheitsbezogenen Kennwert der Symptombelastung dem Zeitpunkt der Aufnahme und den eher gesundheitsorientierten Parameter der Lebensqualität dem Behandlungsende zuordnen. Eine solche theoretische Annahme mag trotz der beschriebenen Einschränkungen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Beurteilung der Lebensqualität durch die Patienten bei Behandlungsende (siehe oben) vertretbar sein. Entsprechende Modelle erbringen insgesamt geringe Pfadkoeffizienten auf den WHOQoL und eine entsprechend niedrige Varianzaufklärung. Hohe Pfadkoeffizienten bestehen hingegen zwischen dem GSI bei Aufnahme und dem zeitgleich erhobenen IIP, bei insgesamt hoher Varianzaufklärung des IIP-Kennwerts.

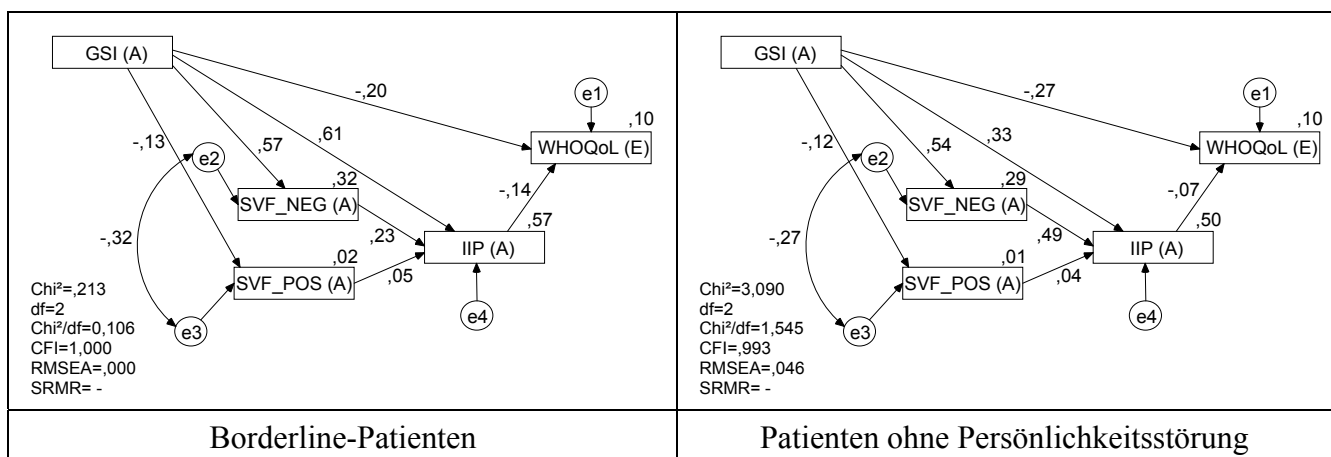


Abbildung 5-49: Exploratives Gesamtmodell mit der Symptombelastung des GSI (SCL-90-R) bei Aufnahme als endogene Variable und der Lebensqualität, operationalisiert durch den WHOQoL bei Entlassung als Kriterienvariable: Standardisierte Kennwerte und Fit-Indices im Vergleich der Substichproben.

Abschließend wurde zur Klärung von Unterschieden zwischen den Borderline-Patienten und den Patienten ohne Persönlichkeitsstörung eine Differenzierung der Unterskalen des IIP entsprechend des Circumplexmodells von Leary (1957; vgl. Kapitel 4.4, S.80ff) vorgenommen. Insgesamt zeigen die Patienten deutlich höhere Ausprägungen auf den „unteren“ Unterskalen „FG zu introvertiert/sozial

vermeidend“, „HI zu selbstunsicher/unterwürfig“, „JK zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „LM zu fürsorglich/freundlich“ (Abbildung 5-50).

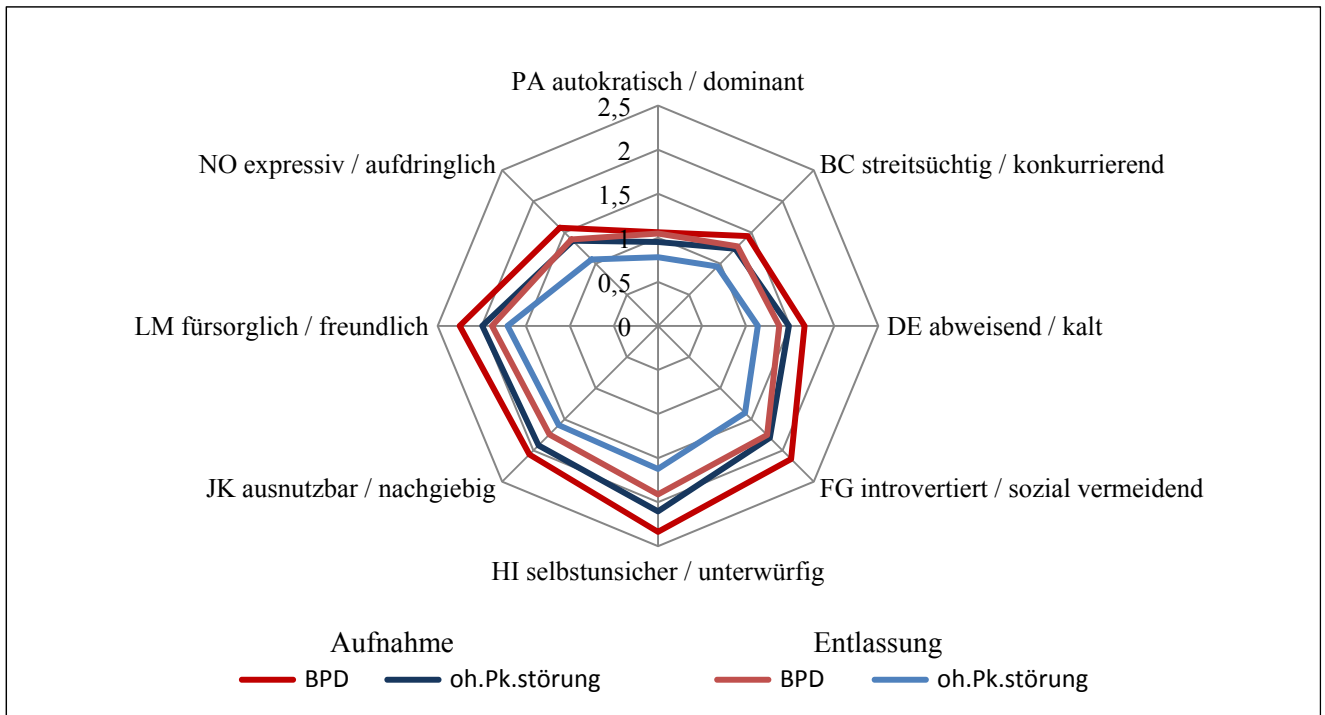


Abbildung 5-50: Mittlere Ausprägungen der IIP-Unterskalen in Anordnung des Circumplexmodells (nach Leary, 1957) für die beiden Substichproben ($N_{\text{BPD}}=96$; $N_{\text{ohne Pk.störung}}=126$) bei *Aufnahme* und *Entlassung*.

Im Rahmen einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung konnten sowohl für die Subgruppenzugehörigkeit als auch für den Vergleich der Messzeitpunkte signifikante Unterschiede identifiziert werden, jedoch keinerlei Wechselwirkungseffekte (Tabelle 5-47). Mit Ausnahme der Unterskala „PA autokratisch / dominant“ ist das partielle η^2 des Prä-Post-Vergleichs jeweils deutlich höher als beim Stichprobenvergleich. Wie anhand der deutlich parallelen Linien in Abbildung 5-50 gut nachvollziehbar ist, offenbart der Substichprobenvergleich in erster Linie Unterschiede im Grad der Ausprägung nicht jedoch in Hinblick auf qualitative Verschiedenheit.

Tabelle 5-47: Zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (ALM) der acht Unterskalen des IIP mit den Substichproben ($N_{\text{BPD}}=96$; $N_{\text{ohne Pk.störung}}=126$) und den IIP-Kennwerten zu den Zeitpunkten *Aufnahme* und *Entlassung*: Tests der Zwischen- und Innersubjekteffekte (kombinierte und gekürzte Angaben)

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	P	partielles Eta ²
PA autokratisch / dominant						
Stichprobe	7,332	1	7,332	9,536	,002	,042
A-E-Vergleich	1,564	1	1,564	7,337	,007	,032
A-E-Vergleich × Stichprobe	,088	1	,088	,414	,521	,002
BC streitsüchtig / konkurrierend						
Stichprobe	10,672	1	10,672	14,929	,000	,064
A-E-Vergleich	3,127	1	3,127	19,449	,000	,081
A-E-Vergleich × Stichprobe	,159	1	,159	,986	,322	,004
DE abweisend / kalt						
Stichprobe	5,279	1	5,279	4,956	,027	,022
A-E-Vergleich	10,142	1	10,142	41,103	,000	,157
A-E-Vergleich × Stichprobe	,134	1	,134	,543	,462	,002
FG introvertiert / sozial vermeidend						
Stichprobe	16,775	1	16,775	12,447	,001	,054
A-E-Vergleich	19,551	1	19,551	58,805	,000	,211
A-E-Vergleich × Stichprobe	,331	1	,331	,994	,320	,004
HI selbstunsicher / unterwürfig						
Stichprobe	12,161	1	12,161	9,011	,003	,039
A-E-Vergleich	27,838	1	27,838	85,811	,000	,281
A-E-Vergleich × Stichprobe	,399	1	,399	1,230	,269	,006
JK ausnutzbar / nachgiebig						
Stichprobe	3,147	1	3,147	2,987	,085	,013
A-E-Vergleich	18,753	1	18,753	61,754	,000	,219
A-E-Vergleich × Stichprobe	,067	1	,067	,220	,640	,001
LM fürsorglich / freundlich						
Stichprobe	6,254	1	6,254	5,678	,018	,025
A-E-Vergleich	19,362	1	19,362	65,585	,000	,230
A-E-Vergleich × Stichprobe	,301	1	,301	1,019	,314	,005
NO expressiv / aufdringlich						
Stichprobe	12,282	1	12,282	12,634	,000	,054
A-E-Vergleich	8,901	1	8,901	35,988	,000	,141
A-E-Vergleich × Stichprobe	,209	1	,209	,846	,359	,004

p-Werte hervorgehoben bei Signifikanz auf 5%-Niveau

6 Ergebniszusammenfassung und Diskussion

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Datenbasis einer knapp zwei Jahre andauernden Programm-evaluationsstudie zur Ergebnisqualität der stationären Behandlung in der Klinik Mengerschwaige. Als Studiendesign wurde aufgrund von organisatorisch-finanziellen Beschränkungen das in der praktisch-klinischen Forschung übliche Ein-Gruppen-Prä-Post-Design mit Halbjahreskatamnese gewählt. Ziel der Arbeit war die diagnosespezifische Betrachtung der Behandlungsergebnisse der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hierbei wurde die Entwicklung und Prüfung theoretisch abgeleiteter Ex-Post-Facto gebildeter Ergebniskriterien angestrebt.

Die Beteiligungsrate der Patienten sowohl an der Aufnahme- als auch der Entlassmessung ist mit 55% vergleichsweise niedrig. Der mit knapp 30% (N=46) im Vergleich mehr als dreimal so hohe Anteil an Kriseninterventionen bei den Nichtteilnehmern, wie auch die fehlenden Angaben von Therapeutenseite lassen zumindest die Hypothese zu, dass es eine Substichprobe gibt, die aufgrund der individueller Rahmenbedingungen nicht hinreichend in die Studie eingebunden wurden. Allerdings würde eine progressive Berechnung der Beteiligungsquote unter Hinzunahme dieser 46 Personen die Beteiligungsquote um lediglich 4% auf insgesamt 59% steigern, so dass der Einfluss einer systematischen Nichtberücksichtigung dieser Behandlungsform als gering einzuschätzen ist. Insgesamt ist festzuhalten, dass nur von gut jedem zweiten Behandlungsfall (55%) Aufnahme und Entlassdaten vorliegen, die eine Veränderungsbewertung überhaupt zulassen (Tabelle 5-1, S.124). Die weitere Prüfung der Repräsentativität (Kapitel 5.1, S.123ff) erbringt im Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern plausible signifikante Unterschiede dergestalt, dass bei langandauernden Behandlungen zu einem höheren Anteil Entlassbögen ausgefüllt wurden, sowie geringere Anzahlen bei ungeplanter, vorzeitiger Beendigung des stationären Aufenthalts. Des Weiteren zeigen sich deutliche Effekte des Patientenalters und der Erkrankungsdauer, die nicht auf das Therapiegeschehen selbst zurückzuführen sind. Vielmehr erscheint die Interpretation möglich, dass die erhöhte Beteiligungsbereitschaft von älteren, bereits länger erkrankten Patienten auf bereits ausgebildete Fähigkeiten zur intensiveren und möglicherweise auch ernsthafteren Auseinandersetzung mit der Erkrankung zurückgeführt werden können. Die weitere Prüfung der Repräsentativität fokussiert den Vergleich von Katamnese-Teilnehmern versus -Nichtteilnehmern. Hintergrund der Notwendigkeit dieses Vergleichs bildet die geringe Beteiligungsquote von N=110 Fällen, die einer Quote von gerade mal 16% bezogen auf alle zur Auswertung herangezogenen Behandlungsfälle bedeutet. Die Vergleiche zeigen bei Aufnahme keine als relevant einzuschätzenden Unterschiede. So sind die Teilnehmer zwar knapp drei Jahre älter und es handelt sich häufiger um Neuaufnahmen und um reguläre Entlassungen aber bei den erkrankungsspezifischen Kriterien wie Suizidalität, Anzahl an prästationären Suizidversuchen, Vorbehandlung, Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erkrankungsdauer seit Erstdiagnose zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Auch auf keinem der eingesetzten standardisierten Selbstbeurteilungsverfahren zeigen sich Auffälligkeiten. Lediglich geringfügige Unterschiede mit kleinen Effektstärken bestehen bei den Fremdeinschätzungsverfahren dem CGI-Schwereindex und der sozial-kommunikativen Beeinträchtigungsschwere (Tabelle 5-4, S.128). Diese sich bereits andeutende Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung verschärft sich allerdings zum Entlasszeitpunkt,

zu dem zwar auf Seiten der Selbsteinschätzung weiterhin keinerlei Unterschiede bestehen, die Fremdeinschätzung allerdings auf allen relevanten Kriterien des 7-Tagezeitraums (CGI, GAF, sowie dem körperlichen, psychischen und sozialkommunikativen BSS) signifikant schlechtere Kennwerte für die Gruppe der Katamnese-Nichtteilnehmer aufweist (Tabelle 5-5, S.129). Einschränkend ist allerdings, dass es sich bei allen diesen Verfahren um Einzelitems mit letztlich unklarer Messgenauigkeit handelt. Bei zwar signifikanten aber insgesamt eher kleinen Unterschieden ist die Aussagekraft eines Unterschiedes von vier Punkten auf einer hundertschrittigen Skala doch insgesamt als eher gering zu bewerten. Wollte man die Ergebnisse dennoch konservativ interpretieren, so könnte die niedrigere Symptombelastung bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Alters-, Aufnahme- und Entlassunterschiede für eine höhere Teilnahmebereitschaft von (möglicherweise auch in der Wahrnehmung der Therapeuten) „krankheitserfahreneren“ Patienten sprechen.

Die Auswertungsmethodik berücksichtigt einen Vergleich der $N_{Bf} = 202$ Behandlungsfälle von Borderline-Patienten (ICD-10; Haupt- und Nebendiagnosen) mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörung von ($N_{Bf} = 256$). Die Stichprobe der Borderline-Patienten entspricht mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren und einem Frauenanteil von über 80% vergleichbaren Angaben früherer Veröffentlichungen zu stationären, klinischen Stichproben (vgl. Widiger & Weissman 1991; vgl. Kapitel 3.1.4, S.35). Die Patienten ohne Persönlichkeitsstörung sind mit 38 Jahren hingegen deutlich älter und auch der Männeranteil ist mit knapp 40% deutlich höher. Weitere Vergleiche demografischer Variablen zeigen weitere signifikante Unterschiede, die sich im Rahmen differenzierten Betrachtungen qualitative Nachteile der Borderline-Patienten aufzeigen: So sind die Borderline-Patienten deutlich seltener verheiratet, wenn auch bezüglich der Partnersituation in der Gesamtbetrachtung mit oder ohne Partner eine vergleichbare Verteilung besteht (ca. 36% vs. 58%, Tabelle 4-7, S.119). Sie sind deutlich häufiger auf öffentliche Wohnangebote wie betreutes Wohnen angewiesen. Hinsichtlich der Schul- und Berufsausbildung zeigen sie eine niedrigere Qualifikation mit insgesamt ungünstigeren Lebensbedingungen insbesondere hinsichtlich der Grundlagen des Lebensunterhalts (Tabelle 4-9, S.122). Bei einem durchschnittlichen Nettoeinkommen von gut 630,- bzw. 900,- Euro ist in vielen Fällen von einer prekären Lebenssituation auszugehen. Kaum Unterschiede bestehen hingegen bei behandlungsbezogenen Parametern. So handelt es sich bei Borderline-Patienten häufiger um eine Wiederaufnahme und seltener um eine Neuaufnahme, aber gerade in Hinblick auf die Therapiebeendigung, also die Frage nach Therapieabbrüchen gibt es keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Der Anteil von 22% ist zumindest für die Gruppe der Borderline-Patienten, bei denen allgemein hohe Abbruchquoten von bis zu 67% (u.a. Skodol et al., 1983; Gunderson et al., 1989) als empirisch belegt galten, als gut zu bewerten. Einfluss hat hier möglicherweise die Übernahme relevanter Therapiebausteine der Dialektisch-Behavioralen Therapie, deren Stärke bei der Verringerung der vormals hohen Abbruchquoten ja gerade entscheidendes Kriterium für ihre Etablierung war. Der Anteil an Patienten, die aus disziplinarischen Gründen von Seiten der Klinik entlassen wurden, ist mit fünf Fällen (2,5%) zwar doppelt so hoch wie bei der Vergleichsgruppe, insgesamt aber als seltenes Ereignis zu bewerten.

Keiner der Patienten war bei Aufnahme akut suizidgefährdet, Suizidgedanken formulierten 35% der Borderline-Patienten und 25% der Vergleichsstichprobe. Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist mit 97,8 (SD= 83,5) Tagen knapp drei Wochen länger als bei den Patienten ohne Persönlichkeits-

störung. Alles in allem zeigt dieser Vergleich im Rahmen der Stichprobenbeschreibung eine höhere Chronizität bzw. Schwere der Erkrankung der Borderline-Patienten: Obwohl sie deutlich jünger sind, waren sie häufiger zur Wiederaufnahme und das bei längeren Behandlungszeiten (Kapitel 4.7.3, S.118).

Im weiteren Vorgehen stand die Überprüfung der Diagnosestellung. Grundlage hierfür bildete Hypothese 1 (S.76), die anhand diagnosespezifischer bzw. -unspezifischer Kriterien eindeutige Unterschiede zwischen den betrachteten Subgruppen definiert. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothesen bezüglich borderlinespezifischen Kriterien, nicht jedoch auf den allgemeinen und hinsichtlich anderer diagnosespezifischer Skalen (Tabelle 5-8, S.131). So weisen die Borderline-Patienten hypothesenkonform einen höheren Grad an Suizidalität wie auch an der Anzahl komorbider Erkrankungen auf. Den Hypothesen widersprechend ist allerdings keine Vergleichbarkeit der Patientengruppen auf wesentlichen generischen Verfahren wie dem SCL-90-R oder dem SVF78 und auch keine niedrigere Belastung auf dem Beck-Depressions-Inventar gegeben. Vielmehr erweist sich die Gruppe der Borderline-Patienten auf nahezu allen erkrankungsbezogenen Verfahren deutlich belasteter, wobei kein Einfluss der höheren Komorbidität gefunden wurde. Lediglich bei allgemeinen Assessmentverfahren wie dem GAF und dem WHOQoL bestehen keine Unterschiede.

Allerdings spiegeln die Rangreihe der Effektgrößen der Gruppenunterschiede die Hypothesen zumindest ansatzweise wider (Abbildung 5-1, S.132): So weisen die höchsten Kennwerte, mittlerer bis großer Größe, der BPI und die Anzahl an Komorbiditäten auf, keine relevanten Größen sind hingegen auf den allgemeinen Kriterienmaßen gegeben. Kaum erklärbar ist allerdings die doch beachtlich höhere depressive Belastung der Borderline-Patienten. Trotz der bekannten hohen Komorbidität von Borderline-Persönlichkeitsstörung und depressiven Erkrankungen ist dieses Übergewicht vor dem Hintergrund von gut 47% ($N_{Bf} = 119$) Patienten ohne Persönlichkeitsstörung mit F3-Hauptdiagnose ($N = 153$ aller Diagnosen) und 40% der Borderline-Stichprobe ($N = 119$) mit einer komorbiden F3-Diagnose nicht nachvollziehbar. Zusammenfassend stellt sich die Substichprobe der Borderline-Patienten diagnoseunspezifisch, auf verschiedenen Selbstangabeinstrumenten z.T. deutlich schwerer belastet dar als die Vergleichsstichprobe. Weder die Frage, ob die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Haupt- oder Nebendiagnose ist, noch die Ausprägung der Komorbidität hat hierauf einen Einfluss.

Im Vergleich zu veröffentlichten Vergleichsstichproben erweisen sich die Borderline-Patienten bei Aufnahme sowohl auf den zentralen Verfahren der Selbst- (SCL-90-R, BDI, SVF78, IIP, BPI, WHOQoL), als auch der Fremdeinschätzung (GAF, BSS) als schwer erkrankt. So ist beispielsweise die allgemeine Symptombelastung (SCL-90-R) mit einem $GSI = 1,5$ bei Aufnahme gegenüber stationären Psychotherapiepatienten mit einem $GSI = 1,2$ (Franke, 1997) und einer allgemeinen Bevölkerungsstichprobe $GSI_{Frauen} = 0,4$ und $GSI_{Männern} = 0,3$ (Hessel et al., 2001) deutlich erhöht. Im Vergleich mit einer allerdings eher klein zu bewertenden Stichprobe stationärer Borderline-Patienten ist die Belastung allerdings geringer ($N = 50$, $GSI = 1,8$; Kröger et al., 2006).

Die Betrachtung der Studie aus Perspektive der Fünf-Datenbox-Konstruktion fokussiert neben den Ergebnismaßen des Vergleichs von Prädiktor- und Kriterienbox, in gleichwertiger Weise auch die Nichtexperimentelle Treatmentbox, also die Frage nach dem eigentlichen Behandlungsgeschehen.

Dieses umfasst letztlich vielfältige Geschehnisse und Einflussvariablen des gesamten Zeitraums der Intervention. Sowohl die Anzahl an theoretisch einflussreichen Variablen als auch der Zeitaspekt an sich begründen die erheblichen Schwierigkeiten einer angemessenen Erfassung relevanter Kriterien. Wünschenswerte, beispielsweise tägliche Dokumentationen ausgewählter Kriterien sind allerdings in ihrer Handhabung aufwendig und behindern entsprechend den Klinikalltag. So konnte auch im Rahmen dieser Studie die Operationalisierung treatmentspezifischer Variablen nur ansatzweise umgesetzt werden. Entsprechend schwierig gestaltet sich die statistische Auswertung. Beginnend mit der NTR-Box wurden zunächst Aspekte der Struktur- und Prozessqualität näher betrachtet. Die Erfassung der Strukturqualität ist mit alleiniger Befragung der Patienten mit gerade einmal 22 Items in keiner Weise hinreichend. Wesentliche Parameter der Strukturqualität wie Größe und Organisation der Klinik, Budget, Personalschlüssel, Personalqualifikation und vieles mehr sind nicht erfasst. Die erfassten Bewertungen können also nur einen kleinen Anteil der gegebenen Strukturqualität widerspiegeln. Die Bewertungen der Borderline-Patienten sind über alle berücksichtigten Skalen deutlich kritischer als die der Vergleichsgruppen. Keine Unterschiede bestehen hinsichtlich der Rangreihe: So bewerten beiden Gruppen die Freizeitmöglichkeiten und die Unterbringung am schlechtesten und die therapeutische Betreuung und die Verpflegung am besten (Abbildung 5-2, S.133).

Die Erfassung der tatsächlichen Behandlungsmaßnahmen erfolgte weitgehend parallel für die Patienten und Therapeuten, wobei die Patienten die Nützlichkeit (bzw. ggf. auch die Schädlichkeit) der einzelnen Therapien beurteilten, die Therapeuten hingegen die Verordnung selbst dokumentierten und die Akzeptanz durch den Patienten anhand seiner Teilnahmebereitschaft bewerteten. Die Betrachtung der Datenquellenüberlappung erbrachte hohe Missing-Data-Quoten, die gleichermaßen auf beide Personengruppen zurückzuführen sind und letztlich keine Missing-Data-Ersetzung erlaubten. Auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten wurden die einzelnen therapeutischen Maßnahmen auf Grundlage von explorativen Hauptkomponentenanalysen zu drei bzw. Skalen aggregiert. Eine Überprüfung der Faktorenstruktur, bspw. mittels Kreuzvalidierung, konnte aufgrund der eingeschränkten Stichprobengröße nicht erfolgen. Allerdings erweisen sich die Faktorenstrukturen als recht eindeutig. Die inhaltliche Unterscheidung verschiedener Aspekte im therapeutischen Geschehen durch die Interpretation von „Therapeutischen Gruppen“, „Gruppengeschehen“ und „Einzeltherapie“ ist sinnvoll. Gleiches gilt für die Differenzierung von zwei Faktoren anhand der Akzeptanz der Verfahren. Im Rahmen weiterer Analysen, insbesondere bei der pfadanalytischen Überprüfung der im Rahmen dieser Arbeit neu konzipierten multiplen Ergebniskriterien erwiesen sich diese Faktoren als zu unspezifisch, um einen relevanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten zu können (siehe unten).

Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob eine diagnose- bzw. symptom-spezifische Verordnung der therapeutischen Maßnahmen erfolgt. Das therapeutische Konzept der Klinik Menterschwaige unterscheidet vier Kategorien unterschiedlicher Maßnahmen, die jeweils andere Zugangswege haben: für alle verpflichtend, diagnosespezifisch, problemindiziert oder freiwillig. Der ausgeführte Ansatz der Überprüfung solcher diagnosespezifischer Verordnungen erfolgte im Umkehrschluss, d.h. durch den Nachweis fehlender signifikanter Unterschiede in der Anzahl an Verordnungen der Basistherapien (Hypothese 2, S.77) wie auch bei Annahme einer gleichgewichtigen Versorgung unterschiedlicher Diagnosegruppen bei den „Diagnosespezifischen Therapieangeboten“ (Hypothese 4, S.77). Darüber

hinaus wurde formuliert, dass die Verordnung der problemindizierten „Körper- und kreativen Gestaltungstherapien“ sich tatsächlich an der von den Patienten formulierten Problemlage orientieren sollte. Die zugehörige Hypothese 3 (S.77) wurde sehr offen formuliert, da die verschiedenen Therapiemaßnahmen vielfältige therapeutische Ziele beinhalten, die konkret mit einer therapeutischen Maßnahme intendierten Ziele aber nicht dokumentiert wurden. Die Ergebnisse erweisen sich als entsprechend unspezifisch. Eine mittels Bootstrap-Verfahren zehnfach wiederholte Faktorenanalyse der persönlichen Problembewertungen hat zwar vergleichsweise stabile Faktorenanzahlen und Varianzaufklärungen erbracht, aber kein stabiles Ladungsmuster, so dass auf Grundlage der Gesamtstichprobe Markieritems zur weiteren Analyse ausgewählt wurden. Der Zusammenhang zu den Verordnungen wurde mittels punktbiserialer Korrelationen geprüft. Die Zusammenhänge sind meist von irrelevanter oder kleiner Größe, z.T. signifikant. Das Korrelationsmuster ist in vielen Punkten plausibel, insbesondere in Hinblick auf die Vorzeichenverteilung. Ohne konkrete Hypothesen im Vorfeld ist aufgrund der Komplexität der Fragestellung kein wirklicher Forschungsgewinn zu erwarten. Dementsprechend ist weder eine Bestätigung noch eine Ablehnung der Hypothese 3 auf Grundlage der Ergebnislage möglich. Die gefundenen Zusammenhänge können aber Grundlage ebensolcher Hypothesenformulierungen für nachträgliche Studien darstellen. Interessant erscheint beispielsweise der Umstand, dass bei körperlichen Einschränkungen die aktiven therapeutischen Maßnahmen „Sport, Gymnastik und Schwimmen“ eher nicht verordnet werden, stattdessen die eher passiv einzustufende „Physiotherapie“. Wenn auch dieses Ergebnis unter Annahme körperlicher Fitness als Voraussetzung für aktive körperliche Betätigung, durchaus erklärbar wäre, stellt sich die Frage der Korrektheit einer solchen Verteilung in Hinblick auf den Gesundheitsprozess.

Letztendliche Kenngrößen der Bewertung einer solchen Programmevaluationsstudie sind Kennwerte der Veränderungsmessung, im Rahmen dieser Studie also überwiegend Prä-Post-Statusvergleiche. Solche Vergleiche wurden auf einer Reihe der üblichen standardisierten psychometrischen Skalen vorgenommen. Die Prüfung der Effektivitätsunterschiede zwischen den beiden Subgruppen ließ allenfalls kleine Effekte erwarten, da die Auswahl des Assessments generisch ausgerichtet war, so dass insbesondere bei Berücksichtigung hoher Komorbiditätsraten keine Stichprobenunterschiede mit Ausnahme auf dem Borderline-Persönlichkeits-Inventar erwartet wurden (Hypothese 6, S.78). Die Ergebnisse zeigen auf allen psychometrischen Skalen deutliche signifikante Reduktionen der Belastung für beide Substichproben. Unterschiede bezüglich des Ausmaßes der Reduktion sind nicht gegeben. Entsprechend dem Ausgangsstadium bei Aufnahme erweisen sich die Borderline-Patienten gleichermaßen bei Entlassung als höher belastet. Vergleiche aus veröffentlichten Studien mit Borderline-Patienten zeigen eine niedrigere Belastung auf dem SCL-90-R und dem BDI sowie ein vergleichbares Ausmaß interpersoneller Probleme auf dem IIP. Zu berücksichtigen sind hierbei allerdings die zum Teil sehr kleinen Fallzahlen der Vergleichsstichproben, so dass hier von einer Varianzbeschränkung auszugehen ist. Die Effektstärken im Aufnahme-Entlassvergleich sind mit Ausnahme des BPI für alle eingesetzten Verfahren nach der Taxonomie von Cohen (1992) als mittelgroß bis groß für den Aufnahme-Katamnesevergleich für den GSI (SCL-90-R), den BDI und die Negativskala des SVF78 immer noch als mittelgroß einzuschätzen (Hypothese 5, S.78). Die beim GSI gegebenen Effektstärken von $ES_{A-E} = 0,79$ bzw. $ES_{A-K} = 0,61$ erweisen sich damit als vergleichbar mit

veröffentlichten erkrankungsspezifischen Studien (Kröger et al., 2006: $ES_{A-E} = 0,68$; Bohus et al., 2000: $ES_{A-E} = 1,01$). Die Ergebnisse erweisen sich im 6-Monats-Katamensezeitraum als recht stabil. In der Tendenz sind für die Borderline-Stichprobe im poststationären Zeitraum eher wieder Rückgänge der Behandlungserfolge zu verzeichnen, wohingegen die Substichprobe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung überwiegend eine weitere Verbesserung erfährt (Abbildung 5-26, S.160). Deutliche Wechselwirkungseffekte in Form einer höheren Abnahme der positiven Behandlungseffekte in der Gruppe der Borderline-Patienten zeigen sich auf dem IIP und dem BDI. Deutliche Unterschiede bestehen auf dem WHOQoL, der für die Gruppe der Borderline-Patienten nur noch einen kleinen Effekt erbringt, für die Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung hingegen einen deutlich großen Effekt. Mit Ausnahme des BPI, der sich insgesamt als wenig änderungssensitiv erweist, und der Positiv-Skala des SVF78 zeigen sich für alle Verfahren weiterhin mittelgroße bis große Effekte. Dass die Ergebnisse für die Gruppe der Borderline-Patienten sowohl bei Entlassung (bspw. $GSI = 1,03$) als auch bei Katamnese (bspw. $GSI = 1,31$) grundsätzlich immer noch einen hohen Krankheitswert aufweisen, ist sicherlich dem schweren und chronischen Erkrankungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung und verdeutlicht die Notwendigkeit erkrankungsspezifischer Ergebnissbewertung.

Die letztlich vorhandene Datengrundlage hat die Entwicklung zweier multipler borderlinespezifischer Ergebniskriterien notwendig gemacht. Der nur mittlere Zusammenhang zwischen dem MEK_BPD_1 und dem MEK_BPD_2 unterstreicht, dass das unvollständig operationalisierte Ergebniskriterium nicht alle relevanten Aspekte erfasst und auch nur bedingt als Indikator für das vollständige borderlinespezifische multiple Ergebniskriterium nutzbar ist. Beide aggregierten Kennwerte erweisen sich als intern konsistent bei insgesamt akzeptablen Trennschärfen der integrierten Einzelitems. Die durchgeführten ROC-Analysen zur Abklärung der Diskriminationsfähigkeit der Kriterien erbringen für das inhaltsreichere BPD_2_ZA bei Aufnahme vergleichbare Kennwerte zum BPI (Hypothese 8, S.79). Der auf Grundlage der z-standardisierten Einzelitems aggregierte inhaltsärmere Kennwert BPD_1_ZA zeigt eine ebenso geringere Diskriminationsfähigkeit (Abbildung 5-28, S.163). Verteilungsvergleiche der Kennwerte, wie auch Effektstärkenvergleiche zeigen keine Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen (Abbildung 5-31f, S.166ff). Die Betrachtung der Zusammenhänge mit den psychometrischen Skalen erbringen insgesamt hohe Zusammenhänge, die sowohl in der Höhe als auch hinsichtlich der Muster den entsprechenden Korrelationen des SCL-90-R sehr ähnlich sind. Letztlich ist dies mit $r > .80$ auf die hohe Interkorrelation beider Kennwerte zurückzuführen ist. Vor dem Hintergrund der Kritik an der Mehrdimensionalität des SCL-90-R, der sich bei einer Interkorrelation von $r = .90$, hinreichender Reliabilität und nachweislicher Validität auch auf neun Items reduzieren lässt (Klaghofer & Brähler, 2001), ist natürlich auch die Bedeutung des Verfahrens in der deskriptiven Auflistung und Dokumentation vielfältiger Symptome für den Kliniker zu sehen. Ohne diesen Anwendungsbezug, allein in der Verwendung als Ergebniskriterium scheint sich der Einsatz der SCL-90-R nicht rechtfertigen zu lassen. Mit Bezug zu den insgesamt doch recht hohen Interkorrelationen der eingesetzten Verfahren zum SCL-90-R, stellt sich die Frage nach dem inkrementellen Nutzen der einzelnen Verfahren. Ausnahmen bilden lediglich die Skala der Positivstrategien des SVF78 sowie der WHOQoL (Tabelle 5-46, S.197).

Das den diagnosespezifischen Ergebniskriterien in Sinne einer konvergenten Validierung gegenübergestellte erkrankungsunspezifische multiple Ergebniskriterium MEK_{TaL} wurde aus 17 Items gebildet. Es erweist sich ebenfalls als intern konsistent. Eine explorative Faktorenanalyse erlaubt die Abgrenzung von psychischer und körperlicher Gesundheit sowie Gesundheitsaspekten im Kontakt mit Dritten. Die Konstruktion des multiplen Ergebniskriteriums MEK_{TaL} auf Grundlage des Composit-Ansatzes (Steffanowski, 2008) ermöglicht eine einfache Interpretation der Ergebnisse, die einen eindeutigen Cut-off-Wert definiert, ab dem eine hinreichende Teilhabe am alltäglichen Leben gegeben ist. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen zu allen drei Zeitpunkten zugunsten der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung, die anders als die Borderline-Patienten im Zeitraum nach Entlassung eine weitere Verbesserung erfahren (Abbildung 5-37, S.173). Entsprechende ROC-Analysen bestätigen hypothesenkonform die Unspezifität des Kennwerts (Hypothese 9, S.102). Der MEK_{TaL} weist ebenfalls substanzielle Zusammenhänge zu den Effektstärken im Aufnahme-Entlassvergleich der psychometrischen Skalen auf, wenn auch in geringerem Ausmaß als bei den borderlinespezifischen multiplen Ergebniskriterien

Der darauffolgende Vergleich von Therapieabbrechern und regulär entlassenen Patienten zeigt vor allem Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdbewertung. So sind abbrechende oder disziplinarisch entlassene Patienten in geringerem Ausmaß daran interessiert, Rückmeldung zum vergangenen Aufenthalt zu geben, wohingegen die Therapeuten deutlich zuverlässiger den Ausgang dokumentieren. Füllen die Patienten auch bei Abbruch den Fragebogen aus, so dokumentieren sie eine deutlich höhere Unzufriedenheit mit der Behandlung (ZUF-8; Tabelle 5-34, S.181). Des Weiteren unterscheiden bei Entlassung sich die Patienten nicht hinsichtlich der Selbstbeurteilungsverfahren, wohl aber in der Fremdwahrnehmung der Therapeuten. Bei Katamnese gleicht sich die Selbsteinschätzung durch die Patienten an die Fremdbeurteilung bei Entlassung an, da die Abbrecher sich nun auch in Selbstwahrnehmung durch einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand signifikant von den regulär entlassenen Patienten unterscheiden. Die therapeutische Einschätzung bei Entlassung scheint zumindest prognostisch valider zu sein.

Die Bewertung der Statusvergleiche zwischen Aufnahme und Entlassung bzw. zwischen Aufnahme und Katamnese schließt mit einer Kostenbetrachtung. Da die Fokussierung von Kostenaspekten nicht explizites Ziel der Evaluationsstudie war, sind nicht alle relevanten Kostenparameter differenziert erfasst. Der Umfang der Auswertungen ist folglich limitiert, ebenso die sich ableitenden Schlussfolgerungen. Keinerlei Auswertungen können zur monetären Bilanz aufgrund von Medikamenteneinnahme gemacht werden. Die Ergebnisse zeigen sowohl für die Borderline-Patienten als auch für die Patienten ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung eine Verlagerung der Inanspruchnahme von erhöht stationären zur vermehrt ambulanten Behandlungsangeboten. Diese Verlagerung erbringt einen finanziellen Gewinn: So ergibt sich für diese reduzierte Stichprobe der Katamneseteilnehmer allein an direkten medizinischen Kosten eine Reduktion von 2681,- € für die Substichprobe der Borderline-Persönlichkeitsstörung und für die Gruppe der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung eine Reduktion um 2197,-€ pro Patient (Tabelle 5-42, S.188). Die Arbeitsunfähigkeitszeiten konnten aufgrund der mannigfaltigen Erwerbssituation bei Aufnahme, die nur knapp ein Drittel der Patienten zumindest in geringem Umfang als erwerbstätig dokumentiert,

nicht zuverlässig geschätzt werden, da vielfältige berufsassoziierte Kostenaspekte bspw. von Berufsunfähigkeitsrenten, Arbeitsfähigkeit im häuslichen Bereich, Ausbildungszeiten, etc. nicht adäquat berücksichtigt werden können. Insgesamt ist jedoch eine deutliche Reduktion der Arbeitsunfähigkeitszeiten von über 60% bzw. über 80% im Vergleich der Zeiträume gegeben. Dabei lässt die Tatsache, dass auch nicht direkt Erwerbstätige in hohem Maße ärztlich dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten angeben, auf eine hohe Bedeutung der unabhängig dokumentierten Arbeitsunfähigkeit für die Patienten schließen und unterstützt die Annahme deren Zuverlässigkeit.

Diese insgesamt positive monetäre Bilanz nach einem halben Jahr kehrt sich bei zusätzlicher Berücksichtigung der Behandlungskosten in der Klinik Mengerschwaike deutlich um. Der hierbei zur Berechnung herangezogene Ansatz erfolgt über das Brodgen-Cronbach-Gleser-Nutzenmodell, das den Gesamtnutzen der Intervention anhand des Gesamteffekts, der Teilnehmeranzahl, der Effektdauer, des Zusammenhangs von Intervention und Zielgröße und der Standardabweichung der Produktivität eines in diesem Fall durchschnittlichen deutschen Arbeitnehmers abzüglich der Gesamtkosten für die Intervention schätzt. Die Güte der für die Schätzung zur Verfügung stehenden Parameter ist dabei unterschiedlich: Ist der Gesamteffekt aufgrund der erhobenen Daten grundsätzlich genau bestimmbar, so ist die Dauer bzw. die Art der Abnahme dieses Effekts anhand der zwei Messungen zum Zeitpunkt der Entlassung wie zur Halbjahreskatamnese nicht hinreichend einschätzbar. Der zugrunde gelegte lineare Zusammenhang zur Schätzung des Effekts für den Einjahreszeitraum kann nur als pragmatisches, sicherlich nicht bestes Schätzverfahren angesehen werden. Dieses Unwissen beeinträchtigt die Validität des Schätzverfahrens allerdings in hohem Maße, da sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis mit der Dauer des Anhaltens natürlich deutlich zum Positiven verschiebt. Bei einem angenommenen mittleren Effekt von $d = 0,5$ ergäbe sich in diesem konkreten Fall der Zeitpunkt eines positiven Return of Investment ROI (Wittmann et al. 2002) nach 2,2 (progressiv) bis 3,8 Jahren (konservativ) für Borderline-Patienten bzw. nach 1,6 bis 2,7 Jahren für die Vergleichsstichprobe. Zusammenfassend muss der Halbjahreszeitraum als zu kurz für die Kosten-Nutzen-Bewertung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen werden. Dies steht in Übereinstimmung mit der insgesamt hohen und vielfach dokumentierten Chronizität der Erkrankung. Dennoch sind bedeutsame, insgesamt positive monetäre Nutzenaspekte identifizierbar. Einschränkend sind die reduzierte Stichprobe wie auch die unzureichende Datenlage zu sehen. Eine längerfristige, personenbezogene Kosten-Nutzen-Evaluationsstudie zur genaueren Bewertung des Kostenaspekts wäre vor dem Hintergrund der infolge der vergleichsweise langen Aufenthaltszeiten hohen Behandlungskosten, äußerst aufschlussreich.

Neben der Suche nach erklärenden, kausalen Zusammenhängen, bspw. im Rahmen einer Pfadanalyse (siehe unten) bildet die Verhaltensvorhersage eine relevante Zielgröße psychologischer Forschung. Hypothese 7 (S. 78) formuliert auf Grundlage theoretischer Ableitungen eindeutige Annahmen bezüglich subgruppenspezifischer Vorhersagen der Behandlungsergebnisse. Entsprechend der Hypothese lässt sich die Effektivität der Behandlung immerhin bis zu einer maximalen Varianzaufklärung von 29% ($R^2_{adj.}$) anhand der ausgewählten Ergebniskriterien vorhersagen. Allerdings erweisen sich die Ergebnisse über die verschiedenen Ergebnismaße als äußerst instabil (Tabelle 5-36, S.184). Nicht bestätigen ließ sich, dass die Vorhersage für die Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

für die erkrankungsspezifischen Kriterienmaße in höherem Maße gelingt bzw. weniger gut für das spezifische, diagnoseübergreifende, multiple Ergebniskriterium. Insgesamt zeigt sich vielmehr, dass die Vorhersage auf allen drei Kriterien anhand der erkrankungsspezifischen Prädiktoren für die Gruppe der Borderline-Patienten am besten funktioniert. Diese Ergebnisse sind zwar nicht hypothesenkonform, letztlich aber durchaus nachvollziehbar, auch wenn sie stärker die Relevanz der ausgewählten Prädiktoren bestätigen, als die unterschiedliche Eignung der unterschiedenen Ergebniskriterien. Eine anschließend explorativ gerechnete schrittweise Regression erbringt nur für die Borderline-Patienten annähernd stabile Prädiktoren der „Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme“ der „Behandlungsform“ und der „Vorbehandlung“, bei 14% bis 23% aufgeklärter Varianz (Tabelle 5-41, S.187). Bei den Patienten ohne Persönlichkeitsstörung ist keine Konstanz der Prädiktoren über die verschiedenen Analysen gegeben.

Die Verwendung der pfadanalytischen Technik zur Prüfung der Güte bzw. zum Vergleich der neu spezifizierten Ergebniskriterien hat sich letztlich als nicht gangbarer Weg herausgestellt. Die in Hypothese 10 (S.79) formulierte Prüfung des theoretisch abgeleiteten, spezifizierten Evaluationsmodells konnte infolge der unzureichenden Datenlage nicht vollständig umgesetzt werden. Der Fokus der von der Klinik Mengerschwaige in Auftrag gegebenen Evaluation lag auf der Ergebnisqualität. Der darin begründete Mangel an ausreichenden Informationen über die Therapiemaßnahmen selbst verschuldet letztlich die Reduktion auf mehr oder weniger triviale Modelle zur Prüfung der neu spezifizierten multiplen Ergebniskriterien, dessen jeweiliger Kern in der Aussage gipfelt, dass der Krankheitsgrad bei Aufnahme Einfluss auf den Genesungserfolg nimmt (Abbildung 5-44, S.194; Abbildung 5-45, S.198). Dies allerdings, wie gezeigt werden konnte, in nicht unbedeutendem Ausmaß. Diese insgesamt eher unbefriedigenden Ergebnisse veranlassten eine explorative Modellierung unterschiedlicher Pfadmodelle, wobei besonders Augenmerk auf das Diagnostikinstrument zur Erfassung interpersonaler Probleme, den IIP, gelegt wurde. Diese Fokussierung begründet sich zum Einen in der wiederholten persönlichen Rückmeldung von Klinikern, dass Veränderungen auf dem IIP ungewöhnlich wären, zum Andern auf der inhaltlichen Bedeutung interpersonaler Probleme sowohl in Hinblick auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch in Bezug auf das therapeutische Konzept der Klinik Mengerschwaige. Die Generierung des letztlich entwickelten Modells basiert auf zwei verschiedenen Ansätzen: zum Einen auf dem angenommenen kausalen Zusammenhang interpersonaler Probleme und der allgemeinen Symptombelastung, zum Andern auf Grundlage der Bedeutung Stress verarbeitender Strategien für die Ausprägung interpersonaler Probleme. Das letztendliche Modell vermeidet explizit Messzeitpunkt übergreifende Interkorrelationen gleicher Assessmentverfahren. Anhand des Modells lässt sich die Symptombelastung bei Ende des stationären Aufenthalts mit einer Varianzaufklärung von 36% (BPD) bzw. 25% (Vergleichsstichprobe ohne Persönlichkeitsstörung) auf die Lebensqualität (WHOQoL) und dem Ausmaß an interpersonalen Problemen (IIP) bei Aufnahme zurückführen. Der IIP wird maßgeblich durch die negativen Stressverarbeitungsstrategien bestimmt, die ihrerseits wiederum durch die Lebensqualität beeinflusst sind. Keinen direkten Einfluss haben in diesem Modell die positiven Stressverarbeitungsstrategien (Abbildung 5-48, S.199). Die Gültigkeit dieses Modells kennzeichnet die Bedeutung und den Zusammenhang von Stressverarbeitungsstrategie und interpersonalen Problemen im Kontext psychiatrischer Erkrankungen und unterstreicht die

Bedeutung zwischenmenschlicher Auseinandersetzung im Rahmen therapeutischer Versorgung. Die spezifischere Betrachtung der IIP-Unterskalen erbringt allerdings wiederum quantitative, eigentlich keine qualitativen Unterschiede zwischen den verglichenen Subgruppen (Abbildung 5-50, S.201).

In der Gesamtbewertung der Studie ist festzuhalten, dass es sich bei den Patienten der Klinik Mengerschwaige überwiegend um schwerkranke Menschen handelt, die in Hinblick auf grundlegende Lebensumstände bereits deutlich benachteiligt sind. Die hohe Wirksamkeit der stationären Behandlung in der Klinik Mengerschwaige konnte sowohl für die Gesamtstichprobe (vgl. Kriz et al., 2010) als auch für die im Rahmen dieser Arbeit unterschiedenen Diagnosegruppen anhand einer umfangreichen Assessmentbatterie standardisierter Diagnostikverfahren nachgewiesen werden. Allerdings ist die mittlere Belastung zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. noch stärker zum Zeitpunkt der Katamnese für eine Vielzahl der Borderline-Patienten nicht in einem Ausmaß, in dem von hinreichender Gesundheit ausgegangen werden könnte. Ganz im Gegenteil würden entsprechende Kennwerte bspw. des GSI in anderen Kontexten zur sicheren Aufnahme einer therapeutischen Behandlung führen. Vor dem Hintergrund der doch sehr spezifischen Patientenklientel der Klinik Mengerschwaige stellt sich die Frage nach den realistisch überhaupt möglichen Behandlungszielen. Auf Grundlage der Ergebnisse ist zu unterstellen, dass in nicht wenigen Fällen die Stabilisierung vorrangiges Behandlungsziel darstellt, so dass langfristig überhaupt an eine gegebenenfalls ambulante psychotherapeutische Behandlung zu denken ist. Die im Rahmen dieser Studie gefasste, störungsunspezifische Definition von Gesundheit als Möglichkeit zur Teilnahme am alltäglichen Leben, in der Operationalisierung eines Compositokriteriums (vgl. Steffanowski, 2008) hat sich als anschauliche und brauchbare Definition erwiesen. Grundsätzlich einschränkend sind die vergleichsweise hohen Drop-out-Raten sowohl in Hinblick auf das gleichzeitige Vorhandensein von Aufnahme- und Entlassdaten, als auch für die Beteiligung an der Katamnese.

Die Betrachtung der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erfolgte in der Gegenüberstellung zu derjenigen Patientengruppe, die keine Persönlichkeitsstörung aufwies. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen konnten über alle Analysen hinweg identifiziert werden. Hervorstechendes Unterscheidungsmerkmal war dabei wiederholt weniger die Art an Symptomen bzw. deren Kombination, sondern vielmehr deren Ausmaß. Dieser quantitative Unterschied findet sich zu allen drei Messzeitpunkten, wie auch im relativen Vergleich. Von besonderer Bedeutung ist sicherlich die Beobachtung, dass sich die Gruppe der Borderline-Patienten im Zeitraum nach der Entlassung in der Gesamtschau wieder verschlechtern, nicht hingegen die Vergleichsgruppe, die sogar weitere Verbesserungen erzielen kann. Letztlich scheinen sich die Gruppen weniger durch die Erkrankungsart, als vielmehr durch die Erkrankungsschwere und -stabilität zu unterscheiden. Gründe hierfür liegen sicherlich in der Tatsache, dass die Diagnosestellung auf Grundlage einer klinischen Einschätzung erfolgt. Verglichen mit dem Einsatz standardisierter, aufwendiger Interviewverfahren ist von einer deutlich reduzierten Diagnosegenauigkeit auszugehen. Die Frage, ob eine Klinik, die sich auf die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung spezialisiert hat, sich in der spezifischen Diagnosestellung als besonders gut erweist, oder aber gegebenenfalls im Vergleich eher voreilig eine entsprechende Diagnose stellt, also die Frage nach dem Verhältnis falsch positiver zu falsch negativer Diagnosen, ist ohne Außenvalidierungskriterium nicht zu beantworten. Die standardmäßige Anwen-

dung von aufwendigen Interviewverfahren zur psychiatrischen Diagnosestellung widerspricht aktueller klinischer Alltagserfahrung. Möglicherweise ist aber gerade in der Forderung der Diagnostik größeren Raum einzuräumen ein notwendiges Erfordernis zur Entwicklung erkrankungsspezifischer, erfolgreicher Therapieverfahren.

Ein anderer, möglicherweise gewichtiger Grund für die eher unspezifischen Unterschiede zwischen den Gruppen kann im Erkrankungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst liegen. Wie in Kapitel 3 (S.25ff) dargestellt, ist die Unschärfe der Diagnostik und des Störungskonzepts eine bekannte Größe in der Erforschung dieses Störungsbildes. Möglicherweise erweist sich gerade in diesem Störungsbild der deskriptive Ansatz der DSM und der ICD als nicht ausreichend. Im Rahmen zukünftiger Forschung werden kreative Ansätze gefragt sein, die die üblichen Forschungsansätze kritisch hinterfragen und neue Konzepte entwickeln. Besondere Bedeutung wird hier infolge der rasanten technologische Entwicklung Daten verarbeitender Systeme dem ambulanten Assessment (Fahrenberg, Myrtek, Pawlik, & Perrez, 2007) zukommen, wie dies ansatzweise bereits in der Studie von Stiglmayr und Kollegen (Stiglmayr et al., 2005) zur Erforschung negativer emotionaler Anspannung im Alltag umgesetzt wurde. Auch in Hinblick auf die Diagnostik sind in Hinblick auf die unklare Forschungslage grundlegende Fragen zu stellen. So könnte beispielsweise die Angemessenheit von Fragebogenverfahren infrage gestellt werden. Folgt man der psychoanalytischen Argumentation hochgradig ausgebildeter Abwehrmechanismen, könnte sich womöglich die Entwicklung standardisierter Beobachtungsverfahren oder Verhalten provozierende Diagnostikinstrumente als heuristisch erfolgversprechend erweisen. Wesentlich stärkere Bedeutung als in vergangener Forschung wird zukünftig dem Zeitaspekt zukommen. Zu fokussieren wird hierbei die Kriterienfrage sein, was denn letztlich als erfolgreiche Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gelten kann. Aktuelle Therapieansätze formulieren bspw. die Vereitelung von Suiziden als relevantes Therapieziel, entsprechendes Gelingen müsste folglich als Therapieerfolg angesehen werden (was es berechtigterweise natürlich auch wird). Ein solcher vergleichsweise kurzfristiger Fokus allein ist letztlich aber nicht ausreichend. Für die Definition eines langfristigen Ziels kann möglicherweise das über Jahre wiederholte Gelingen der kurzfristigen Suizidvereitelung herangezogen werden, das bei gleichzeitiger kontinuierlicher Abnahme der Symptomatik entsprechend dem als „Ausbrennen“ bezeichneten typischen Verlauf nach einem mehrjährigen Krankheitsverlauf bis zum mittleren Erwachsenenalter, entsprechend vergleichbaren Konzepten der somatischen Medizin (vgl. Kapitel 2.3.2.1, S.17ff) eine Restlebenszeit mit einem messbaren Grad an Lebensqualität ermöglicht. Die Vermeidung weiterer ernsthafter Erkrankungen, der Abschluss einer beruflichen Ausbildung, die Aufrechterhaltung eines geregelten Tagesablaufs etc. könnten hierbei entsprechende Unterziele bilden. Notwendig wäre für ein entsprechendes Evaluations- und Bewertungskonzept eine Abkehr von üblichen Querschnittsuntersuchungen bei Berücksichtigung über Personen gemittelter Durchschnittsparameter an Persönlichkeitseigenschaften. An deren Stelle müssten Langzeitstudien treten, die ausgewählte Einzelpersonen über Jahre ggf. Jahrzehnte begleiten. Aktuelle Forschungsentwicklungen zur Personenorientierten Psychologie bemängeln gerade diesen unkritischen Transfer von Gruppeneigenschaften auf die Ebene des Individuums (vgl. Editorial zum Themenheft 03/2010 der Zeitschrift für Psychologie von von Eye & Spiel, 2010). Eine solche Studie über Jahre andauernde

Studie kann natürlich nicht von einer einzelnen Klinik getragen werden, sondern es bedarf Kooperationen sowie einer öffentlichen Koordination bzw. Finanzierung. Dabei sollte der Fokus der Forschung im Besonderen auf die Treatment-Boxen der Fünf-Datenbox-Konzeption von Wittmann (1990; 2009) gerichtet sein. Denn bislang gibt es nicht einmal wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zur Bedeutung von Frequenz, Intensität oder Dauer von Psychotherapie der Borderline-Störung (DGPPN, 2009). Die Fokussierung von Wirkzusammenhängen im spezifischen therapeutischen Geschehen kann möglicherweise auch Hinweise auf weitere ätiologische Ursachen sowie Anhaltspunkte zur Optimierung der Therapieansätze geben.

Der im Rahmen dieser Evaluationsstudie verfolgte Ansatz der theoriegeleiteten Ex-Post-Facto-Bildung multipler Ergebniskriterien hat sich in der Praxis nicht hinreichend bewährt. Anders als bei einer Ad-hoc-Aggregation (vgl. Schmidt, 1991) stieß das Vorgehen bereits bei der Operationalisierung an deutliche Umsetzungsbegrenzungen aufgrund der nur unzureichend zur Verfügung stehenden Variablen. Letztlich konnte kein adäquates multiples, borderlinespezifisches Ergebniskriterium für den Aufnahme-Entlassvergleich gebildet werden, sondern es musste ein zusätzlicher, suboptimaler Parameter gebildet werden. Diese letztlich unzureichende Repräsentation borderlinetypischer Aspekte zeigte sich im Rahmen verschiedenster Analysen. Die Items des inhaltreicheren MEK_{BPD_2} erwiesen sich im Rahmen der ROC hingegen als fähig, die beiden Substichproben voneinander zu diskriminieren - zumindest in vergleichbarer Weise wie der BPI. Zusammenfassend kann dieser neu gebildete Parameter mit deutlich weniger Items im Rahmen vieler Analysen mit den anderen Verfahren vergleichsweise gut mithalten. Verglichen mit der mittleren Effektstärke aller verwendeter, psychometrischer Skalen beinhaltet er allerdings deutlich weniger Informationsgehalt. Den Anspruch einer erkrankungsspezifischen Eignung kann dieser Kennwert letztlich nicht erfüllen. Positiver zu bewerten, ist die Entwicklung des multiplen Ergebniskriteriums der Teilhabe am alltäglichen Leben MEK_{TAL} , das insbesondere durch die Zugrundelegung des Composit-Ansatzes einen anschaulichen Kennwert bildet. Methodisch lässt die Berechnung dieses Kennwerts anhand eines definitiven Cut-off-Wertes Raum zur Diskussion. Die Verwendung eines an einer Referenzstichprobe empirisch ermittelten und außervalidierten Grenzwertes wäre zu präferieren. Allerdings liegt ein solcher aktuell nicht vor. Die empirische Prüfung einer entsprechenden Gesundheitsdefinition anhand einer repräsentativen Stichprobe erwies sich als vielversprechendes Unterfangen.

7 Literatur

- Acock, A. C. (2005). Working With Missing Values. *Journal of Marriage and Family*, 67, 1012-1028.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harv Rev Psychiatry*, 12 (2), 94-104.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Akiskal, H. S. (2000). Die Borderline-Persönlichkeit: affektive Grundlagen, Symptome und Syndrome (259-270). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Albani, C., & Geyer, M. (2006). Zu kurz, um wahr zu sein? Kurze und langfristige Wirkungen von Psychotherapie (116-133). In B. Strauss & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990): Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.
- Alnaes, R., & Torgersen, S. (1988). The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 485-492.
- Amelang, M., & Schmidt-Azert, L. (2006). Psychologische Diagnostik und Intervention. Heidelberg: Springer.
- American Psychiatric Association APA (1980, 1983). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III, Third Edition*. Washington, D.C.: APA. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von K. Koehler, & H. Saß (1984), Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III). Weinheim: Beltz.
- American Psychiatric Association APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R, Third Edition revised*. Washington, D.C.: APA. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von K. Koehler, & H. Saß. (1989), Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R). Weinheim: Beltz.
- American Psychiatric Association APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, D.C.: APA. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig (1996), Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association APA (2001). American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158 (Oct suppl). Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von H. Dilling (Hrsg., 2005), Leitlinien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Göttingen: Huber.
- Ammon, G. (1974). Der Traum als Wendepunkt im psychoanalytischen Prozeß einer Borderline-Patientin (131-145). In G. Ammon (Hrsg., 1998), *Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit*. Berlin: Pinel
- Ammon, G. (1988). *Vorträge 1969-1988*. Berlin: Pinel.
- Ammon, G. (1995). *Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft*. Berlin: Pinel.
- Ammon, G. (1979/2000). *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1*. Frankfurt a.M.: Dietmar-Klotz
- Ammon, G. (1982/2000). *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 2*. Frankfurt a.M.: Dietmar-Klotz
- Ammon, G., Burbiel, I., Apfelthaler, R., & Sandermann, G. (1998). Stationäre Psychotherapie von Borderline-Patienten: Eine Prä/Post- und katamnestiche Studie (211-221). In G. Ammon (Hrsg.), *Das Borderline-Syndrom: Krankheit unserer Zeit*. Berlin: Pinel.

- Ammon, G. Finke, G. & Wolfrum, G. (1998). *Ich-Struktur-Test nach Ammon ISTA*. Frankfurt a.M.: Swets Test Services.
- Ammon, M. (2009). *Identitätstherapie in der Dynamischen Psychiatrie. Vortrag zum 30-jährigen Jubiläum der Klinik Mengerschwaige am 08. Mai 2009*. Verfügbar unter: <http://www.klinik-mengerschwaige.de/pdf/IdentitaetstherapieDr.Ammon.pdf> (02.06.2009).
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQoL-100 und WHOQoL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Andersen, J., Larsen, J. K., Schultz, V., Nielsen, B. M., Kørner, A., Behnke, K., Munk-Andersen, E., Butler, B., Allerup, P., & Bech, P. (1989). The brief psychiatric rating scale. Dimensions of schizophrenia -Reliability and construct validity. *Psychopathology*, 22, 168-176.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and coping*. San Francisco: Jossey-Blash.
- Antonovsky, A. (1989). Die salutogenetische Perspektive. Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Meducs*, 2, 51-57.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung (3-14). In A. Franke, & M. Broda, *Psychosomatische Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Appelbaum, A. H. (2005). Supportive psychotherapy (311-326). In J. Oldham, A. Skodol, & D. S. Bender (Hrsg.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arnold, W., Eysenck, H. J., & Meili, R. (1980). *Lexikon der Psychologie, Band 1*. Freiburg: Herder.
- Assmann, J. (2003). *Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen*. Verfügbar unter: http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2004/1115/pdf/assmann_complete.pdf (10.10.2009).
- Attkisson, C. C., & Broskowski, A. (1978). Evaluation and the emerging human service concept. (3-26). In C. C. Attkisson, W. A. Hargreaves, M. J. Horowitz, & J. E. Sorensen (Hrsg.), *Evaluation of human service programs*. New York: Academic Press.
- Bacon, S. F., Collins, M. F., & Plake, E. V. (2002). Does the Global Assessment of Functioning assess functioning? *Journal of Mental Health Counseling*, 24 (3), 202-212.
- Bäumel, J. (1994). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis - ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Heidelberg: Springer.
- Baltes-Götz, B. (2005). *Analyse von Strukturgleichungsmodellen mit Amos 16.0*. Online-Skript des Universitäts-Rechenzentrums Trier. Verfügbar unter: <http://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/amos/v16/amos16.pdf> (13.07.2010)
- Baltes-Götz, B. (2008). *Behandlung fehlender Werte in SPSS und AMOS*. Online-Skript des Universitäts-Rechenzentrums Trier. Verfügbar unter: <http://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/bfw/bfw.pdf> (14.07.2010).
- Barratt, E. S., & Slaughter, L. (1998). Defining, measuring, and predicting impulsive aggression: A heuristic model. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 285-302.
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry*, 41, 1045-1061.
- Bartelheimer, P. (2004). Teilhabe, Gefährdung und Ausgrenzung als Leitbegriffe der Sozialberichterstattung. *SOFI-Mitteilungen des Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) der Georg-August-Universität*, 32, 61. Verfügbar unter: http://www.sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/SOFI-Mitteilungen/Nr._32/bartelheimer2.pdf (09.02.1010).
- Barth-Stopik, A. (2000). Die ambulante Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Probleme bei der Finanzierung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 95-99.

- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization Versus General Psychiatric Care. *Am J Psychiatry*, 160, 169-171.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 193-211.
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., Bergman, K. S., Martin, Szuba, P., Guze, B. H., Mazziotta, J. C., Alazraki, A., Selin, C. E., Ferng, H.-K., Munford, P., & Phelps, M. E. (1992). Caudate Glucose Metabolic Rate Changes With Both Drug and Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Beauducel, A., & Wittmann, W. (2005). Simulation study on fit indices in confirmatory factor analysis based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling*, 12, 41-75.
- Beck, A. T. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* (2., überarbeitete Auflage). Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von M. Hautzinger, M. Bailer, H. Worall, & F. Keller. Bern: Huber.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory (BDI)*. San Antonio: The Psychological Corporation Inc.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M. & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, P. (2003). *Trierer Integriertes Persönlichkeits-Inventar TIPI*. Testmanual. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., & Mohr, A. (2005). Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (3), 205–214.
- Beckmann, D., & Richter, H.-E. (1975). Der Gießen-Test (GT). Bern: Huber
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H.-E. (1990). Der Gießen-Test (GT). Bern: Huber
- Begg, C. B., Cho, M. K., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Olkin, I., Rennie, D., Schulz, K. F., Simel, D. L., & Stroup, D. F. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: The CONSORT statement. *Journal of the American Medical Association*, 276, 637-639.
- Behrens, J. (2001). Das Soziale in der Sozial-Epidemiologie: Beiträge zur Soziologie zur Sozial-Epidemiologie und zur klinischen Praxis (246-263). In A. Mielck, & K. Bloomfeld (Hrsg.), *Sozial-Epidemiologie*. Weinheim: Juventa.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Beneke, M., & Rasmus, W. (1992). Clinical global impressions (ECDEU): some critical comments. *Pharmacopsychiatry*, 25, 171-176.
- Bengel, J., & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen (23-41). In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Berger, M., & Caspar, F. (2009). Gewinnt die Psychotherapie durch die neurobiologische Erforschung ihrer Wirkmechanismen? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 77-85.
- Berger, D., Saito, S., Ono, Y., Tezuka, I., Sharihase, J., Kuboki, T., Suematsu, H. (1994). Dissociation and child abuse histories in eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 90, 274-280.

- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1971). *Bergin & Garfield's handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Berkowitz, L. (1974). Some Determinants of impulsive aggression: role of mediated associations with reinforcements for aggression. *Psychological Review*, *81*, 165-176.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*, *150*, 1237-43.
- Beutler, L. E. (2000). David and Goliath. When Empirical and Clinical Standards of Practice Meet. *American Psychologist*, *55*, 997-1007.
- Björklund, A., & Lindvall, O. (2000). Self-repair in the brain. *Nature*, *405*, 892-895.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 226-239.
- Bohus, M. (2007). Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, *113*, 149-153
- Bohus, M. (2009). Borderline-Persönlichkeitsstörung (533-559). In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch Verhaltenstherapie, Band 2*, Heidelberg: Springer.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Schmahl, C., Unckel, C., & Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. *Behav Res Ther*, *42*, 487-499.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder — a prospective study. *Behav Res Ther*, *38*, 875-887.
- Bohus, M. & Höschel, K. (2006). Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapeut*, *51*, 261-270.
- Bohus, M., & Schmahl, C. (2001). Therapeutische Prinzipien der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Störungen. *Persönlichkeitsstörung, Theorie und Therapie, Sonderband: S91-S102*.
- Bohus, M., & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, *78*, 1069-1081.
- Bohus, M., & Schmahl, C. (2009). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Aktualisierte Version des Artikels von 2006. *Deutsches Ärzteblatt online*. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/pdf/CM/1/1/s20.pdf> (25.07.2009).
- Bohus, M., Schmahl C. H., & Lieb, K. (2004). New developments in neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *6*, 43-50.
- Bohus, M., Mauchnik, J., & Schmahl, C. (2009). Neurobiologische Grundlagen von psychotherapeutischen Interventionen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *57*, 97-104.
- Bolm, T., Dulz, B., & Thomasius, R. (2002). Stationäre Therapie von Borderline-Patienten, *Persönlichkeitsstörungen*, *1*, 4-16.
- Bonyng, E. R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology*, *49*, 212-215.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bornoalova, M. A., Rosenthal, M. Z., Daughters, S. B., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, *25*, 790-812.
- Bornoalova, M. A., Gratz, K. L., Delany-Brumsey, A., Paulson, A., & Lejuez, C. W. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders*, *20*(3), 218-231.

- Bortz, J. (2004). *Statistik. Springer-Lehrbuch*. Heidelberg: Springer.
- van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, *27*, 911-923.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J., & Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *49*, 422-431.
- Brähler, E., & Scheer, J. W. (1995). *Gießener Beschwerdebogen GBB*. Bern: Huber.
- Brieger, P., Ehrt, U., & Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry*, *44*, 28-34.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*, 609-620.
- Broda, M., Dahlbender, R.W., Schmidt, J., von Rad, M., & Schors, R. (1993a). DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother Psychosom med Psychol*. *43*, 214-218.
- Broda, M., Dahlbender, R.W., Schmidt, J., von Rad, M., & Schors, R. (1993b). DKPM-Basisdokumentation. Stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother Psychosom med Psychol*. *43*, 219-223.
- Brogden, H. E. (1949). When testing pays off. *Personnel Psychology*, *2*, 171-183.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *AM J Psychiatry*, *154*, 1715-1719.
- Bronisch, T., & Mombour, W. (1998). The modern assessment of personality disorders. Part 2: reliability and validity of personality disorders. *Psychopathology*, *31*, 293-301.
- Brophy, C. J., Norvell, N. K. & Kiluk, D. J. (1988). An examination of factor structure and convergent validity of the SCL-90-R in an outpatient clinic population. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 334-340.
- Brown, M. (2001). *The behavioral treatment of self-mutilation*. Verfügbar unter: <http://lists.w3.org/Archives/Public/www-amaya/2001JanMar/att-0235/01-DBT.html> (16.10.2009).
- Brunswik, E. (1956). *Perception and the representative design of psychological experiments*. Berkeley: University of California Press.
- Bühren, A., Voderholzer, U., Schulte-Markwort, M., Loew, T. H., Neitscher, F., Hohagen, F., & Berger, M. (2008). Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert. *Dtsch Arztebl*; *105*: A 880-4.
- Burbiel, I., Apfelthaler, R., Fabian, E., Schanné, U., Seidler, G., & Wolfrum, G. (1990). Die Effizienz stationärer Psychosentherapie in der Klinik Mengerschwaige - Klinisch-psychologische Untersuchungen. *Dyn. Psychiat.*, *23*, 247-301.
- Burbiel, I., Apfelthaler, R., Fabian, E., Schanné, U., Seidler, G., & Wolfrum, G. (1992). Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung. *Dyn. Psychiat.*, *25*, 214-276.
- Burbiel, I., Apfelthaler, R., Fabian, E., Schanné, U., Seidler, G., & Wolfrum, G. (1993). Inpatient Psychotherapy of Psychoses: A Pre/Post and Follow-up Psychological Outcome Study. *Dyn. Psychiat.*, *26*, 316-325.
- Burbiel, I., Fabian, E., Emmert, C., & Wolfrum, G. (1989). Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamischen-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. *Dyn. Psychiat.*, *22*, 343-366.

- Burbiel, I., Finke, G., & Krüger, H. (2009). *30 Jahre Klinik Mengerschwaige. Vortrag anlässlich des feierlichen Festakts zum 30jährigen Jubiläum der Klinik Mengerschwaige*. Verfügbar unter: <http://www.klinik-mengerschwaige.de/pdf/30-JahreKlinikMengerschwaige.pdf> (02.06.2009).
- Burbiel, I., & Wolfrum, G. (1984). Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. *Dyn. Psychiat.*, *17*, 468-500.
- Burke, J. D., Wittchen, H.-U., Regier, D. A., & Sartorius, N. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression (649-667). In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Hrsg.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Campbell, D. T. (1969). Reforms as experiments. *American Psychologist*, *24*, 409-429.
- Campbell D. T., & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, *56*, 81-105.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Caspar, F. (2006). Forschungsdesigns in der Psychotherapieforschung: Die Diskussion um Randomisierte Klinische Studien (38-46). In A. Brueggemann & R. Bromme (Hrsg.), *Entwicklung und Bewertung von anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. Oxford: World Book Co.
- Cattell, R. B. (1966). *Handbook of Multivariate Experimental Psychology*. Rand McNally: Chicago.
- Chabrol, H., Montovany, A., Ducongé, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., & Leichsenring, F. (2004). Factor Structure of the Borderline Personality Inventory in Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*, 59-65.
- Charcot, J. M. (1887). *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über Hysterie*. (Dt. Übersetzung von S. Freud). Wien: Toeplitz und Deuticke
- Christensen, L. & Mendoza, J. L. (1986): A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RCI index. *Behavior Therapy*, *18*, 308-318.
- Clark, L. P. (1919). Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. *Psychoanal Rev*, *6*, 306-308.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord* *15*, 487-95.
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, *21*, 474-499.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord* *18*, 52-72.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*, *164*, 922-928.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999, 2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Clonkin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline Personality Disorder in Clinical Practice. *Am J Psychiatry*, *162*, 867-875.
- Cohen, J. (1968). Multiple regression as a general data-analytic system. *Psychol. Bulletin*, *70*, 426-443.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol. Bulletin*, *112*, 155-159.
- Coid, J. W. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *British Journal of Psychiatry*, *162*, 641-650.

- Coid, J., Yang, M., Beppington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N., & Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine, online*, 1-11. Verfügbar unter: <http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FS0033291708004911a.pdf&code=23006164c5de2aa6ae713db408d36660> (03.08.2009).
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry, 188*, 423-431.
- Comtois, K. A., Bryan, N. C., & Linehan, M. M. (2000). Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. (573-594). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Karasu, T. B. & Jerrett, I. (1980). A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 428-435.
- Cook, D. J., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field setting*. Chicago: Rand McNelly.
- Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., Stieglitz, R. D., Geiselhart, H., John, U., Netzold, D. W., & Schönell, H. (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum, 24*, 3-38.
- Cronbach, L. J. (1980). *Toward reform of program evaluation: Aims, methods, and institutional arrangements*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cronbach, L. J. (1982). *Designing Evaluations of educational and social programs*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cronbach, L. J., & Gleser, G.C. (1965). *Psychological Tests and personal decisions*. Chicago IL: University of Illinois Press.
- Cullen, B., Smith, P., Jeann, B., & Haaf, R. A. (2000). A matched cohort comparison of a criminal justice system's response to child sexual abuse: a profile of perpetrators. *Child Abuse Neglect 24*, 569-577.
- Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2000). Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung (461-481). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Dammann, G., Clarkin, J. F., & Kächele, H. (2000). Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme (701-730). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The Effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder. Results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders, 20*, 450-465.
- Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J., Palmer, S., Millar, H., Drummond, L., Seivewright, H., Murray, H. & Macaulay, F. (2006). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample. *Journal of Personality Disorders, 20*, 431-449.
- Davies-Osterkamp, S., & Kriebel, R. (1993): Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das „Inventar zu Erfassung Interpersonaler Probleme“ IIP. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29*, 295-307.
- DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V. (2002, 2008, Hrsg.), *Standards für Evaluation*. Verfügbar unter: <http://www.degeval.de/calimero/tools/proxy.php?id=19074> (23.01.2010).
- DeJong, C. A. J., Brink van der, W., Hartevelde, F. M. & Wielen van der, E. G. M. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 87-94.

- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine (Eigendruck).
- Derogatis, L. R. & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales (679-724). In M. E. Maruish (Hrsg.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*, Mahwah, NY: Erlbaum.
- Deutsch, H. (1934). Über einen Typus der Pseudoaffektivität («Als Ob»). *Int Z Psychoanal*, 20, 323-335.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (2009, Hrsg.), *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Unter Beteiligung von: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP) Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). Redaktion: W. Gaebel, & P. Falkai. Heidelberg: Steinkopf-Verlag.
- Deutsche Rentenversicherung (2007). *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Ausgabe 2007. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10492/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/04_klassifikationen/dateianh_C3_A4nge/ktl_2007_pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ktl_2007_pdf (23. Juni 2009).
- Diekstra, R. F., & Moritz, B. J. (1987). Suicidal behavior among adolescents: an overview (7-24). In R. F. Diekstra & K. Hawton (Hrsg.), *Suicide in Adolescents*. Dordrecht, the Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Dilling, H. (2005, Hrsg.). *Leitlinien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Huber. Deutsche Version von: American Psychiatric Association APA (2001): American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 2001, 158 (Oct suppl).
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg., 1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber. Deutsche Version von: WHO World Health Organisation (1991). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Genf: WHO.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien*, WHO. Bern: Huber.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 39-47. Verfügbar unter: [http://depts.washington.edu/brtc/files/Dimeff,%20L.A.,%20Linehan,%20M.M.%20\(2008\)%20DBT%20for%20Substance%20Abusers.pdf](http://depts.washington.edu/brtc/files/Dimeff,%20L.A.,%20Linehan,%20M.M.%20(2008)%20DBT%20for%20Substance%20Abusers.pdf) (09.11.2009).
- Dingemans, P., Frohn-de Winter, M.-L., Bleeker, J., & Rathod, P. (1983). A cross-cultural study of the reliability and factorial dimensions of the brief psychiatric rating scale (BPRS). *Psychopharmacology* 80, 190-191.
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder - a review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23, 6-19.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration: Ann Arbor, Michigan.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54, 1284-1293.

- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Huckabee, H. C. G., Moeller, F. G., & Swann, A. C. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *85*, 315-326.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, R., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R. C., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt*, *73*, 820-829.
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Haas, G. L., Sullivan, T., & Frances, A. J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, *147*, 1002-1007.
- Dulz, B. (2000). Über die Aktualität der Verführungstheorie (11-25). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Dulz, B., & Jensen, M. (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten (167-193). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Dulz, B. & Sachsse (2000). Dissoziative Phänome: Vom Tagtraum über die Multiple Persönlichkeitsstörung zur Dissoziativen Identitätsstörung (237-258). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Durrett, C., Trull, T. J., & Silk, K. (2004). Retrospective measures of childhood abuse: concurrent validity and reliability in a nonclinical sample with borderline features. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 178-192.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Kleindienst, N., Welch, S. S., Reisch, T., Reinhard, I., Lieb, K., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2007). State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychological Medicine*, *37*, 961-970.
- Eckert, J., Dulz, B., & Mokowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen, *Psychotherapeut*, *45*, 271-285.
- Efron, B. (1979). Bootstraps Mehtods: Another Look at the Jackknife. *The Annals of Statistics*, *7*, 1-26.
- Eisend, M. (2004). *Metaanalyse - Einführung und kritische Diskussion*. *Diskussionbeiträge des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin*. Verfügbar unter: http://www.wiwiss.fu-berlin.de/verwaltung-service/bibliothek/diskussionsbeitraege/diskussionsbeitraege-wiwiss/files-diskussionsbeitraege-wiwiss/discpaper08_04.pdf (12.01.2010).
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 766-771.
- Engfer, A. (2005). Formen der Misshandlung von Kindern - Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze (3-19). In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Schattauer, Stuttgart.
- Ewert, T., Cieza, A., & Stucki, G. (2002). Die ICF in der Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror*, *12*, 157-162.
- von Eye, A., & Spiel, C. (2010). Editorial. Conducting Person-Oriented Research. *Journal of Psychology*, *218*, 151-154.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy. An evaluation. *J Consult Psychol*, *16*, 319-324.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *16*, 57-68.
- Fabian, E. (2009). *Stationäre dynamisch-psychiatrische Therapie*. Vortrag zum 30-jährigen Jubiläum der Klinik Mengerschwaige am 08. Mai 2009. Verfügbar unter: <http://www.klinik-mengerschwaige.de/pdf/JubilaeumDr.Fabian.pdf> (02.06.2009).
- Fahrenberg, J. (2009). *Konstruktion und methodenbewusste Anwendung von Persönlichkeitsfragebogen*. Gekürzte und modifizierte Fassung eines der neuen Kapitel von J.

- Fahrenberg, R., Hampel, & H. Selg (2010). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar Fassung FPI-R* (8. erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe. Verfügbar unter: http://www.jochen-fahrenberg.de/uploads/media/Methodenkritik_an_Fragebogen.pdf (16. Juli 2010)
- Fahrenberg, J., Hampel, R., & Selg, H. (2001). *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Revidierte Fassung (FPI-R) und teilweise geänderte Fassung (FPI-A1)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Pawlik, K., & Perrez, M. (2007). Ambulantes Assessment – Verhalten im Alltagskontext erfassen. Eine verhaltenswissenschaftliche Herausforderung an die Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 58, 12-23.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ*. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., & Selg, H. (1970). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (2005): Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer Vorhersagewert. *Rehabilitation*, 44, 44-49.
- Falret, J. (1854). De la folie circulaire. *Bulletin de l'Académie Médicale*, 19, 382-394.
- Faris, R. E. L., & Dunham, H. W. (1939, 1967). *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. Chicago: Chicago University Press.
- Fassbinder, E., Rudolf, S., Bussiek, A., Kröger, C., Arnold, R., Greggersen, W., Huppe, M., Sipos, V. & Schweiger, U. (2007). Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf. Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 161-169.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, J. L. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 1355-1374.
- Feske, U., Soloff, P. H., & Tarter, R. E. (2007). Implications for Treatment and Prognosis of Borderline and Substance Use Disorders. *Psychiatric Times*, 24, Vol.1.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Finke, G. (2003). Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) in seiner klinischen Anwendung bei Borderline-Patienten. *Dyn. Psychiat.*, 36, 199-213.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H. U. (1997). SKID II Interviewheft. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 4-21.
- Francis, D., Diorio, J., Liu, D., & Meaney, M. J. (1999). Nongenomic Transmission Across Generations of Maternal Behavior and Stress Responses in the Rat. *Science*, 286, 1155-1158.
- Franke, A. (2002). Essstörungen bei Männern und Frauen (359-374). In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz-Test.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis*. Göttingen: Beltz-Test

- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2006). Obesity and obesity related illnesses in borderline patients. *Journal of Personality Disorders, 20*, 71-80.
- Franz, M., Häfner, S., Lieberz, K., Reister, G., & Tress, W. (2000). Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre. *Psychotherapeut, 45*, 99-107.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895): *Studien über Hysterie*. Wien: Franz Deuticke (Neudruck: 1991, Frankfurt a. M.: Fischer).
- Friedman, R. C., Aronoff, M., Clarkin, J. F., Corn, R., & Hurt, S. W. (1983). History of suicidal behavior in depressed vorderline patients. *Am J Psychiatry, 140*, 1023-1026.
- Friedrich, J., Gunia, H. & Huppertz, M. (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 24*, 289-306.
- Friedrich, W. N., Talley, N. J., Panser, L., Fett, S., & Zinsmeister, A. R. (1997). Concordance of reports of childhood abuse by adults. *Child Maltreatment, 2*, 164-171.
- Fydrich, T., Nagel, A., Lutz, W., & Richter, R. (2003). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie, 13*, 291-295.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H. U. (1997). *SKID II Interviewheft. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe. Deutsche, bearbeitete Version von First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fydrich, T., & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut, 52*, 55-68.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H., & Puschner, P. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut, 53*, 414-423.
- Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A., & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychother Psych Med, 60*, 5-13.
- Gardner, D. L. & Cowdry, R. W. (1985). Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am, 8*, 389-403.
- Gehring, A. & Blaser, P. (1982). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), deutsche Kurzform Handauswertung*. Bern: Huber.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1998). *The Berkeley Adult Attachment interview. Unpublished manuscript*, Berkeley, CA: Department of Psychology, University of California.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry, 63*, 649-658.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core featur of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23*, 20-28.
- Götze, P. (2000). Suizidalität der Borderline-Patienten(281-292). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Goldman, H. H., Skodal, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1148-1156.
- Grant, B.F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorders: Results from wave 2 national epidemiologic survey on Alcohol and related conditions. *Journal Clin Psychiatry, 69*, 533-545.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*, 130-145.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal, 1*, 4-11.

- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Oldham, J. M., Dyck, I., & Stout, R. L. (2001). Internal consistency, intercriteria overlap, and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 264-272.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Yen, S., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Morey, L. C., McGlashan, T. H. (2004). Two-Year Stability and Change of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72* (5), 767-775.
- Grinberg, L. (2000). Schmerzvolle Affekte bei Borderline-Patienten (271-279). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- de Groot, E. R., Verheul, R., & Trijsburg, R. W. (2008). An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 332-352.
- Grosse Holtforth, M., Lutz, W., & Grawe, K. (2006). Structure and Change of the IIP-D. Pre- and Postpsychotherapy. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(2), 98-103.
- Gude, T., Moum, T., Kaldestad, E., & Friis, S. (2000). Inventory of interpersonal problems: Three-dimensional balanced and scalable 48-item version. *Journal of Personality Assessment*, *74* (2), 296-310.
- Gunderson, J. G. (2005). *Borderline. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environmental-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 22-41.
- Gunderson, J. G. & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *135*, 792-796.
- Gunderson, J. G., Kolb, J.E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderlines. *American Journal of Psychiatry*, *138*, 896-903.
- Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Yen, S., Daversa, M. T., & Bender, D. S. (2004). Major Depression and Borderline Personality Disorder revisited: Longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry*, *65*, 1049-1056.
- Gunderson, J. G. & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, *132*, 1-10.
- Gunderson, J. G., & Zanarini, M.C. (1987). Current overview of the borderline diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *48*, Suppl, 5-14.
- Gunia, H. (2007). Die Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk. *Persönlichkeitsstörungen*, *11*, 201-206.
- Gunia, H., & Huppertz, M. (2007). Das Darmstädter Modell. Psychotherapie von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk. *Psychotherapie-Informations-Dienst*, *4*, 1-4.
- Hafkenscheid, A. (2000). Psychometric measures of individual change: an empirical comparison with the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Acta Psychiatr Scand*, *101*, 235-242.
- Hagborg, W. J., & Konigsberg, B. (1991). Multiple perspectives of therapeutic change and the severely emotionally disturbed adolescent. *Psychotherapy*, *28*, 292-297.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 471-489.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *23*, 56-62.

- Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodriguez, M. J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Lontos, N., Gregor, K., & Jones, P. B. (2003). The Clinical Global Impression - Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, *107* (Suppl. 416), 16-23
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Hauptstadtkongress (2010). *Pressebericht Hauptstadtkongress 2010*. Verfügbar unter: http://www.hauptstadtkongress.de/index.php?id=422&tx_ttnews%5Btt_news%5D=57&cHash=8968715060 (15.11.2010).
- Hautzinger, M. (2007a). Entwicklung und Geschichte der Psychotherapie (9-15). In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Hautzinger, M. (2007b). Psychotherapieforschung (61-73). In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M., & Eckert, J. (2007). Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie (17-31). In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Hayakawa, S. I. (1967). *Semantik. Sprache im Denken und Handeln*. Darmstadt: Schwartz.
- Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, *6*, 107-128.
- Hedlund, J. L., & Vieweg, B. W. (1980). The brief psychiatric rating scale (BPRS): a comprehensive review. *J Operat Psychiatry*, *11*, 48-65.
- Hemminger, H. (1989). *Das therapeutische Reich des Dr. Ammon: Eine Untersuchung zur Psychologie totalitärer Kulte*. Stuttgart: Quell.
- Henningsen, P., & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychother Psychosom med Psychol*, *50*, 366-375.
- Henry, B., Moffitt, T. E., Caspi, A., Langley, J., & Silva, P. A. (1994). On the "remembrance of things past": A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, *6*, 92-101.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res*, *35*, 307-312.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, *146*, 490-495.
- Herpertz, S. C. (2009). Neurobiologische Korrelate von Psychotherapie bei Angst- und Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *57*, 97-104.
- Herpertz, S. C., & Saß, H. (2000). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation (115-124). In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *53*, 147-152.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, *47*, 27-39.
- Heuft, G., & Senf, W. (1998a). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.

- Heuft, G., & Senf, W. (1998b). Psy-BaDo -Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Dt Ärztebl.* 95, A-2685-2688
- Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P.L., Lamprecht, F., Meermann, R., Strauß, B., & Wirsching, M. (1998). Psy-BaDo. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 48-52.
- Hidalgo, R. B., & Davidson J. R. (2000). Posttraumatic stress disorder: epidemiology and healthrelated considerations. *J Clin Psychiatry* 61 [Suppl 7], 5-13.
- Hill, R. W., Zrull, M. C., & McIntire, K. (1998). Differences between self- and peer ratings of interpersonal problems. *Assessment*, 5, 67-83.
- Hochhausen, N. M., Lorenz, A. R., & Newman, J. P. (2002). Specifying the impulsivity of female inmates with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 495-501.
- Hoffmann, S. O. (2000). Angst - ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten (227-236). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Hoffmann, S. O.; Hochapfel, G. (1995). *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Holi, M. M., Samallahti, P. R. & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Hollander, E., Tracy, K. A., Swann, A. C., Coccaro, E. F., McElroy, S. L., Wozniak, P., Sommerville, K. W., & Nemeroff, C. B. (2003). Divalproex in the Treatment of Impulsive Aggression: Efficacy in Cluster B Personality Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1186-1197.
- Horn, W. (1962). *Leistungsprüfsystem LPS, Handanweisung für die Durchführung, Auswertung und Interpretatio*. Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *J. of Clinical and Consulting Psychology*, 47, 5-15.
- Horowitz, L. M., Wilson, K., R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J. & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised Circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 67-86.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz L. M., de Sales French, R., Gani, M., Lapid, J. S. (1980). The cooccurrence of semantically similar interpersonal problems. *Journal of clinical and consulting Psychology*, 48, 413-415
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (1994). *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version)*. Weinheim: Beltz-Test.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung inter-personaler Probleme - dt. Version: IIP-D*. Göttingen: Beltz Test.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41, 159-164.
- Huber, D., Henrich, G., & Klug, G. (2007). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Journal of Psychotherapy Research*, 17, 474-481.
- Ising, M., Weyers, P., Janke, W., & Erdmann, G. (2001). Die Gütekriterien des SVF78 von Janke und Erdmann, einer Kurzform des SVF120. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 279-289.
- Isometsta, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.
- Jacob, G. (2002). *Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation*. Regensburg: Roderer.

- Jacob, G. & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 280-301.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1986): Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jakobson, N. S., & Truax, P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jamieson, S. (2004) Likert scales: how to (ab) use them. *Medical Education*, 38, 1217-1218.
- Jamieson, S. (2005). Author's reply. *Medical Education*, 39, 971-972.
- Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A., Jackson, D. N. (1996). Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatrica Scan*, 94, 438-444.
- Janke, W., & Erdmann, G. (1997). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF120) nach W. Janke, G. Erdmann, K. W. Kallus & W. Bocuusein*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G., & Bocuusein, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G., & Kallus, W. (2002). *Handanweisung zum Stressverarbeitungsfragebogen SVF120 nach W. Janke, G. Erdmann, K.W. Kallus & W. Bocuusein*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., & Bohus, M (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 66, 545-552.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 289-298.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A Brief Mental Health Outcome Scale Reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*. 166, 654-659.
- Kaplan, R. M. (1990). Behavior as the Central Outcome in Health Care. *American Psychologist*, 45, 1211-1220.
- Kaptchuk, T. J. (2000). The double-blind, placebo-controlled trial: Gold standard or golden calf? *Journal of Clinical Epidemiology* 54, 541-549.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008). Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008. Ärztliche Arztabrechnung / Honorar. Verfügbar unter: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=87bd2bbf81290110d6fa838569f3501d&DocId=003761914&Page=1> (27.08.2010).
- Kemperman, I., Russ, M. J., & Shearin, E. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in boerderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 11, 146-157.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1968). The treatment of patients with Borderline Personality Organization. *Int J Psychoanal*, 49, 600-619.
- Kernberg, O. F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorders. The concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp
- Kernberg, O. F. (1981). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1988). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Kernberg, O. F. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Unter Mitarbeit von M. A. Selzer, H. W. Koenigsberg, A. C. Carr, A. H. Appelbaum. Bern: Huber
- Kernberg, O. F. (1993). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen (45-56). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *Int J Psychoanal*, 89, 601-620.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kienle, G. S., Karutz, M., Matthes, H., Matthiessen, P., Petersen, P., & Kiene, H. (2003). Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A2142-A2146.
- Kieserg, A. & Hornung, W. P. (1996). Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Tübingen: dgvt.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.
- Klein, M. (1957). Envy and gratitude (176-235). In M. Klein (1975), *The Writings of Melanie Klein, Vol 3: Envy and Gratitude and other works 1946-1963*. New York: Free Press.
- Klinik Mengerschwaige (2009). *Klinik Mengerschwaige - Unser Behandlungskonzept*. Verfügbar unter <http://www.klinik-mengerschwaige.de/konzept.htm> (02.06.2009).
- Klonsky, E. D. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 418-426.
- Knight, R. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 17, 1-12.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressfull life events, personality and health: An inquiry in hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., Serby, M., Schopick, F., & Siever, L. J. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality Disorders*, 15, 358-370.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J. M., Michael Serby, M. D., Schopick, F., & Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 159, 784-788.
- van der Kolk, B. A., Hostetler, A., Herron, N., & Fisler, R. E. (1994). Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 17, 715-730.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*, 32, 371-90.
- Kordy, H. & Scheibler, D. (1984a). Individuumsorientierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Behandlungsziele - Teil 1: Gibt es in der

- Ergebnisforschung eine "Lücke" für individuumsorientierte Verfahren? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 32, 218-233.
- Kordy, H. & Scheibler, D. (1984b). Individuumsorientierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Behandlungsziele - Teil 2: Anwendungs- und Auswertungsaspekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 32, 309-318.
- Köster, I. (2008). Psychotherapeutische Pilotstudie zeigt positive Ergebnisse. *Bayerisches Ärzteblatt*, 9, 525.
- Kramer, D. (2009). *Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie*. Posterpräsentation auf dem Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit, 27.-29.05.2009 in Berlin. Verfügbar unter: http://www.kvb.de/fileadmin/data/dokumente/2_Praxis/Praxisführung/2.1.2_Qualität/Qualitätssicherung/QS-PSY-BAY/Poster_QS-PSY-BAY_Hauptstadtkongress.pdf
- Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Buhl, S. M., & Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 20-32.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Psychometrische Prüfung des ZUF-8. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 67-79.
- Kriz, D., Steffanowski, A., Glahn, E. M. & Wittmann, W.W. (2010). *Evaluation stationärer Behandlungen in der Klinik Mengerschwaige*. Otto-Selz-Institut für angewandte Psychologie, Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit, Universität Mannheim: Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Kriz, D., Völkle, M., Steffanowski, A. (2006). *A comparison of multiple act criteria: Fair, democratic and symmetric criteria to satisfy all stakeholder interests?!* Vortrag auf der Joint International Conference der European Evaluation Society EES, 04.-06. Oktober 2006.
- Kriz, J. (2000). Perspektiven zur "Wissenschaftlichkeit" von Psychotherapie (43-66). In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21 Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kriz, J. (2008). Vermessene Wissenschaftlichkeit Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers, *Psychotherapeutenjournal*, 2, 117-119.
- Kröger, C. (2002). *Komorbidität und Prädiktoren für den Therapieerfolg bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Inaugural-Dissertation in der Fakultät für Pädagogik, Philosophie und Psychologie der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Verfügbar unter: <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2005/27/pdf/kroegerges.pdf> (10.11.2009).
- Kröger, C., & Kosfelder, J. (2007). Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 11-17.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., Rudolf, S., & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther*, 44, 1211-1217.
- Kullgren, G., Renberg, E., & Jacobsson, L. (1986). An empirical study of borderline personality disorder and psychiatric suicides. *J Nerv Ment Dis*, 174, 328-331.
- Lackinger, F. & Dammann, G. (2005). Besonderheiten der Behandlungsbedingungen bei der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) persönlichkeitsgestörter Delinquenten. *Recht & Psychiatrie*, 23, 103-115.
- Lambert, M. (Hrsg., 2004). *Bergin & Garfield's handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

- Lamprecht, F., & Schmidt, J. (1990). Das Zauberberg-Projekt: Zwischen Verzauberung und Ernüchterung (97-115). In S. Ahrens (Hrsg.), *Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland*. Heidelberg: Springer.
- Lauer, J., Black, D. W., & Keen, P. (1993). Multiple personality disorder and borderline personality disorder - distinct entities or variations on a common theme? *Ann Clin Psychiatry*, 5, 129-134.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.
- Leichsenring, F. (1994). Zur empirischen Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation: Entwicklung und erste Überprüfung des „Borderline-Persönlichkeits-Inventars“ (BPI). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 276-293.
- Leichsenring, F. (1996). Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 32, 205-234.
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of Borderline Personality Inventory. (BPI). A self report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45-63.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term Psychodynamic Psychotherapy. A meta-analysis. *JAMA*, 300, 1551-1565.
- Leichsenring, F., & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM), *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 203-217.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion Processing in Borderline Personality Disorders. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 240-246.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 74, 1027-1040.
- Lieb, K., Bohus, M., Barthuff, H., Jacob, G., & Richter, H. (o. A.). *Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der „Dialektisch-Behavioralen Therapie“ nach M. Linehan*. Verfügbar unter: http://www.uniklinik-freiburg.de/psych/live/patientenversorgung/ambulanzen/ambulanz-borderline/ambulanz-borderline-kol/DBT_Infos.pdf (07.12.2009).
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Limberger, M., Kleindienst, N., Barth, J., Dick, B., & Bohus, M. (2006). *Psychosoziale Belastungsfaktoren in der Biographie von Borderline-Patientinnen in Deutschland*. Vortrag auf dem DGPPN Kongress November 2006 Berlin
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1996, 2008). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien. Deutsche Bearbeitung von Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behaviorale treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by experts for suicidal behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-766.

- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). 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.
- Linehan M. M., & Heard, H. L. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients: in reply to R. E. Hoffman. *Arch Gen Psychiatry*, *50*, 157-158.
- Linehan M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, *50*, 971-974.
- Linehan, M. M., Schmidt III, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *The American Journal on Addictions*, *8*, 279-292, 1999
- Linehan M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*, *151*, 1771-1776.
- Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton J. E., van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *Can J Psychiatry*, *40*, 9-14.
- Links, P. S., Heslegrave, & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *J Personal Disord*, *13*, 1-9.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, *48*, 1181-1209.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (2000). *Practical Meta-Analysis*. Thousand Oaks: Sage
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J. M., & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *J Psychiatry Neuroscience*, *32*, 162-73.
- Little, R. J. A. & Rubin, D. B. (2002). *Statistical Analysis with Missing Data*. New York: John Wiley.
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press. Deutschsprachige Ausgabe: Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., Cranach v., M., Giglhuber, O., & Bose, v. M. (1996). *International Personality Disorder Examination*. Bern: Huber.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U., & Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. *Psychologische Rundschau*, *58* (2), 103-117.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Manual for the expanded brief psychiatric rating scale. *Schizophr Bull*, *12*, 594-602.
- Lutz, W. (2007). Evidenzbasierung in der Psychotherapie. A Bridge Over Troubled Water. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, *18*, 9-21.
- Lutz, W., Köck, K., & Böhnke, J. R. (2009). Die Wirkung von Rückmeldesystemen aus ambulanten Settings: Das Modellvorhaben zur Psychotherapie der Techniker krankenkasse und Wege in die stationäre Praxis. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, *84*, 118-125.
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, *6*, 647-655.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*, 181-205.
- Macran, S., Ross, H., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (1999). The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, *8*, 325-337.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R., Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of personality disorders*, *6*, 187-196.

- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation, 39*, 189-199.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Marino, M. F., & Zanarini, M. C. (2001). Relationship between EDNOS and its subtypes and Borderline Personality Disorder. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 349-353.
- Marker, K. R. (1986-2004). *Handbuch zum Programmpaket Cogpack*. Heidelberg & Ladenburg: marker software.
- Marsh, A. A., & Ambady, N. (2007). The influence of the fear facial expression on prosocial responding. *Cognition & Emotion, 21*, 225-247.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) Findings. *Structural Equation Modeling, 11*, 320-341.
- Martinez-Raga, J., Marshall, E. J., Keaney, F., Ball, D., & Strang, J. (2002). Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first-episode admissions. *Alcohol & Alcoholism, 37*, 277-281.
- Maß, R., Burmeister, J., Krausz, M. (1997). Dimensionale Struktur der deutschen Version der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Nervenarzt, 68*, 239-244.
- McCann, R. A., Ball, E. M., & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP Forensic Model. *Cognitive and behavioral Practice, 7*, 447-456.
- McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study III. Longterm outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry, 43*, 20-30.
- McGlashan, T. H., & Heinssen, R. K. (1996). Langzeitverlauf bei narzißtischen, antisozialen und komorbiden Subgruppen der Borderline-Störung (165-188). In O. F. Kernberg (Hrsg.), *Narzißtische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- McKinnon, D. F., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders, 8*, 1-14.
- Meermann, R. (1993). Verhaltenstherapie in der Klinik. Versorgungssituation, Behandlungsergebnisse, Wirksamkeit. *Nervenheilkunde, 12*, 451-457.
- Mentzos, S. (2000): Die psychotischen Symptome bei Borderline-Störungen (413-426). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer: Stuttgart.
- Mercer, D., Douglass, A. B., & Links, P. S. (2009). Meta analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *Journal of Personality Disorders, 23*, 156-174.
- Merikangas, K. R., & Weissman M. M. (1986). Epidemiology of DSM-III personality disorders. (258-278). In A. Frances, & R. E. Hales (Hrsg.), *American psychiatric association annual review, vol 5*. American Psychiatric Press, Washington DC
- Mertens, W. (1990). *Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, A. E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*, 287-291.
- Mittag, W., & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen (102-128). In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. Bern: Huber.
- Mitton M., J., E., Links, P. S., & Durocher, G. (1997). A history of childhood sexual abuse and the course of borderline personality disorder (181-202). In M. C. Zanarini (Hrsg.) *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Moeller, F. G., Barrat, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry*, *158*, 1783-1793.
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G. für die CONSORT Gruppe (2004). Das CONSORT Statement. Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Reports randomisierter Studien im Parallel-Design. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *129*, T16-T20.
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G. für die CONSORT Gruppe (2005). Das CONSORT Statement. Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Reports randomisierter Studien im Parallel-Design. *Schmerz*, *19*, 156-162.
- Mombour, W., & Hiller, W. (2005). IPDE - International Personality Disorder Examination, ICD-10 Modul (191-196). In B. Strauß, & J. Schumacher, (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., Cranach v., M., Giglhuber, O., & Bose v., M. (1996). International Personality Disorder Examination. Bern: Huber. Deutschsprachige Ausgabe zu A. W. Loranger, A. Janca, & N. Sartorius (1997). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moore, T. V. (1921). The parataxis: A study and analysis of certain borderline mental states. *Psychoanal Rev*, *8*, 252-283.
- Moos, R. H., McCoy, L., & Moos, B. S. (2000). Global Assessment of Functioning (GAF) Ratings: Determinants and Role as Predictors of One-Year Treatment Outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, *56* (4), 449-461.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 419-426.
- National Institute of Mental Health (1976). 028 CGI. Clinical Global Impressions (217-222). In W. Guy (Hrsg.), *ECDEU Assessment for psychopharmacology*. Rockville, Maryland: Rev. Ed.
- Niehaus, F. (2006): Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. *Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln, Diskussionspapier, 5/06*; Verfügbar unter: http://www.winkelpedia.org/jpg/niehaus_pkv_alter.pdf (28.11.2009)
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1333-1341.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt a.M.: VAS.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz - aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, *3*, 239-252.
- Nübling, R., Bürgy, R., Meyerberg, J., Oppl, M., Kieser, J., Schmidt, J., & Wittmann, W. W. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation in der Klinik Bad Herrenalb: Erste Ergebnisse einer Katamnesestudie (274-300). In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie - Pro und Contra*. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999. Giessen: Psychosozial.
- Nübling, R., Hafen, K., Jastrebow, J., Körner, M., Löschmann, C., Rundel, M., Schmidt, J., Wirtz, M., & Bengel, J. (2004). *Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation*. Regensburg: Roderer.
- Nübling, R., Schmidt, J., & Wittmann, W. W. (1999). Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *49*, 343-353.
- Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. & Schmidt, J. (2004). Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, *65*, 35-44
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. L., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiat*, *147*, 1008-1013.

- Olbrich, R. (2001). Computergestütztes Training in der Psychiatrie. Trainingsprogramm, Implementierung in der Psychiatrie, erste Ergebnisse, Forschungsperspektiven. *Nervenheilkunde*, 20, 90-95.
- Orford, J. (1986). The rules of interpersonal complementarity: Does hostility beget hostility and dominance, submission? *Psychological Review*, 93, 365-377.
- Orlinsky, D. E. (2006). Comments on the state of psychotherapy research (as I see it). *Psychotherapy Bulletin*, 41, 37-41.
- Orlinsky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychother Psych Med*, 58, 345-354.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *J Integr Eclect Psychother* 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1988). Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie*, 4, 281-308.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research. Continuity and change (307-390). In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Overall, J.E., Galveston, T., Hollister, L.E., & Pichot, P. (1967). Major psychiatric disorders. A four-dimensional model. *Arch Gen Psychiatry*, 16, 146-151.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep*, 10, 799-812.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with eating disorder and borderline personality disorder - description and outcome. *Int J Eat Dis*, 33, 281-286.
- Palmer, S., Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J., Murray, H., & Seivewright, H. (2006). The cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the Boscot Trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 466-481.
- Paris, J. (2000). Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung (159-166). In O. F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Paris, J., Nowlis, D., & Brown, R. (1989). Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 34, 8-9.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27 year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994a). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 301-05.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994b). Risk factors for borderline personality in male outpatients. *J Nerv Ment Dis*, 182, 375-80.
- Patton, J. M., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Pell, G. (2005). Use and misuse of Likert scales. *Medical Education*, 39, 970.
- Petermann, F., & Winkel, S. (2007). Selbstverletzendes Verhalten. Diagnostik und psychotherapeutische Ansätze. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55, 123-133.
- Phelan, M., Wykes, T., & Goldman, H. (1994). Global function scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 205-211.
- Piechotta, B. (1998). Basisdokumentation Fachpsychotherapie - Wer sichert die Qualität der Qualitätssicherung? *Forum Psychoanal*, 14, 275-288.
- Pincus, T. (2002). Limitations of randomized clinical trials in chronic diseases: Explanations and recommendations. *Advances*, 18, 14-21.
- Pohlen, M., & Bautz-Holzherr, M. (2000). Die Gleichschaltung der Psychoanalyse mit der neuen psychotherapeutischen Ordnung. *Forum Psychoanal*, 16, 148-164.

- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord J Psychiatry*, 59, 319-324.
- Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1989). Are Eating Disorders Associated with Borderline Personality Disorder? A Critical Review. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 1-9.
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M. & Gunderson, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow up study. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 23-30.
- Posavac, E. J. & Carey, R. G. (1980, 2006). *Program evaluation. Methods and case studies*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Punter, F., & Kubinger, K. D. (2002). *Was ist aus der Kritik der „Testrezensionen: 25 einschlägige Verfahren“ (Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 18, Heft 1-2) geworden?* Verfügbar unter: <http://www.univie.ac.at/Psychologie/diagnostik/files/Punter&Kubinger.pdf> (19. Juli 2009).
- Puschner, B., Bauer, S., Kraft, S., & Kordy, H. (2005). Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychother Psych Med*, 55, 517-526.
- Rauter, U. K., Leonard, C. E., & Swett, C. P. (1996). SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 625-629.
- Räth, N., Braakmann, A. et al. (2010): Bruttoinlandsprodukt 2009. *Wirtschaft und Statistik, I*: 13- 29. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/VGR/Bruttoinlandsprodukt091__2010,property=file.pdf (27.08.2010).
- Reich, J., Yates, W. & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 12-16
- Reichbach, H. (1938). *Experience and Prediction. An Analysis of the foundations and the Structure of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press
- Reimer, R., Eckert, J., Hautzinger, M., & Wilke, E. (2007). *Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Rommel, A., & Bohus, M. (2006). Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 185-197.
- Revenstorff, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin & Klinischer Psychologie*, 10, 22-31.
- Rogosa, D. R. (1995). Myths and Methods: "Myths about Longitudinal Research" plus Supplemental Questions (3-66). In J. M. Gottman (Hrsg.), *The Analysis of Change*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rosenthal, R., Rosnow, R. L., & Rubin, D. B. (2000). *Contrasts and correlations in behavioral research. A correlational approach*. Cambridge: University Press.
- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1978). Interpersonal expectancy effects: The first 345 studies. *The Behavioral and Brain Sciences*, 3, 377-415.
- Ross, M. (1989). Relation of implicit theories to the construction of personal histories. *Psychological Review*, 96, 341-357.
- Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 29, 263-279.
- Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, S., M., Ali, R., Ritter, A., & Cooke, R. (2005). The characteristics of heroin users entering treatment: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Review*, 24, 411-418.
- Rosse, I.C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *J Nerv Ment Dis*, 78, 669-683
- Rossi, P. H. (1978). Issues in the evaluation of human services delivery. *Evaluation Quarterly*, 2, 573-599.

- Rossi, P. H., & Freeman, H. E., (1993). *Evaluation. A systematic approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E., (2004). *Evaluation. A systematic approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rost, J. (2003). Zeitgeist und Moden empirischer Analysemethoden. Forum: *Qualitative Social Research*, 4(2), Art. 5. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs030258> (19.09.2009).
- Rubin, D. B. (1976). Inference and missing data. *Biometrika*, 63, 581-592.
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis*, 179, 153-156.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessler, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. E., & Burns, C. T. (1986). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Sabo, A. N. (1997). The Etiological Significance of Associations Between Childhood Trauma and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Implications. *J Pers Disord*, 11, 50-70.
- Sachsse, U. (2000). Selbstverletzendes Verhalten - somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung (347-370). In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Fine, M. A. (1995). The relationship of obesity to borderline personality symptomatology, self-harm behaviors, and sexual abuse in female subjects in a primary care medical setting. *J Personal Disord*, 9, 254-265.
- Scharfetter, C. (2000). Schizophrenien, Borderline und das Dissoziationsmodell. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 151, 100-104.
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung: eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Heidelberg: Springer.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz Test.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Bewertung der Anpassung von Strukturgleichungsmodellen. Signifikanztests und deskriptive Maße der Anpassungsgüte. *MPR-online*, 8, 23-74.
- Schmacke, N. (2006). Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. *Psychother Psych Med*, 56, 202-209.
- Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R. D., DiSalle, F., Greffrath, W., Ludaescher, P., Jochims, A., Lieb, K., Scheffler, K., Hennig, J., & Seifritz, E. (2006). Neural correlates of antinociception in borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63, 659-667.
- Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. (1977). Development of a general solution to the problem of validity generalization. *Journal of Applied Psychology*, 62, 529-540.
- Schmidt, F. L., Hunter, J. E., & Pearlman, K. (1982). Assessing the economic impact of personnel programs on workforce productivity. *Personnel Psychology*, 35, 333-347.
- Schmidt, J. (1991). *Evaluation einer Psychosomatischen Klinik*. Frankfurt a.M.: VAS.
- Schmidt, J. (2004). Möglichkeiten und Grenzen von Kosten-Ergebnis-Analysen im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie (S.32-42). In H. Vogel & J. Wasem (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Aspekte in Psychotherapie und Psychosozialer Versorgung*. Göttingen: Hogrefe.

- Schmidt, J., Bernhard, P., Wittmann, W. W., & Lamprecht, F. (1987). Die Unterscheidung zwischen singulären und multiplen Ergebniskriterien (293-299). In F. Lamprecht (Hrsg.), *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Deutsches Kollegium für psychosomatische Medizin, 6.-8. März 1986*. Berlin: Springer.
- Schmidt, J., Karcher, S., Steffanowski, A., Nübling, R. & Wittmann, W.W. (2000). Die EQUA-Studie - Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen - Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien und Entwicklung neuer Messinstrumentarien (109-118). In J. Bengel & W. H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in der Rehabilitation*, Regensburg: Roderer.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother. med. Psychol.*, 39, 248-255.
- Schmidt, J., & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (392-396). In E. Brähler, J. Schumacher, B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S., & Wittmann, W.W. (2003). *Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien*. Regensburg: Roderer.
- Schmidt, S., & Strauß, B. (1996). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie I: Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. *Psychotherapeut*, 41, 139-150.
- Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46(1), 38-46.
- Schnell, K. & Herpertz, S. C. (2007). Effects of dialectic-behaviortherapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 837-847.
- Schöffski, O. & Uber, A. (2000). Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen (S. 175-203). In O. Schöffski, & J. M. G. von der Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer.
- Schrömgens, K. H. (2007). Borderline-Forum stieß auf reges Interesse: Unabdingbar bessere Vernetzung und intensiveren Austausch. Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen, *Psychotherapeutenjournal*, 2, 180.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 41*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schulz, H., & Koch, U. (2002). Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland - Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 244-247 und T241-T226.
- Schultz, U., & Hermanns, L. M. (1987). Das Sanatorium Schloss Tegel Ernst Simmels. Zur Geschichte und Konzeption der ersten Psychoanalytischen Klinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 37, 58-67.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation (39-83). In R. W. Tyler, R. M. Gangé & M. Scriven (Hrsg.), *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand McNally.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation thesaurus*. Newbury Park: Sage.
- Senst, R., Kloß, R., Oberbillig, R., Schowalter, M., Kielmann, S., & Heuft, G. (2000). Erfahrung mit der Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. *Psychotherapeut*, 45, 308-314.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Cristoph, P., Hazelrigg, M. D, Jorm. A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H. T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M., &

- Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 355-365.
- Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry, 151*, 1324-1328.
- Shearer, S. L., Peters, C. P., Quaytman, M. S., & Ogden R. L. (1990). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry, 147*, 214-216.
- Shikano, S. (2005). *Bootstrap und Jackknife*. Onlinepublikation. Verfügbar unter: <http://webrum.uni-mannheim.de/sowi/shikanos/Publikation/BootstrapMethodenbuch-20-12-05.pdf> (13.07.2010).
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry, 152*, 1059-64.
- Simpson, E. B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K., & Stevens, M. (1998). Focus on Women: Use of Dialectical Behavior Therapy in a Partial Hospital Program for Women With Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Serv, 49*, 669-673.
- Simpson, E. B., Yen, S., Costello, E., Rosen, K., Begin, A., Pistorello, J. & Pearlstein, T. (2004). Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 379-385.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is There a Characteristic Pattern to the Treatment History of Clinic Outpatients with Borderline Personality? *Journal of Nervous & Mental Disease, 171*, 405-410.
- Skodol, A. E., Link, B. G., Shrout, P. E., & Horwarth, E. (1988). The revision of axis V in DSM-II-R: Should symptoms have been included? *American Journal of Psychiatry, 145*, 825-829.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Dyck, I. R., & Oldham, J. M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depression & Anxiety, 10*, 175-182.
- Skodol, A., Oldham, J., Hyler, S. E., Kellman, H., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord, 14*, 403-416.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Hopkins University Press, Baltimore
- Söderberg, P., Tungerström, S., & Armelius, B. A. (2005). Reliability of Global Assessment of Functioning Ratings Made by Clinical Psychiatric Staff. *Psychiatric Services, 56*, 434 - 438.
- Soloff, P. H., & Fabio, A. (2008). Prospective predictors of suicided attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-five year follow-up. *J Personal Disord, 22*, 123-134.
- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry, 151*, 1316-1323.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord, 16*, 201-214.
- Spearing, M. K., Post, R. M., Leverich, G. S., Brandt, D., & Nolen, W. (1997). Modification of the Clinical Global Impression (CGI) scale for use in bipolar illness: the CGI-BP. *Psychiatry Research, 73*, 159-171.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of General Psychiatry, 36*, 17-24.
- Squire, L. (1989). On the course of forgetting in very long-term memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 15*, 241-245.
- Stapel, M., (2005). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen in der Psychosomatik*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Stapel, M., Zielke, M., & Hoff-Emden, H. (2005). VEV-K: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens für Kinder und Jugendliche für die Altersgruppen bis 12 Jahre (VEV-K-12) und bis 17 Jahre (VEV-K-17). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 68, 51-60.
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 417-422.
- Statistisches Bundesamt (2009a): *Gesundheit – Ausgaben 1995 bis 2007*, Wiesbaden. Verfügbar unter: <http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/7a/c7/00/Gesundheit%20Ausgaben-1995-2007.pdf> (28.11.2009)
- Statistisches Bundesamt (2009b): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf (28.11.2009)
- Steffanowski, A. (2008). *Evidenz stationärer psychosomatischer Rehabilitation im Spiegel multipler Ergebniskriterien*. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Sozialwissenschaften der Universität Mannheim. Verfügbar unter: <http://madoc.bib.uni-mannheim.de/madoc/volltexte/2008/2078/pdf/steffanowski.pdf> (19.01.2010).
- Steffanowski, A., Kramer, D., Köster, I. & Wittmann, W. W. (2009). *QS-PSY-BAY*. Posterpräsentation auf dem Institute for Healthcare Improvement und BMJ Publishing Group: International Forum on Quality and Safety in Health Care, 17.-20.03.2009 in Berlin. Verfügbar unter: http://www.kvb.de/fileadmin/data/dokumente/2_Praxis/Praxisfuehrung/2.1.2_Qualitaet/Qualitaetssicherung/QS-PSY-BAY/QS-PSY-BAY-Poster-Intl-Forum-on-quality-and-health.pdf (28.07.2009).
- Steffanowski, A., Kriz, D., Völkle, M., Isaak, K., Glahn, E. M., & Wittmann, W.W. (2007). *Ergebnisse stationärer Behandlungen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. Reanalyse der Daten aus den Jahrgängen 2001 - 2006. Planung und Implementierung einer prospektiven Studie*. Lehrstuhl Psychologie II (Evaluation, Diagnostik & Methoden), Universität Mannheim: Unveröffentlichter Bericht
- Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., & Wittmann, W.W. (2009). Evaluation stationärer psychotherapeutischer Behandlungen in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. *Dynamische Psychiatrie*, 235-236, 320-334.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation - MESTA-Studie*. Bern: Huber.
- Stein, D. J., Hollander, E., Simeon, D., & Cohen, L. (1994). Impulsivity scores in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*, 182, 240-241.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry*, 159, 1284-1293
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*, 467-489.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 473-477.
- Stevenson, J., Mears, R., & Comerford, A., (2003). Diminished Impulsivity in Older Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 165-166.
- Stieglitz, R. D. & Baumann, U. (1994). Veränderungsmessung (21-36). In R. D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Stuttgart: Enke
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 372-379.
- Stone, M. H. (1989, 1996). Langzeitkatamnese von narzißtischen und Borderline-Patienten (131-154). In O. F. Kernberg (Hrsg.), *Narzißtische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Stone, M. H. (1993). Long-Term Outcome in Personality Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 299-313.

- Stone, M. H. (2000). Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (3-9). Stuttgart: Schattauer.
- Stone, M. H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry, 5* (1): 15-20
- Stone, M.H., Hurt, S., & Stone, D. K. (1987). The PI 500: Long-term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria. I. Global outcome. *J Personal Disord, 1*, 291-298.
- Strauß, B. (2006). Die Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut, 51*, 5-14.
- Strauß, B., & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut, 42*, 1-16.
- Strauß, B., & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut, 52*, 405-425
- Strauß, B., & Wittmann, W. W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse (760-781). In W. Senf, & M. Broda, (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*, Stuttgart: Thieme.
- Strupp, H. H. (1996). The Tripartite Model and the Consumer Reports Study. *American Psychologist, 51*, 1017-1024.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). The Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist, 32*, 187-196.
- Suchman, E. A. (1970). Action for what? A critique of evaluative research (97-130). In R. O'Toole (Hrsg.), *The organization, management and tactics of social research*. Cambridge: Schenkman.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Oxford, England: Norton & Co.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders, 4*, 257-272.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly, 72*, 307-324.
- Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Baškaya, Ö., Cube von, Robert, Skaletz, C., Lieb, K., & Dahmen, N. (2009). Gender Differences in Axis I and Axis II Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology, 42*, 257-263
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1061-1065.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590-596.
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry, 41*, 416-25.
- Tracey, T. J. G., Rounds, J. & Gurtman, M. (1996). Examination of the general factor with the interpersonal circumplex structure: application to the Inventory of Interpersonal Problems. *Multivariate Behavioral Research, 31*, 441-446.
- Trempa, E., Janke, W., & Weyers, P. (2002). Die Vorhersagbarkeit von Streßverarbeitungsweisen unter natürlichen Belastungsbedingungen durch den SVF120. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23*, 291-304.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline Personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review, 20*, 235-253.
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal, 2*, 106-115.

- Vetter, P., & Koller, O. (1996). Clinical and psychosocial variables in different diagnostic groups: Their interrelationships and value as predictors of course and outcome during a 14-year follow-up. *Psychopathology*, 29, 159-168.
- Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Benabarre, A., Reinares, M., & Gasto, C. (2000). Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr Psychiatry*, 41, 339-343.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15, 29-40.
- Vogt, I. (2006). Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften (147-181). In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa.
- Völkle, M., Steffanowski, A., Kriz, D., & Wittmann, W. W. (2006). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ein Vergleich unterschiedlicher Ergebniskriterien*. Vortrag auf dem 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 17. - 21.09.2006 in Nürnberg.
- Vredenburg, K., Krames, L. & Flett, G. L. (1985). Reexamining the Beck Depression Inventory: The long and short of it. *Psychological reports*, 56, 767 – 778.
- Walker, E. A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., Korff, M. von, Koss, M. P., & Katon, W. (1999). Costs of Health Care Use by Women HMO Members with a History of Childhood Abuse and Neglect. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 609-613.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford.
- Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., Ruffins, S., & Block, J. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 60, 55-66.
- Weyers, P., Ising, M., Reuter, M. & Janke, W. (2005). Comparing two approaches for the assessment of coping. Part I. Psychometric properties and intercorrelations. *Journal of Individual Differences*, 26, 207-212.
- WHO World Health Organisation (1946). *Constitution of the World Health Organisation*. Genf: WHO.
- WHO World Health Organisation (1991). *International Classification of Diseases and Causes of Death (ICD-10)*. Genf: WHO. Deutschsprachige Ausgabe von H. Dilling, W. Mombour, & M. H. Schmidt (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Bern: Huber.
- WHO World Health Organisation (1991). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Genf: WHO. Deutschsprachige Ausgabe von H. Dilling, W. Mombour, & M. H. Schmidt (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- WHO World Health Organisation (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Genf: WHO
- WHOQoL Group (1998a). Development of the World Health Organization WHOQoL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*, 28, 551-558.
- WHOQoL Group (1998b). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL). Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1569-1585.
- Widiger, T. A. & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Winter, S., Wiegand, A., Welke, M., & Lehmkuhl, U. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (2), 113-122.
- Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Rehabilitation*, 43, 109-115.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen*

- Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie Version 2.7* Verfügbar unter <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier27.pdf> (07.01.2010).
- Wittchen, H. U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry Suppl*, 30, 9-16.
- Wittmann, W. W. (1985). *Evaluationsforschung*. Berlin: Springer.
- Wittmann, W. W. (1990). Brunswik-Symmetrie und die Konzeption der Fünf-Datenboxen. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 4, 241-251.
- Wittmann, W. W. (2002). Brunswik-Symmetrie: Ein Schlüsselkonzept für erfolgreiche psychologische Forschung (163-186). In M. Myrtek (Hrsg.), *Die Person im biologischen und sozialen Kontext*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittmann, W. W. (2006). *Die ökonomische Bedeutung psychologischer Interventionen und warum wir sie alle unterschätzen*. Vortrag auf 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Nürnberg, 17. - 21. September 2006 Verfügbar unter: http://www.psychologie.uni-mannheim.de/psycho2/publi/papers/wittmann_2006_nuernberg_dgps.ppt (11.01.2010).
- Wittmann, W. W. (2009). Evaluationsmodelle (59-98). 3. Kapitel in H. Holling (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittmann, W. W. & Lutz, W. (2003). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Evaluationsplan*. Verfügbar unter: http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/dossiers/modell__psychotherapie/99__downloads/evaluationsplan,property=Data.pdf (11.01.2010).
- Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.
- Wittmann, W. W., Nübling, R., & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 39-60.
- Wittmann, W. W., & Schmidt, J. (1983). Die Vorhersagbarkeit des Verhaltens aus Trait-Inventaren. Theoretische Grundlagen und empirische Ergebnisse mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Freiburg i. Br.: *Forschungsberichte des Psychologischen Instituts (Nr. 10)*.
- Wittmann, W., W., & Schmidt, J. (2002). *A Multi-Aspect Approach to the Evaluation of Outcome Quality in Psychosomatic Treatment*. Vortrag auf dem Quality Management and Outcome Monitoring Workshop in Stuttgart. 14.03. - 16.03.2002. Verfügbar unter: http://www.psychologie.uni-mannheim.de/psycho2/publi/papers/wittmann_Schmidt.ppt (20.11.2009).
- Wolf, M., Gallas, C., & Kordy, H. (2005). Zur diskriminativen Validität des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP). *Z für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 233-240.
- Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H. J., Lammers, C.-H. & Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 347-360.
- Woodward, L. E., Murrell, S. A. & Bettler, R. F. Jr. (2005). Stability, reliability, and norms for the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 272-286.
- Wottawa, H., & Thierau, A. (2003). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Huber.
- Yates, T.M. (2004). The developmental psychopathology of selfinjurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaption. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C & Morey, L. C. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *A J of Psych*, 161, 1296-1298.
- Yeomans, F. E., & Clarkin, J. F. (2002). *A primer on transference focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale: Aronson.
- Zack, M., Toneatto, T., & Streiner, D. L. (1998). The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 10, 85-101.

- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23, 89-101.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Yong, L., Raviola, G., Reich, D. B., Hennen, J., Hudson, J. I., & Gunderson, J. G. (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline an axis II comparison probands. *Journal of Personality Disorders*, 18, 439-447.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998a). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psych*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998b). Axis II Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Comp Psych*, 39, 290-302.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J of Psych*, 163, 827-832.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Franckenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Franckenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating Borderline Personality Disorders from other axis II disorders. *Am J Psychiatry*, 147, 161-167.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2000). The Dissociative Experiences of Borderline Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 223-227
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. *Am J Psych*, 154, 1101-1106.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*, 190, 381-87.
- Zepf, S. (2009). Brauchen wir das Konzept der „Spaltung“? *Forum Psychoanal*, 25, 219-235.
- Zielke, M. (1978). Validierung einer Veränderungsbezogenen Fragebogens für die Gesprächspsychotherapie an einer Klientenstichprobe. *Diagnostica*, 24, 89-102.
- Zielke, M. (1993). Basisdokumentation in der stationären Psychosomatik. *Prax Klin Verhaltensmed Reha*, 6, 218-226.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (2001a). 22 Jahre wissenschaftliche und klinische Erfahrungen mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 3-6.
- Zielke, M., & Kopf-Mehnert, C. (2001b). Der VEV-R-2001: Entwicklung und testtheoretische Reanalyse der revidierten Form des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 7-19.
- Zimmermann, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I Diagnostic Comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.
- Zisook, S., Goff, A., Sledge, P., & Shuchter, S. R. (1994). Reported suicidal behavior and current suicidal ideation in psychiatric outpatient clinic. *Ann Clin Psychiatry*, 6, 27-31.
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 148, 648-651.

8 Anhang

Zu Kapitel 3: Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F.60) nach ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, 1991)

- G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ("Normen") ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:
- Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen);
- Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion);
- Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung;
- Zwischenmenschliche Beziehungen und die Art des Umganges mit ihnen.
- G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).
- G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides, deutlich dem unter G2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.
- G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.
- G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F00 - F59 und F70 - F79 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.
- G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07.- verwendet werden).

Zu Kapitel 5.4.1: Psychometrische Skalen

Tabelle 8-1: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: GSI des SCL-90-R (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Intercept	64,340	1	64,340	286,601	,000	,837
Substichprobe	4,253	1	4,253	18,944	,000	,253
Fehler	12,572	56	,224			

Tabelle 8-2: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: GSI des SCL-90-R (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.

Quelle	MZP ¹	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
MZP ¹	A vs. später	16,072	1	16,072	68,905	,000	,552
	E vs. K	,019	1	,019	,081	,777	,001
MZP ¹ × Substichprobe	A vs. später	,052	1	,052	,221	,640	,004
	E vs. K	,396	1	,396	1,692	,199	,029
Fehler	A vs. später	13,062	56	,233			
	E vs. K	13,093	56	,234			

Anmerkungen: ¹ MZP= Messzeitpunkt; A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese; Helmert-Kontraste

Tabelle 8-3: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BDI (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Intercept	18053,692	1	18053,692	238,247	,000	,804
Substichprobe	682,670	1	682,670	9,009	,004	,134
Fehler	4395,078	58	75,777			

Tabelle 8-4: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BDI (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.

Quelle	MZP ¹	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
MZP ¹	A vs. später	5775,146	1	5775,146	114,141	,000	,663
	E vs. K	13,280	1	13,280	,135	,715	,002
MZP ¹ × Substichprobe	A vs. später	3,646	1	3,646	,072	,789	,001
	E vs. K	11,147	1	11,147	,113	,738	,002
Fehler	A vs. später	2934,600	58	50,597			
	E vs. K	5715,703	58	98,547			

Anmerkungen: ¹ MZP= Messzeitpunkt; A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese; Helmert-Kontraste

Tabelle 8-5: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: IIP (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Intercept	111,125	1	111,125	387,985	,000	,892
Substichprobe	1,071	1	1,071	3,741	,059	,074
Fehler	13,462	47	,286			

Tabelle 8-6: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: IIP (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.

Quelle	MZP ¹	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
MZP ¹	A vs. später	9,957	1	9,957	53,362	,000	,532
	E vs. K	,016	1	,016	,055	,815	,001
MZP ¹ × Substichprobe	A vs. später	,423	1	,423	2,265	,139	,046
	E vs. K	1,623	1	1,623	5,452	,024	,104
Fehler	A vs. später	8,770	47	,187			
	E vs. K	13,988	47	,298			

Anmerkungen: ¹ MZP= Messzeitpunkt; A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese; Helmert-Kontraste

Tabelle 8-7: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-POS (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Intercept	5846,619	1	5846,619	853,301	,000	,951
Substichprobe	15,460	1	15,460	2,256	,140	,049
Fehler	301,478	44	6,852			

Tabelle 8-8: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-POS (Messzeitpunkt *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.

Quelle	MZP ¹	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
MZP ¹	A vs. später	73,334	1	73,334	15,764	,000	,264
	E vs. K	12,311	1	12,311	4,268	,045	,088
MZP ¹ × Substichprobe	A vs. später	13,986	1	13,986	3,006	,090	,064
	E vs. K	,485	1	,485	,168	,684	,004
Fehler	A vs. später	204,693	44	4,652			
	E vs. K	126,928	44	2,885			

Anmerkungen: ¹ MZP= Messzeitpunkt; A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese; Helmert-Kontraste

Tabelle 8-9: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-NEG (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Intercept	8252,874	1	8252,874	709,854	,000	,942
Substichprobe	74,584	1	74,584	6,415	,015	,127
Fehler	511,551	44	11,626			

Tabelle 8-10: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: SVF78-NEG (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.

Quelle	MZP ¹	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
MZP ¹	A vs. später	253,951	1	253,951	8,911	,004	,159
	E vs. K	90,416	1	90,416	2,907	,095	,058
MZP ¹ × Substichprobe	A vs. später	58,237	1	58,237	2,044	,159	,042
	E vs. K	44,375	1	44,375	1,427	,238	,029
Fehler	A vs. später	1339,396	47	28,498			
	E vs. K	1461,584	47	31,098			

Anmerkungen: ¹ MZP= Messzeitpunkt; A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese; Helmert-Kontraste

Tabelle 8-11: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BPI-51 (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Intercept	16536,912	1	16536,912	290,088	,000	,861
Substichprobe	970,690	1	970,690	17,028	,000	,266
Fehler	2679,310	47	57,007			

Tabelle 8-12: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: BPI-51 (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.

Quelle	MZP ¹	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
MZP ¹	A vs. später	653,335	1	653,335	52,943	,000	,546
	E vs. K	3,346	1	3,346	,170	,682	,004
MZP ¹ × Substichprobe	A vs. später	50,857	1	50,857	4,121	,048	,086
	E vs. K	64,216	1	64,216	3,260	,078	,069
Fehler	A vs. später	542,975	44	12,340			
	E vs. K	866,589	44	19,695			

Anmerkungen: ¹ MZP= Messzeitpunkt; A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese; Helmert-Kontraste

Tabelle 8-13: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: WHOQoL-BREF (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Zwischensubjekteffekte.

Quelle	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
Intercept	143896,713	1	143896,713	477,164	,000	,902
Substichprobe	742,063	1	742,063	2,461	,123	,045
Fehler	15681,454	52	301,566			

Tabelle 8-14: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor: WHOQoL-BREF (Messzeitpunkt: *Aufnahme-Entlassung-Katamnese*; Substichprobe): Tests der Innergruppenkontraste.

Quelle	MZP ¹	Quadratsumme Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p	partielles Eta ²
MZP ¹	A vs. später	19346,970	1	19346,970	41,014	,000	,441
	E vs. K	3,640	1	3,640	,014	,905	,000
MZP ¹ × Substichprobe	A vs. später	1050,673	1	1050,673	2,227	,142	,041
	E vs. K	4062,899	1	4062,899	16,076	,000	,236
Fehler	A vs. später	24529,364	52	471,719			
	E vs. K	13141,693	52	252,725			

Anmerkungen: ¹ MZP= Messzeitpunkt; A= Aufnahme, E= Entlassung, K= Katamnese; Helmert-Kontraste

zu Kapitel 5.4.2.1: Ergebnisqualität der borderlinespezifischen, multiplen Ergebniskriterien MEKBPD_1 und MEKBPD_2

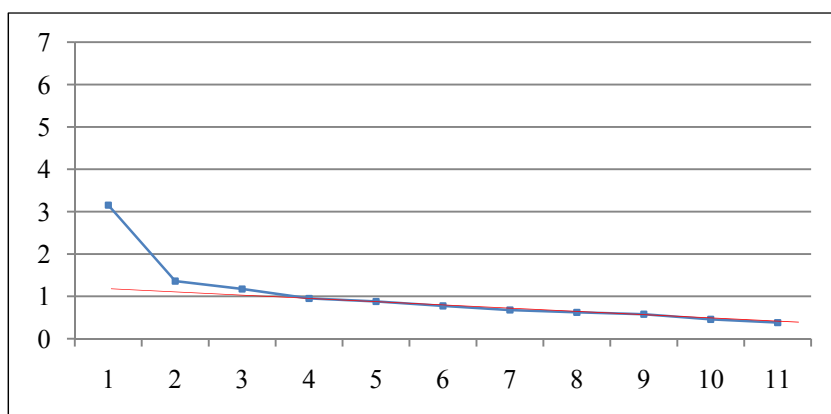
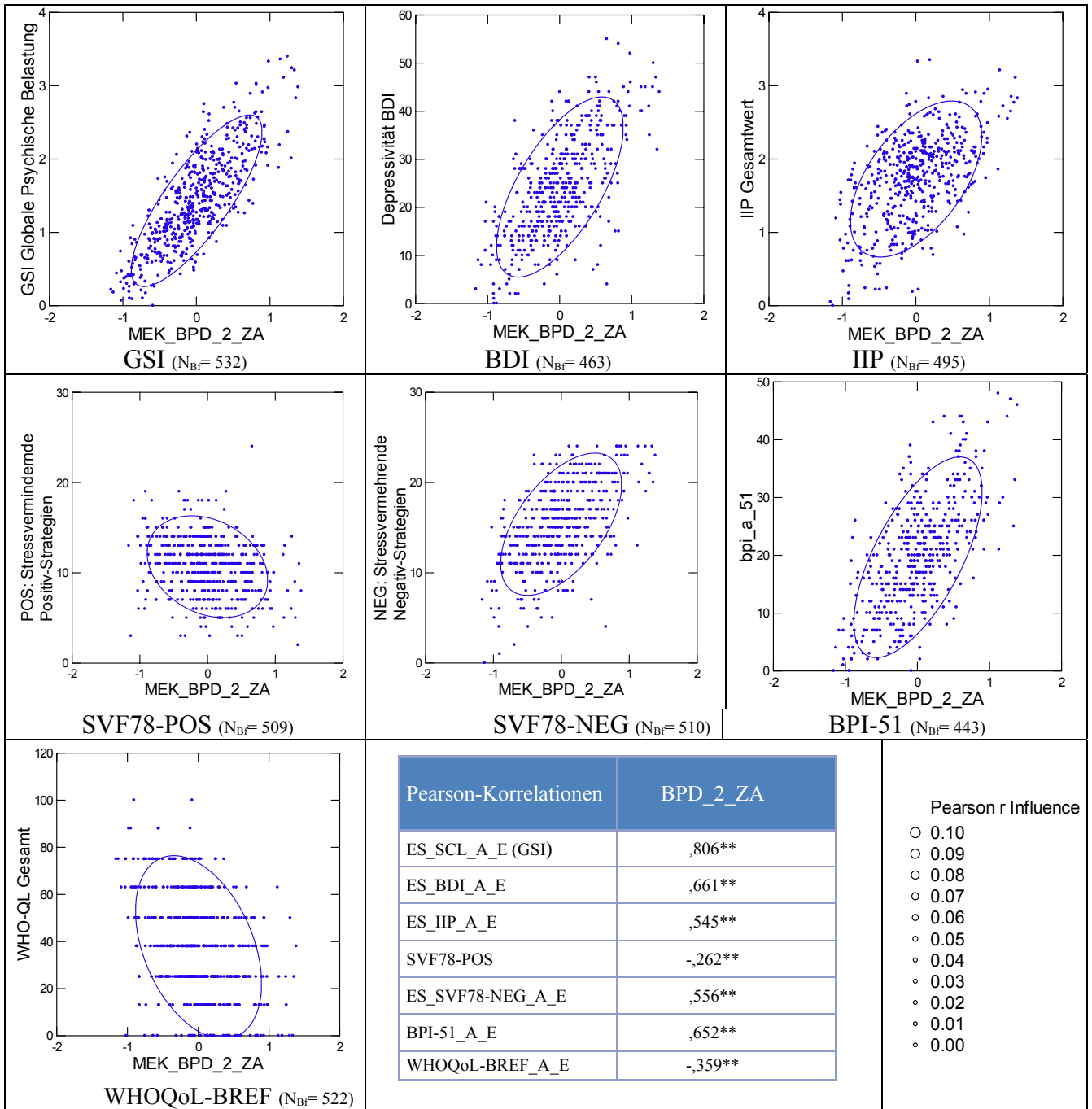


Abbildung 8-1: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der Einzelitemrohwerte des MEKBPD₁ (*Aufnahmemessung*; listenweiser Fallausschluss, N_{Bf}= 425).

Tabelle 8-15: Faktorladungsmuster der Hauptkomponentenanalyse der Einzelitemrohwerte des MEK_{BPD_1} nach Varimaxrotation (*Aufnahmemessung*; listenweiser Fallausschluss, N_{Bf}=425).

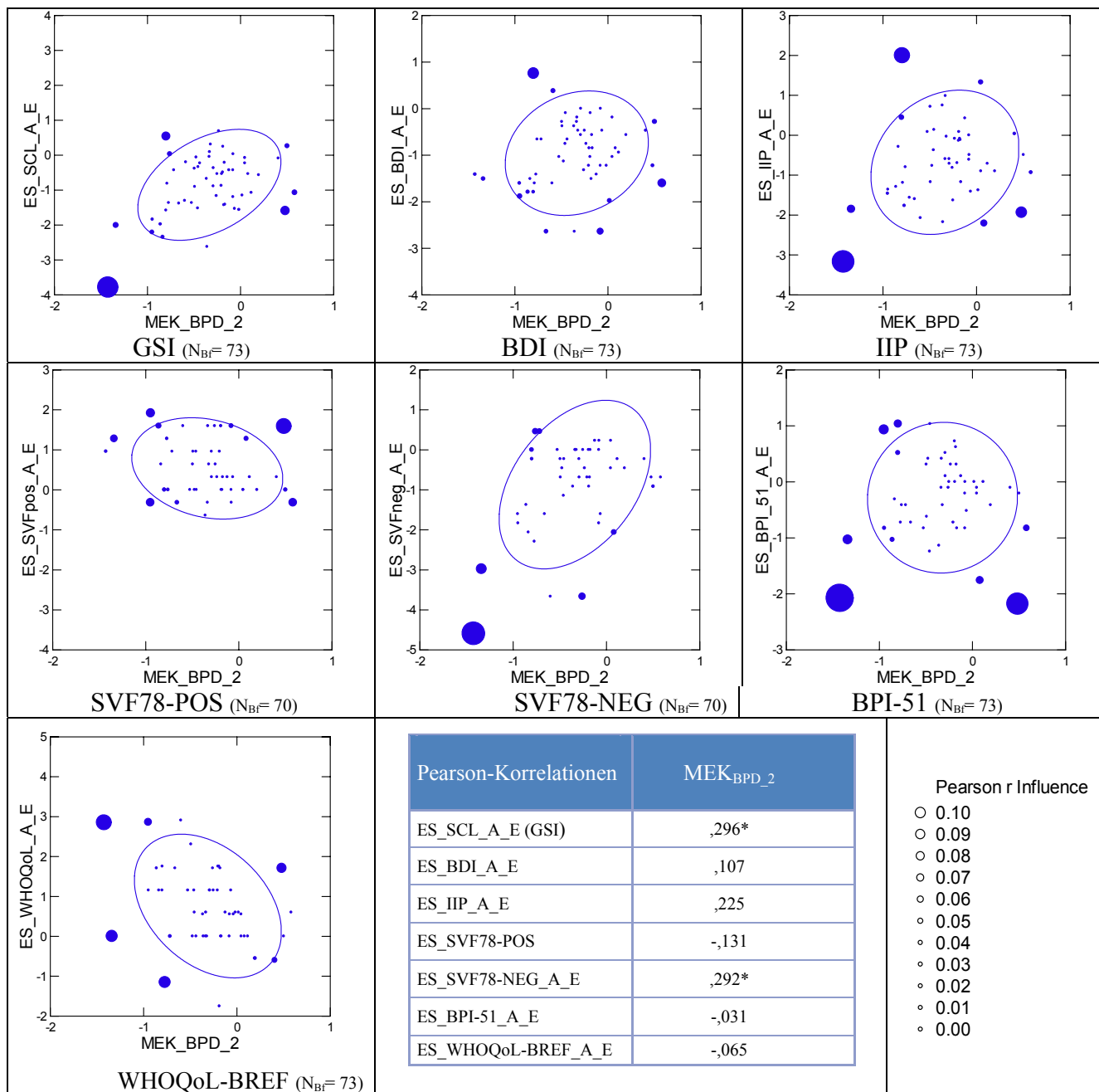
Merkmal	Faktor		
	1	2	3
BDI/ I. Selbstmordabsicht	,834	,151	
SCL-90-R/ 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	,828	,207	
SCL-90-R/ 74. Neigung, in Auseinandersetzungen zu geraten		,716	
BPI/ 9. Gefühle gegenüber Menschen schlagen häufig ins Gegenteil um		,669	
SCL-90-R/ 63. Drang, jemanden zu schlagen, Schmerz zuzufügen	,176	,655	
SCL-90-R/ 24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber machtlos	,170	,541	,268
SCL-90-R/ 33. Furchtsamkeit	,104	,106	,746
SCL-90-R/ 75. Nervosität, wenn alleine gelassen	-,101	,198	,707
SCL-90-R/ 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	,533		,596
SCL-90-R/ 51. Leere im Kopf	,434		,490
SCL-90-R/ 60. Drang, sich zu überessen	,104	,310	,312

Anmerkungen: Ladungsmuster nach Ladungsgröße sortiert; Markierungen beinhalten die Faktorenuordnung; nicht dargestellt sind Ladungen <0,1



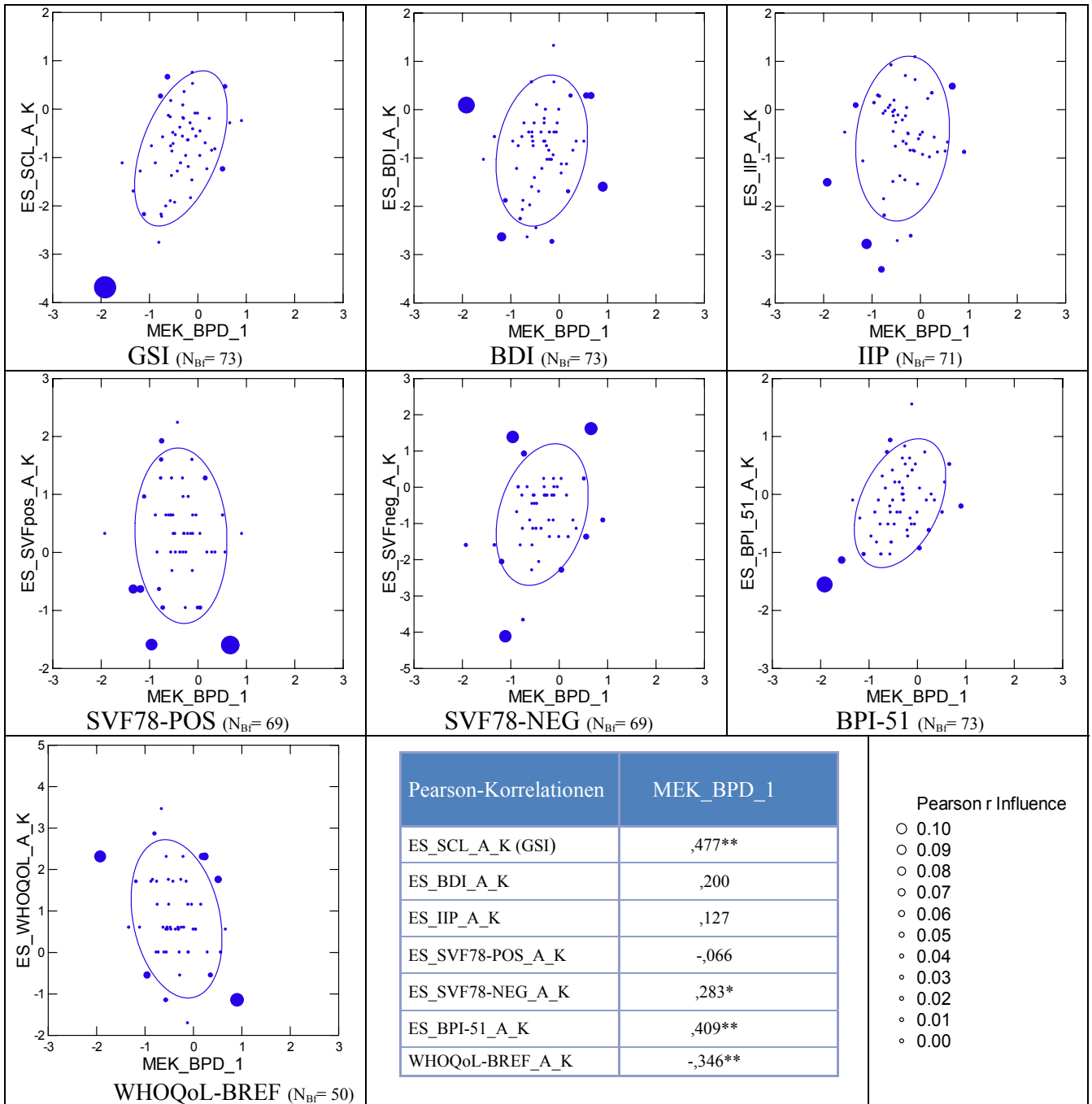
Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar.
 ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.

Abbildung 8-2: Korrelationen (Pearson) der Skalengesamtwerte der zentralen Assessmentverfahren bei *Aufnahme* mit dem aggregierten Gesamtwert (BPD_2_ZA) der z-standardisierten Einzelitems des MEK_{BPD_2}.



Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar.
 ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.

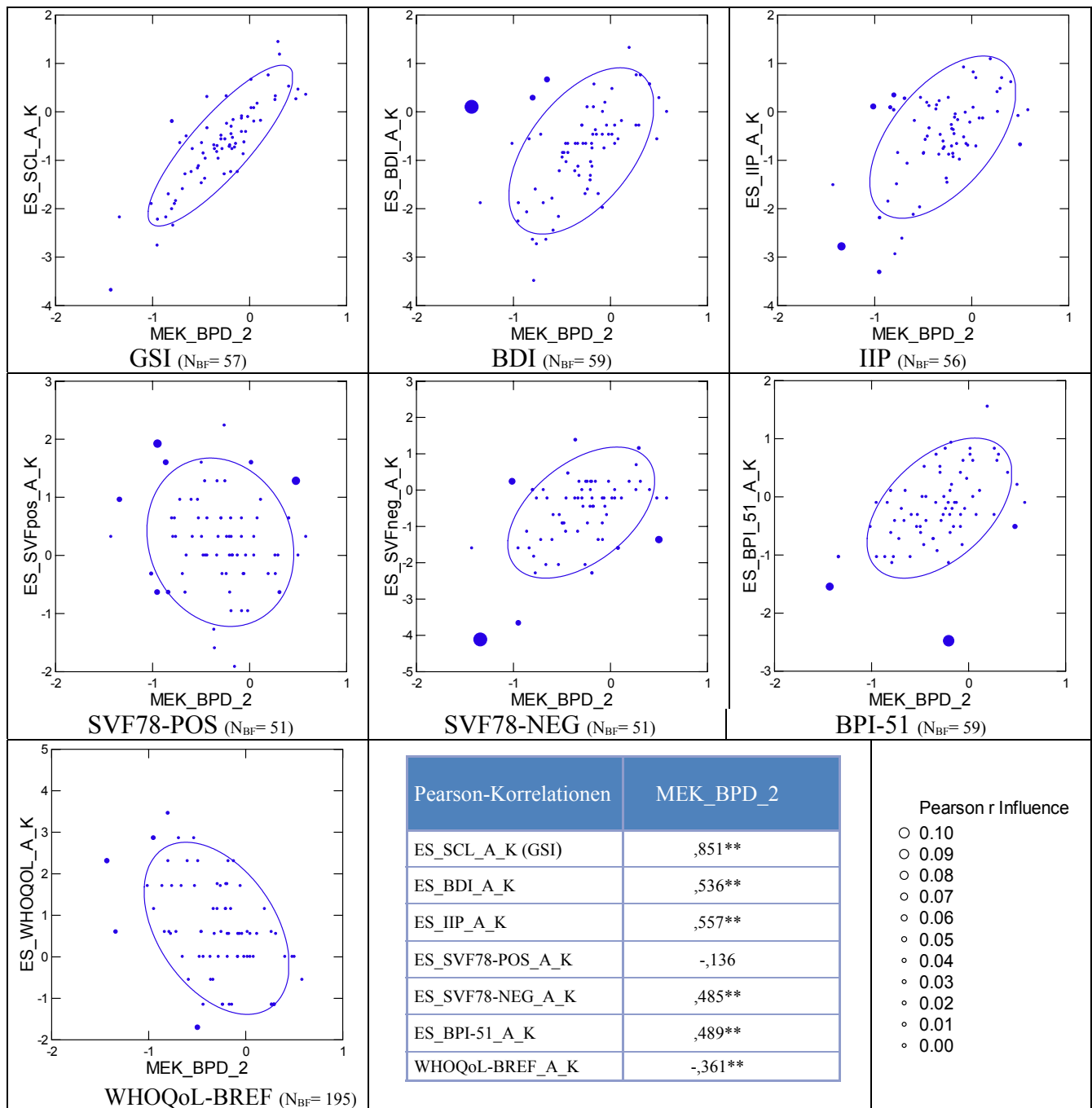
Abbildung 8-3: Korrelationen (Pearson) zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen *Aufnahme* und *Entlassung* und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_2}.



Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar.

** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.

Abbildung 8-4: Korrelationen (Pearson) zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen *Aufnahme* und *Katamnese* und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_1}.



Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar.
 ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.

Abbildung 8-5: Korrelationen (Pearson) zwischen den Effektstärken der zentralen Assessmentverfahren bezogen auf den Unterschied zwischen *Aufnahme* und *Katamnese* und dem multiplen Ergebniskriterium MEK_{BPD_2}.

zu Kapitel 5.4.2.2: Ergebnisqualität des erkrankungsunspezifischen multiplen Ergebniskriteriums
MEKTaL

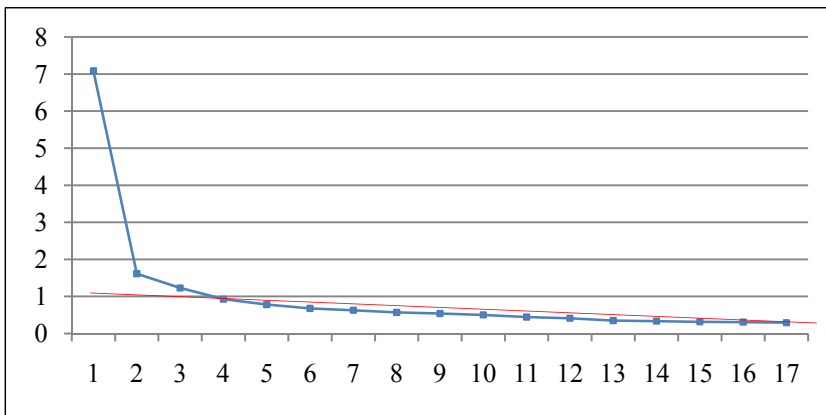
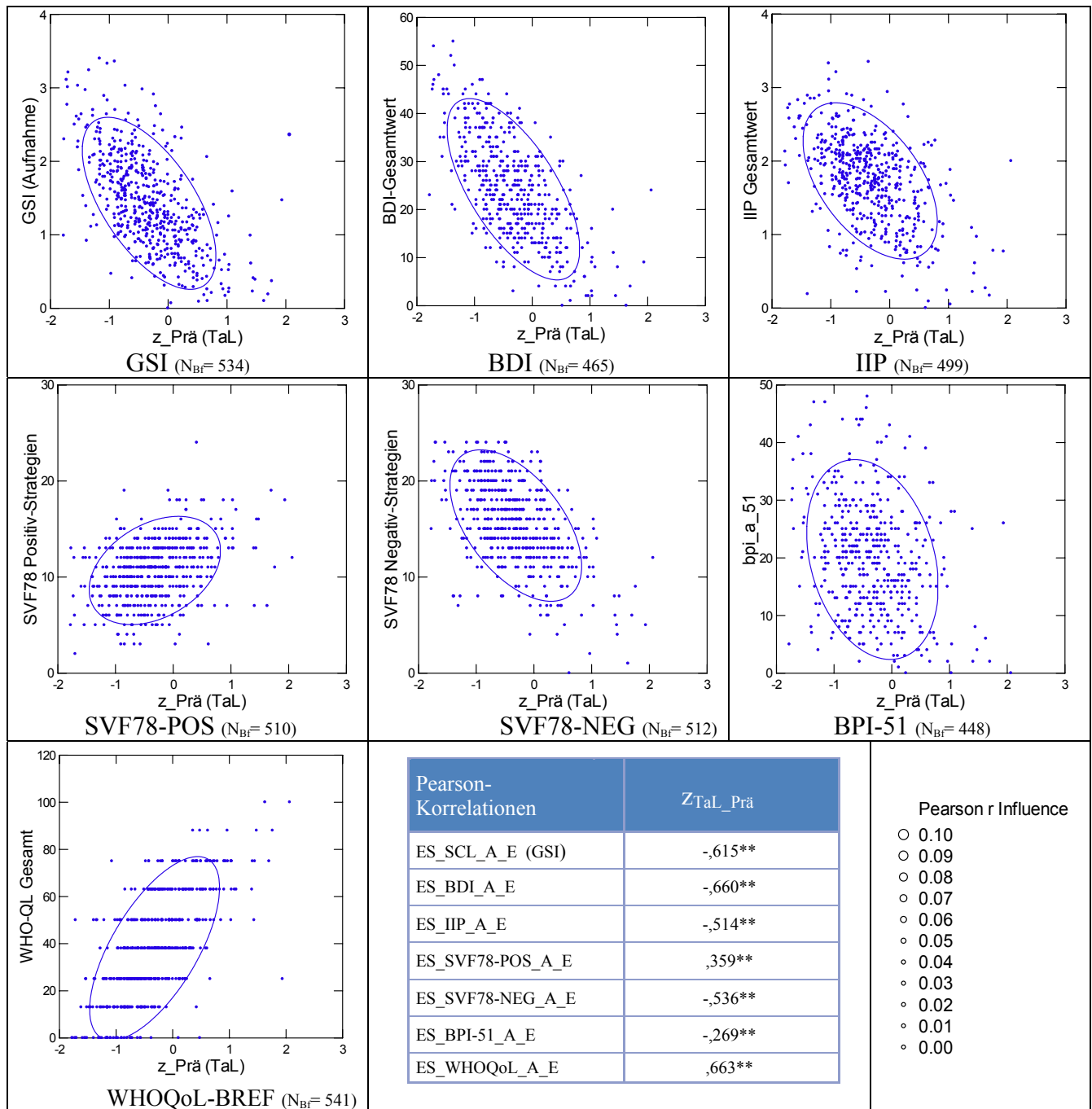


Abbildung 8-6: Screeplot der explorativen Hauptkomponentenanalyse der 17 ausgewählten Gesundheitsaspekte (Listenweiser Fallausschluss, $N_{Bf} = 109$).



Anmerkungen: Die Größe der Markierpunkte stellt den Einfluss der Einzelpunkte auf die Gesamtkorrelation dar.
 ** die Korrelation ist auf dem ,01-Level signifikant * die Korrelation ist auf dem ,05-Level signifikant.

Abbildung 8-7: Korrelationen (Pearson) zwischen den Gesamtkennwerten der zentralen Assessmentverfahren und dem aus den 17 z-standardisierten Gesundheitsaspekten gemittelten Kennwert (z_{TaL_Prä}) bei *Aufnahme*.

Zu Kapitel 5.4.4: Ergebnisvorhersage aufgrund von Patientenmerkmalen bei Aufnahme

Tabelle 8-16: Multiple Regression der gemittelten Effektstärke im *Aufnahme-Katamnesevergleich*, des MEK_{TaLK} und des MEK_{BPD_2} . Partialgewichte der Gesamtstichprobe¹.

Prädiktorvariable	AV=	gemittelte ES (A-K)			MEK_{TaLK}			MEK_{BPD_2}		
		Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
(Konstante)			-,037	,971		,155	,877		1,45	,154
Geschlecht		,251	2,14	,037	,239	2,172	,033	-,278	-2,16	,035
Partnersituation		-,143	-1,15	,256	-,081	-,700	,486	-,024	-,179	,858
Alter		-,129	-1,01	,276	,003	,029	,977	-,035	-,277	,783
Arbeitsfähigkeit		,062	,523	,603	-,062	-,546	,587	-,118	-,903	,370
Behandlungsart		,165	1,42	,161	,084	,765	,447	-,174	-1,36	,179
Vorbehandlung		-,265	-2,29	,026	-,217	-1,95	,055	,087	,686	,495
prästationäre Suizidversuche		-,040	-,321	,749	-,061	-,519	,605	,033	,246	,807

Anmerkungen: Aus Darstellungsgründen werden jeweils nur die Betagewichte, der t-Wert und die Signifikanzen dargestellt

Patienten- und Therapeutenfragebögen:

- 1) PFA Patientenfragebogen bei Aufnahme
- 2) PFE Patientenfragebogen bei Entlassung
- 3) PFK Patientenfragebogen bei Katamnese

- 4) TBA Therapeutenbogen bei Aufnahme
- 5) TBE Therapeutenbogen bei Entlassung

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige

- PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK -

Patientenfragebogen Aufnahme (PFA)

Name: _____

Aufnahme-Nr:

wird von der Klinik ausgefüllt!

BADO 2007 - v1.0

1. Heutiges Datum

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

2. Ihr Geburtsdatum?

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

3. Ihr Geschlecht?

1 männlich

2 weiblich

4. Bitte geben Sie die ersten beiden Ziffern der PLZ Ihres Wohnortes an

|_|_|

5. Welcher Nationalität gehören Sie an?

1 deutsch

2 andere: _____

6. Wie ist Ihr Familienstand?

1 ledig

2 verheiratet

3 getrenntlebend

4 geschieden

5 verwitwet

7. Wie ist Ihre Partnersituation?

1 kurzfristig kein Partner (bis zu 6 Monate)

2 langfristig kein Partner (mehr als 6 Monate)

3 wechselnde Partner

4 fester Partner (Ehepartner)

5 fester Partner (nicht Ehepartner)

8. Haben Sie Geschwister?

1 nein

2 ja, |_| Geschwister

9. Haben Sie Kinder?

1 nein

2 ja, |_| Kind(er)

10. Wie groß ist Ihr Freundeskreis?

- 1 großer Freundeskreis
- 2 einige enge Freunde
- 3 einige Bekanntschaften
- 4 keine Beziehungen

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

- 1 niemanden
- 2 1 Person
- 3 2-3 Personen
- 4 mehr als 3 Personen

12. Wie ist Ihre Wohnsituation (vor Klinikaufnahme)?

- 1 Privatwohnung, möbliertes Zimmer, Wohngemeinschaft
- 2 Betreutes Einzelwohnen, betreute Wohngemeinschaft
- 3 Therapeutisches / Psychiatrisches Heim; Heim für Behinderte
- 4 Sonstiges nichttherapeutisches Heim (z.B. Studentenwohnheim)
- 5 Psychiatrisches Krankenhaus
- 6 Ohne festen Wohnsitz

13. Mit wem wohnen Sie zusammen?

Mehrfachnennung möglich

- 1 wohne alleine
- 2 wohne mit Partner
- 3 wohne mit Kind(ern)
- 4 wohne mit Eltern
- 5 wohne in Wohngemeinschaft

14. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingerechnet?

insgesamt |__| Personen

15. Wie viele davon sind 18 Jahre oder älter?

insgesamt |__| Personen

16. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- 1 noch in der Schule
- 2 kein Schulabschluss
- 3 Hauptschule, Volksschule
- 4 Realschule, Mittlere Reife
- 5 Polytechnische Oberschule
- 6 Fachabitur, Fachhochschulreife
- 7 Abitur, Allgemeine Hochschulreife

17. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?

- 1 noch in Ausbildung
- 2 kein Berufsabschluss
- 3 Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung)
- 4 Fachschule (Meister-/ Technikerschule)
- 5 Fachhochschule, Berufsakademie
- 6 Universität, Hochschule

18. Sind Sie erwerbstätig? (bitte auch beantworten, wenn Sie zur Zeit krank geschrieben sind)

- 1 ja, Vollzeit berufstätig (mindestens 30h pro Woche)
- 2 ja, Teilzeit berufstätig (mindestens 15h pro Woche)
- 3 ja, geringfügig beschäftigt (Minijob, 400 Euro-Basis)
- 4 ja, geschützt beschäftigt
- 5 nein, arbeitslos / erwerbslos
- 6 nein, Altersrente / Pension
- 7 nein, Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente
- 8 nein, Hausfrau / Hausmann / Erziehungsurlaub
- 9 Schüler / Auszubildender / Student
- 10 Bundeswehr / Zivildienst / Soziales Jahr

19. In welcher beruflichen Stellung sind Sie erwerbstätig oder waren Sie zuletzt erwerbstätig?

- 1 noch nie erwerbstätig gewesen
- 2 un-/angelernter Arbeiter
- 3 Facharbeiter, nicht selbständiger Handwerker
- 4 Angestellter oder Beamter mit einfacher Tätigkeit
- 5 Angestellter oder Beamter mit qualifizierter Tätigkeit
- 6 Angestellter oder Beamter mit leitender Tätigkeit
- 7 selbständiger Handwerker, Landwirt oder Gewerbetreibender
- 8 selbständiger Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer

20. Woraus stammt Ihr überwiegender Lebensunterhalt?

- 1 Erwerbstätigkeit
- 2 Krankengeld
- 3 Arbeitslosengeld
- 4 Sozialhilfe ("Hartz 4")
- 5 Rente / Pension
- 6 Ausbildungsbeihilfe
- 7 Partner
- 8 Eltern / Verwandte
- 9 Vermögen

21. Wie hoch ist Ihr monatliches Netto-Einkommen?

- 1 unter 250 Euro
- 2 250 bis 500 Euro
- 3 500 bis 750 Euro
- 4 750 bis 1.000 Euro
- 5 1.000 bis 1.250 Euro
- 6 1.250 bis 1.500 Euro
- 7 1.500 bis 2.000 Euro
- 8 über 2.000 Euro

22. Falls Sie finanzielle Schulden haben, wie hoch sind diese?

- 1 keine
- 2 bis 2.500 Euro
- 3 2.500 bis 5.000 Euro
- 4 5.000 bis 10.000 Euro
- 5 10.000 bis 25.000 Euro
- 6 25.000 bis 50.000 Euro
- 7 über 50.000 Euro

23. Wie würden Sie Ihre derzeitige gesundheitliche Verfassung einschätzen?

		sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
1.	Mein Gesundheitszustand ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Mein körperliches Befinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Mein seelisches Befinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Mein Allgemeinbefinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Meine körperliche Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Meine emotionale Belastbarkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Meine geistige Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Meine berufliche Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Meine Entspannungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	Meine Kontaktfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	Mein Selbstvertrauen ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	Meine Ausgeglichenheit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	Meine Energie und Lebensfreude ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	Meine Fähigkeit, mit Menschen auszukommen, ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	Meine Fähigkeit zur Alltagsbewältigung ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	Meine Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18.	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

24. Wie oft treiben Sie Sport bzw. haben Sie aktive körperliche Bewegung?

(z.B. Joggen, Radfahren, Schwimmen, Ballsport, Fitness)

- 1 keine sportliche Betätigung / Bewegung
- 2 weniger als 1-2 Stunden pro Woche
- 3 regelmäßig 1-2 Stunden pro Woche
- 4 regelmäßig 2-3 Stunden pro Woche
- 5 regelmäßig mehr als 3 Stunden pro Woche

25. Wie lange waren Sie in den letzten 6 Monaten insgesamt krank geschrieben?

- 1 keine Krankschreibung
- 2 etwa |__|__| Wochen

26. Wie würden Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit einschätzen? Ich fühle mich zur Zeit ...

- 1 ... voll arbeitsfähig (Vollzeit, mindestens 6h pro Tag)
- 2 ... eingeschränkt arbeitsfähig (Teilzeit, mindestens 3h pro Tag)
- 3 ... überhaupt nicht arbeitsfähig

27. Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

- 1 nein
- 2 Rentenantrag
- 3 Rentenstreit / Sozialgerichtsverfahren
- 4 Zeitrente

28. Besteht eine gesetzliche Betreuung?

- 1 nein
- 2 ja

29. Liegt eine Schwerbehinderung vor?

- 1 nein
- 2 ja, zu _____ %

30. In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben

		überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1.	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

31. In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1.	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

32. In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben

	Wie zufrieden sind Sie ...	sehr zufrieden	zu- frieden	weder noch	unzu- frieden	sehr unzu- frieden
1.	mit sich selbst?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	mit Ihrer Gesundheit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	mit Ihrem Schlaf?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	mit Ihrer beruflichen Situation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	mit Ihrer finanziellen Situation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	mit Ihrem Familienleben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	mit Ihrer Partnersituation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	mit Ihrem Sexualleben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	mit Ihrer Unterstützung durch Ihre Freunde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	mit Ihren Wohnbedingungen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	mit Ihrer Freizeitgestaltung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	mit Ihrem Leben insgesamt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

33. Wie häufig hatten Sie in den vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

- 1 niemals
- 2 nicht oft
- 3 zeitweilig
- 4 oftmals
- 5 immer

34. Waren Sie früher schon einmal in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

- 1 nein --> bitte gehen Sie weiter zur Frage 41!
- 2 ja

35. Falls ja: Was für eine Behandlung war das (Mehrfachnennung möglich)?

- 1 Psychiatrische Klinik
- 2 Psychotherapeutische oder Psychosomatische Klinik
- 3 Suchtklinik
- 4 Psychiater
- 5 Psychotherapeut oder Psychologe
- 6 Angehöriger einer sonstigen Berufsgruppe (z.B. Heilpraktiker)

36. Wie oft waren Sie in Ihrem Leben insgesamt in stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung (Klinikaufenthalt)?

- 1 noch nie
- 2 insgesamt |__|__| mal. Wann zum ersten Mal? |__|__|__|__| (Jahr)

37. Waren Sie schon einmal hier in der Klinik Mengerschwaige in Behandlung?

- 1 nein
- 2 ja, insgesamt |__| mal

38. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten in ambulanter psychiatrischer Behandlung (z.B. Nervenarzt, Psychiater)?

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| mal (Anzahl der Sitzungen)

39. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (z.B. Psychologe, Psychotherapeut)?

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| mal (Anzahl der Sitzungen)

40. Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 6 Monaten in stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung (Klinikaufenthalt)?

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| Wochen

41. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten insgesamt bei einem Arzt? Bitte alle Arztbesuche zusammenzählen (Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt).

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| mal

42. Wie viele Wochen sind Sie in den letzten 6 Monaten insgesamt in einem Krankenhaus gelegen? Stationäre Psychiatrie / Psychotherapie-Aufenthalte bitte NICHT mitzählen!

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| Wochen

43. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen?

		nie	wenige Male	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Woche	täglich
1.	Neuroleptika (antipsychotische Medikamente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Antidepressiva (stimmungshebende Medikamente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Beruhigungsmittel (angstlösende Medikamente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Schlafmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Schmerzmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Stimmungsstabilisierende Medikamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Sonstiges:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

44. Nachfolgend sind eine Reihe von Beschwerden, Belastungen und Probleme aufgeführt, die in Ihrem Leben eine Rolle spielen könnten. Bitte geben Sie an, wie häufig die genannten Probleme in den letzten 6 Monaten bei Ihnen aufgetreten sind.

		nie	wenige Male	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Woche	täglich
1	Körperliche Beschwerden oder Schmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	Essstörungen (Magersucht oder Bulimie)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3	Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4	Ängste, Phobien oder Panikanfälle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5	Depressionen, Traurigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7	Schlafstörungen oder Alpträume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8	Innere Unruhe, innere Anspannung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9	Antriebslosigkeit, fehlende Ausdauer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10	Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11	Beziehungsprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12	Einsamkeit, Kontaktschwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13	Abgrenzungsprobleme, Unselbständigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14	Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15	Fehlendes Selbstvertrauen, Selbstwertprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16	Starke Gefühlsschwankungen, emotionale Labilität	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17	Orientierungslosigkeit im Leben, Identitätskrise	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18	Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19	Erinnerung an schmerzhaft Erfahrungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20	Autoaggression, Selbstverletzungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21	Suizidalität, Gedanken sich etwas anzutun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22	Berufliche Probleme (Schule, Arbeit)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23	Fehlende geregelte Struktur im Alltag	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

45. Was sind Ihre Hauptbeschwerden und Hauptprobleme? Bitte wählen Sie bis zu 3 Probleme aus. Sie können Ihre Probleme auch in eigenen Worten formulieren, falls nicht in der Liste aufgeführt.

1. _____ seit wann? |__|__|__|__| (Jahr)

2. _____ seit wann? |__|__|__|__| (Jahr)

3. _____ seit wann? |__|__|__|__| (Jahr)

46 Nachfolgend sind eine Reihe von Therapiezielen aufgelistet, die für Ihre Behandlung in der Klinik Mengerschwaige möglicherweise von Bedeutung sind. Bitte markieren Sie zunächst alle Bereiche, in denen Sie sich eine Verbesserung wünschen.

- 1 Linderung von körperlichen Beschwerden und Schmerzen
- 2 Bewältigung von Essstörungen (Magersucht oder Bulimie)
- 3 Bewältigung von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch
- 4 Bewältigung von Ängsten, Phobien oder Panikanfällen
- 5 Bewältigung von Depressionen und Traurigkeit, Stimmungsaufhellung
- 6 Bewältigung von psychotischen Symptomen (Halluzinationen, Wahnvorstellungen)
- 7 Besser schlafen können / Bewältigung von Alpträumen
- 8 Mehr innere Ruhe und Entspannung
- 9 Mehr Antrieb und Ausdauer
- 10 Mehr Gelassenheit, weniger Aggression, verbesserte Selbstkontrolle
- 11 Klärung von Beziehungsproblemen
- 12 Mehr auf andere Menschen zugehen können, Verbesserung der Kontaktfähigkeit
- 13 Sich besser abgrenzen können, lernen 'nein' zu sagen, unabhängiger werden
- 14 Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- 15 Verbesserung des Selbstwertgefühls, mehr Selbstvertrauen
- 16 Mehr emotionale Stabilität, Ausgeglichenheit und Gefühlsklarheit
- 17 Orientierung und Perspektiven im Leben entwickeln
- 18 Zuversicht und Lebensmut wiedergewinnen
- 19 Bewältigung / Verarbeitung von schmerzhaften Erlebnissen und Erinnerungen
- 20 Überwindung von Autoaggression und Selbstverletzung
- 21 Wieder leben wollen, Überwindung von Suizidalität und Selbstmordgedanken
- 22 Klärung von beruflichen Problemen (Schule, Arbeit), Entwicklung von beruflichen Perspektiven
- 23 Eine geregelte Struktur im Alltag finden, bessere Alltagsbewältigung

47. Bitte wählen Sie bis zu 3 Therapieziele aus, die Ihnen besonders wichtig sind. Sie können die Ziele auch mit eigenen Worten formulieren, falls nicht in der Liste enthalten.

1. _____
2. _____
3. _____

48. Üben Sie derzeit ein oder mehrere Hobbys aktiv aus? Falls ja, bitte angeben:

1. _____
2. _____
3. _____

49. Haben Sie früher ein oder mehrere Hobbys aktiv ausgeübt?

1. _____ bis wann? |__|__|__|__| (Jahr)
2. _____ bis wann? |__|__|__|__| (Jahr)
3. _____ bis wann? |__|__|__|__| (Jahr)

50. Bitte geben Sie an, wie wichtig Ihnen während dieser Behandlung eine Veränderung in den folgenden Bereichen ist. Trifft ein Problembereich für Sie überhaupt nicht zu, kreuzen Sie bitte die Aussage "ist nicht mein Problem" an.

		ist nicht mein Problem	un- wichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1.	Körperliche Befindensstörung (körperliche Symptomatik)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2.	Psychische Befindensstörung (seelisches Befinden)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3.	Selbstwernerleben / Selbstannahme (Selbstwertgefühl)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4.	Soziale Probleme (Arbeit, Wohnung, Finanzen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5.	Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich (Eltern, Partner, Kinder, Freunde)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6.	Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich (Kollegen, Vorgesetzte)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7.	Psychosoziale Fähigkeiten (Eigenständigkeit, Kontaktfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8.	Krankheitsverständnis (die Ursachen der Erkrankung besser verstehen können)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.	Zukunftsorientierung (realistische Lebensentwürfe und Zukunftsperspektiven entwickeln)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige

- PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK -

Patientenfragebogen Entlassung (PFE)

Name: _____

Aufnahme-Nr: _____

wird von der Klinik ausgefüllt!

BADO 2007 - v1.0

1. Heutiges Datum

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

2. Ihr Geburtsdatum?

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

3. Ihr Geschlecht?

- 1 männlich
2 weiblich

4. Wie hat Ihnen die Behandlung in der Klinik insgesamt geholfen?

- 1 sehr geholfen
2 ziemlich geholfen
3 etwas geholfen
4 nicht geholfen
5 geschadet

5. Wie haben sich Ihre Probleme und Beschwerden durch die Behandlung verändert?

- 1 deutlich verbessert
2 etwas verbessert
3 unverändert
4 etwas verschlechtert
5 deutlich verschlechtert

6a. Wie stark sind Ihre Probleme und Beschwerden heute?

- 1 nicht mehr vorhanden
2 wenig vorhanden
3 mittelmäßig stark
4 ziemlich stark
5 sehr stark

6b. Wie stark waren Ihre Probleme und Beschwerden bei Aufnahme?

- 1 nicht vorhanden
2 wenig vorhanden
3 mittelmäßig stark
4 ziemlich stark
5 sehr stark

7. Sind bei Ihnen während der Behandlung neue Probleme und Beschwerden aufgetreten?

- 1 nein
2 ja, und zwar: _____

8. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

- 1 ausgezeichnet
- 2 gut
- 3 weniger gut
- 4 schlecht

9. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?

- 1 eindeutig nicht
- 2 eigentlich nicht
- 3 im allgemeinen ja
- 4 eindeutig ja

10. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

- 1 sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen
- 2 sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen
- 3 sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen
- 4 sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

11. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

- 1 eindeutig nicht
- 2 ich glaube nicht
- 3 ich glaube ja
- 4 eindeutig ja

12. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

- 1 ziemlich unzufrieden
- 2 leicht unzufrieden
- 3 weitgehend zufrieden
- 4 sehr zufrieden

13. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

- 1 ja, sie half eine ganze Menge
- 2 ja, sie half etwas
- 3 nein, sie half eigentlich nicht
- 4 sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

14. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

- 1 sehr zufrieden
- 2 weitgehend zufrieden
- 3 leicht unzufrieden
- 4 ziemlich unzufrieden

15. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?

- 1 eindeutig nicht
- 2 ich glaube nicht
- 3 ich glaube ja
- 4 eindeutig ja

16. Wie haben Ihnen die einzelnen therapeutischen Gruppen und Maßnahmen, an denen Sie teilgenommen haben, geholfen?

	Bitte beurteilen Sie nur die Maßnahmen, an denen Sie TEILGENOMMEN haben!	sehr geholfen	ziemlich geholfen	etwas geholfen	nicht geholfen	geschadet
1.	Einzelgespräche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Milieugruppe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Medizinische Behandlung (z.B. pharmakologisch)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Gespräche mit Sozialarbeitern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Familiengespräche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Partnergespräche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Tanztherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	Musiktherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	Maltherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	Theatertherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	Reittherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	Sport, Gymnastik, Schwimmen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	Physiotherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	Ausflüge und Unternehmungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	Interessengruppen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18.	Großgruppe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19.	CogPack	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20.	Psychoedukation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21.	Training von Fertigkeiten / Skills	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22.	Trauma-Stabilisierungsgruppe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23.	Psychologische Diagnostik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24.	Kontakt mit Mitpatienten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25.	Sonstiges: _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

17. Der Umfang der therapeutischen Maßnahmen, die ich in der Klinik insgesamt erhalten habe, war mengenmäßig ...

- 1 viel zu wenig
- 2 eher zu wenig
- 3 angemessen
- 4 eher zu viel
- 5 viel zu viel

18. Alles in allem: Wie empfanden Sie die Gesamtdauer der Behandlung in unserer Klinik?

- 1 viel zu kurz
- 2 eher zu kurz
- 3 angemessen
- 4 eher zu lang
- 5 viel zu lang

19. Wie beurteilen Sie die Unterbringung in der Klinik Mengerschwaige?

		sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
1.	Gesamteindruck vom Haus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Ausstattung und Gestaltung der Gruppenräume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Ausstattung und Gestaltung Ihres Zimmers	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Sauberkeit im Zimmer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

20. Wie beurteilen Sie die therapeutische Betreuung in der Klinik Mengerschwaige?

		sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
1.	Therapieangebot insgesamt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Freundlichkeit der Mitarbeiter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Therapeutische Betreuung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Atmosphäre im Haus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

21. Wie beurteilen Sie den Tagesablauf?

		sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
1.	Weckzeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Essenszeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Therapiezeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Milieu- und Projektzeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Terminplanung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

22. Wie beurteilen Sie die Verpflegung?

		sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
1.	Frühstück	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Mittagessen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Abendessen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Geschmack und Zubereitung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Tischsituation und Esskultur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

23. Wie beurteilen Sie die Freizeitmöglichkeiten?

		sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
1.	Bibliothek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Sportmöglichkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Kulturelles Angebot	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Freizeitangebot insgesamt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

24. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf Ihre Behandlung zu?

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
1.	Die Behandlungsziele und -maßnahmen wurden gemeinsam mit mir abgestimmt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Die Therapeuten (Ärzte, Psychologen und andere) haben sich ausreichend Zeit für mich genommen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Ich wurde in der Klinik insgesamt gut auf die Zeit nach der Behandlung vorbereitet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Ich wurde in der Klinik gut über Nachsorgeprogramme informiert (z.B. ambulante Psychotherapie)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

25. In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben

		überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1.	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

26. In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1.	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

27. In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben

	Wie zufrieden sind Sie ...	sehr zufrieden	zu- frieden	weder noch	unzu- frieden	sehr unzu- frieden
1.	mit sich selbst?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	mit Ihrer Gesundheit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	mit Ihrem Schlaf?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	mit Ihrer beruflichen Situation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	mit Ihrer finanziellen Situation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	mit Ihrem Familienleben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	mit Ihrer Partnersituation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	mit Ihrem Sexualleben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	mit Ihrer Unterstützung durch Ihre Freunde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	mit Ihren Wohnbedingungen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	mit Ihrer Freizeitgestaltung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	mit Ihrem Leben insgesamt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

28. Wie häufig hatten Sie in den vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

- 1 niemals
- 2 nicht oft
- 3 zeitweilig
- 4 oftmals
- 5 immer

29. Wie würden Sie Ihre derzeitige gesundheitliche Verfassung einschätzen?

		sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
1.	Mein Gesundheitszustand ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Mein körperliches Befinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Mein seelisches Befinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Mein Allgemeinbefinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Meine körperliche Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Meine emotionale Belastbarkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Meine geistige Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Meine berufliche Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Meine Entspannungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	Meine Kontaktfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	Mein Selbstvertrauen ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	Meine Ausgeglichenheit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	Meine Energie und Lebensfreude ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	Meine Fähigkeit, mit Menschen auszukommen, ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	Meine Fähigkeit zur Alltagsbewältigung ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	Meine Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18.	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

30. Wie würden Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit einschätzen? Ich fühle mich zur Zeit ...

- 1 ... voll arbeitsfähig (Vollzeit, mindestens 6h pro Tag)
- 2 ... eingeschränkt arbeitsfähig (Teilzeit, mindestens 3h pro Tag)
- 3 ... überhaupt nicht arbeitsfähig

31. Wenn Sie Ihren jetzigen Zustand ganz kritisch mit Ihrem Zustand bei Behandlungsbeginn in der Klinik vergleichen: Welche Veränderungen haben sich durch die Behandlung ergeben?

		deutlich ge- bessert	etwas ge- bessert	nicht ver- ändert	etwas ver- schlech- tert	deutlich ver- schlech- tert
1.	Körperliches Befinden (körperliche Symptomatik)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Psychisches Befinden (seelisches Befinden)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Selbstwernerleben / Selbstannahme (Selbstwertgefühl)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Soziale Probleme (Arbeit, Wohnung, Finanzen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich (Eltern, Partner, Kinder, Freunde)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich (Kollegen, Vorgesetzte)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Psychosoziale Fähigkeiten (Eigenständigkeit, Kontaktfähigkeit, Abgrenzung, Durchsetzung)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Krankheitsverständnis (die Ursachen der Erkrankung besser verstehen können)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Zukunftsorientierung (realistische Lebensentwürfe und Zukunftsperspektiven)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

32. Alles in allem: Konnten Sie Ihre im Aufnahmebogen formulierten Therapieziele erreichen?

- 1 vollständig (100%)
- 2 größtenteils (75%)
- 3 teilweise (50%)
- 4 nur geringfügig (25%)
- 5 überhaupt nicht (0%)

33. Alles in allem: Glauben Sie, dass dies die richtige Klinik für Ihre Beschwerden war?

- 1 eindeutig ja
- 2 eher ja
- 3 teilweise
- 4 eher nein
- 5 eindeutig nein

34. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungsergebnis?

- 1 sehr zufrieden
- 2 zufrieden
- 3 weder noch
- 4 unzufrieden
- 5 sehr unzufrieden

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Allgemeine Fragen zu Ihrer Lebenssituation, zu Ihrer Gesundheit und zu Veränderungen im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung in unserer Klinik

1. Heutiges Datum

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

2. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- 1 Privatwohnung, möbliertes Zimmer, Wohngemeinschaft
- 2 Betreutes Einzelwohnen, betreute Wohngemeinschaft
- 3 Therapeutisches / Psychiatrisches Heim; Heim für Behinderte
- 4 Sonstiges nichttherapeutisches Heim (z.B. Studentenwohnheim)
- 5 Psychiatrisches Krankenhaus
- 6 Ohne festen Wohnsitz

3. Mit wem wohnen Sie zusammen?

Mehrfachnennung möglich

- 1 wohne alleine
- 2 wohne mit Partner
- 3 wohne mit Kind(ern)
- 4 wohne mit Eltern
- 5 wohne in Wohngemeinschaft

4. Wie ist Ihre Partnersituation?

- 1 kurzfristig kein Partner (bis zu 6 Monate)
- 2 langfristig kein Partner (mehr als 6 Monate)
- 3 wechselnde Partner
- 4 fester Partner (Ehepartner)
- 5 fester Partner (nicht Ehepartner)

5. Sind Sie erwerbstätig? (bitte auch beantworten, wenn Sie zur Zeit krank geschrieben sind)

- 1 ja, Vollzeit berufstätig (mindestens 30h pro Woche)
- 2 ja, Teilzeit berufstätig (mindestens 15h pro Woche)
- 3 ja, geringfügig beschäftigt (Minijob, 400 Euro-Basis)
- 4 ja, geschützt beschäftigt
- 5 nein, arbeitslos / erwerbslos
- 6 nein, Altersrente / Pension
- 7 nein, Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente
- 8 nein, Hausfrau / Hausmann / Erziehungsurlaub
- 9 Schüler / Auszubildender / Student
- 10 Bundeswehr / Zivildienst / Soziales Jahr

6. Woraus stammt Ihr überwiegender Lebensunterhalt?

- 1 Erwerbstätigkeit
- 2 Krankengeld
- 3 Arbeitslosengeld
- 4 Sozialhilfe ("Hartz 4")
- 5 Rente / Pension
- 6 Ausbildungsbeihilfe
- 7 Partner
- 8 Eltern / Verwandte
- 9 Vermögen

7. Wie würden Sie Ihre derzeitige gesundheitliche Verfassung einschätzen?

		sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
1.	Mein Gesundheitszustand ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Mein körperliches Befinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Mein seelisches Befinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Mein Allgemeinbefinden ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Meine körperliche Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Meine emotionale Belastbarkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Meine geistige Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Meine berufliche Leistungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Meine Entspannungsfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	Meine Kontaktfähigkeit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	Mein Selbstvertrauen ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	Meine Ausgeglichenheit ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	Meine Energie und Lebensfreude ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	Meine Fähigkeit, mit Menschen auszukommen, ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	Meine Fähigkeit zur Alltagsbewältigung ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	Meine Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, ist ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18.	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. Wie oft treiben Sie Sport bzw. haben Sie aktive körperliche Bewegung?

(z.B. Joggen, Radfahren, Schwimmen, Ballsport, Fitness)

- 1 keine sportliche Betätigung / Bewegung
- 2 weniger als 1-2 Stunden pro Woche
- 3 regelmäßig 1-2 Stunden pro Woche
- 4 regelmäßig 2-3 Stunden pro Woche
- 5 regelmäßig mehr als 3 Stunden pro Woche

9. Wie lange waren Sie in den letzten 6 Monaten nach Entlassung aus der Klinik insgesamt krank geschrieben?

- 1 keine Krankschreibung
- 2 etwa |__|__| Wochen

10. Wie würden Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit einschätzen? Ich fühle mich zur Zeit ...

- 1 ... voll arbeitsfähig (Vollzeit, mindestens 6h pro Tag)
- 2 ... eingeschränkt arbeitsfähig (Teilzeit, mindestens 3h pro Tag)
- 3 ... überhaupt nicht arbeitsfähig

11. Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

- 1 nein
- 2 Rentenantrag
- 3 Rentenstreit / Sozialgerichtsverfahren
- 4 Zeitrente

12. Besteht eine gesetzliche Betreuung?

- 1 nein
- 2 ja

13. Liegt eine Schwerbehinderung vor?

- 1 nein
- 2 ja, zu _____ %

14. In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben

		überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst
1.	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

15. In den folgenden Fragen geht es darum, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		überhaupt nicht	eher nicht	halbwegs	überwiegend	völlig
1.	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben

	Wie zufrieden sind Sie ...	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden
1.	mit sich selbst?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	mit Ihrer Gesundheit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	mit Ihrem Schlaf?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	mit Ihrer beruflichen Situation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	mit Ihrer finanziellen Situation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	mit Ihrem Familienleben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	mit Ihrer Partnersituation?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	mit Ihrem Sexualleben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	mit Ihrer Unterstützung durch Ihre Freunde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	mit Ihren Wohnbedingungen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	mit Ihrer Freizeitgestaltung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	mit Ihrem Leben insgesamt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

17. Wie häufig hatten Sie in den vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

- 1 niemals
- 2 nicht oft
- 3 zeitweilig
- 4 oftmals
- 5 immer

18. Wie groß ist Ihr Freundeskreis?

- 1 großer Freundeskreis
- 2 einige enge Freunde
- 3 einige Bekanntschaften
- 4 keine Beziehungen

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

- 1 niemanden
- 2 1 Person
- 3 2-3 Personen
- 4 mehr als 3 Personen

20. Welche Nachbehandlungen haben Sie nach Entlassung aus der Klinik Mengerschwaige in den letzten 6 Monaten in Anspruch genommen (Mehrfachnennung möglich)?

- 1 Psychiatrische Klinik
- 2 Psychotherapeutische oder Psychosomatische Klinik
- 3 Suchtklinik
- 4 Psychiater
- 5 Psychotherapeut oder Psychologin
- 6 Angehöriger einer sonstigen Berufsgruppe (z.B. Heilpraktiker)
- 7 Selbsthilfegruppe

21. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten in ambulanter psychiatrischer Behandlung (z.B. Nervenarzt, Psychiater)?

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| mal (Anzahl der Sitzungen)

22. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (z.B. Psychologin, Psychotherapeut)?

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| mal (Anzahl der Sitzungen)

23. Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 6 Monaten nach Entlassung aus der Klinik erneut in stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung (Klinikaufenthalt)?

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| Wochen

24. Wie oft waren Sie in den letzten 6 Monaten insgesamt bei einem Arzt? Bitte alle Arztbesuche zusammenzählen (Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt).

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| mal

25. Wie viele Wochen sind Sie in den letzten 6 Monaten nach Entlassung aus der Klinik insgesamt in einem Krankenhaus gelegen? Stationäre Psychiatrie / Psychotherapie NICHT mitzählen!

- 1 nie
- 2 insgesamt |__|__| Wochen

26. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten nach Entlassung aus der Klinik eingenommen?

		nie	wenige Male	mehr- mals pro Monat	mehr- mals pro Woche	täglich
1.	Neuroleptika (antipsychotische Medikamente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Antidepressiva (stimmungshebende Medikamente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Beruhigungsmittel (angstlösende Medikamente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Schlafmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Schmerzmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Stimmungsstabilisierende Medikamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Sonstiges:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

27. Nachfolgend sind eine Reihe von Beschwerden, Belastungen und Probleme aufgeführt, die in Ihrem Leben eine Rolle spielen könnten. Bitte geben Sie an, wie häufig die genannten Probleme in den letzten 6 Monaten nach Entlassung aus der Klinik bei Ihnen aufgetreten sind.

		nie	wenige Male	mehr- mals pro Monat	mehr- mals pro Woche	täglich
1	Körperliche Beschwerden oder Schmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	Essstörungen (Magersucht oder Bulimie)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3	Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmißbrauch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4	Ängste, Phobien oder Panikanfälle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5	Depressionen, Traurigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahn)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7	Schlafstörungen oder Alpträume	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8	Innere Unruhe, innere Anspannung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9	Antriebslosigkeit, fehlende Ausdauer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10	Reizbarkeit, Aggression, fehlende Selbstkontrolle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11	Beziehungsprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12	Einsamkeit, Kontaktschwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13	Abgrenzungsprobleme, Unselbständigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14	Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15	Fehlendes Selbstvertrauen, Selbstwertprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16	Starke Gefühlsschwankungen, emotionale Labilität	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17	Orientierungslosigkeit im Leben, Identitätskrise	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18	Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19	Erinnerung an schmerzhaft Erfahrungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20	Autoaggression, Selbstverletzungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21	Suizidalität, Gedanken sich etwas anzutun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22	Berufliche Probleme (Schule, Arbeit)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23	Fehlende geregelte Struktur im Alltag	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

28. Wie stark sind Ihre Probleme und Beschwerden heute?

- 1 nicht mehr vorhanden
- 2 wenig vorhanden
- 3 mittelmäßig stark
- 4 ziemlich stark
- 5 sehr stark

29. Wie haben sich Ihre Probleme und Beschwerden durch die Behandlung verändert?

- 1 deutlich verbessert
- 2 etwas verbessert
- 3 unverändert
- 4 etwas verschlechtert
- 5 deutlich verschlechtert

30. Wie hat Ihnen die Behandlung in der Klinik insgesamt geholfen?

- 1 sehr geholfen
- 2 ziemlich geholfen
- 3 etwas geholfen
- 4 nicht geholfen
- 5 geschadet

31. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?

- 1 ausgezeichnet
- 2 gut
- 3 weniger gut
- 4 schlecht

32. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?

- 1 eindeutig nicht
- 2 eigentlich nicht
- 3 im allgemeinen ja
- 4 eindeutig ja

33. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

- 1 sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen
- 2 sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen
- 3 sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen
- 4 sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

34. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

- 1 eindeutig nicht
- 2 ich glaube nicht
- 3 ich glaube ja
- 4 eindeutig ja

35. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

- 1 ziemlich unzufrieden
- 2 leicht unzufrieden
- 3 weitgehend zufrieden
- 4 sehr zufrieden

36. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

- 1 ja, sie half eine ganze Menge
- 2 ja, sie half etwas
- 3 nein, sie half eigentlich nicht
- 4 sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

37. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

- 1 sehr zufrieden
- 2 weitgehend zufrieden
- 3 leicht unzufrieden
- 4 ziemlich unzufrieden

38. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?

- 1 eindeutig nicht
- 2 ich glaube nicht
- 3 ich glaube ja
- 4 eindeutig ja

39. Wenn Sie Ihren jetzigen Zustand ganz kritisch mit Ihrem Zustand bei Behandlungsbeginn in der Klinik vergleichen: Welche Veränderungen haben sich durch die Behandlung ergeben?

		deutlich ge- bessert	etwas ge- bessert	nicht ver- ändert	etwas ver- schlech- tert	deutlich ver- schlech- tert
1.	Körperliches Befinden (körperliche Symptomatik)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Psychisches Befinden (seelisches Befinden)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Selbstwernerleben / Selbstannahme (Selbstwertgefühl)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Soziale Probleme (Arbeit, Wohnung, Finanzen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich (Eltern, Partner, Kinder, Freunde)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich (Kollegen, Vorgesetzte)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Psychosoziale Fähigkeiten (Eigenständigkeit, Kontaktfähigkeit, Abgrenzung, Durchsetzung)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Krankheitsverständnis (die Ursachen der Erkrankung besser verstehen können)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Zukunftsorientierung (realistische Lebensentwürfe und Zukunftsperspektiven)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

40. Alles in allem: Konnten Sie Ihre Therapieziele erreichen?

- 1 vollständig (100%)
- 2 größtenteils (75%)
- 3 teilweise (50%)
- 4 nur geringfügig (25%)
- 5 überhaupt nicht (0%)

41. Alles in allem: Glauben Sie, dass dies die richtige Klinik für Ihre Beschwerden war?

- 1 eindeutig ja
- 2 eher ja
- 3 teilweise
- 4 eher nein
- 5 eindeutig nein

42. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungsergebnis?

- 1 sehr zufrieden
- 2 zufrieden
- 3 weder noch
- 4 unzufrieden
- 5 sehr unzufrieden

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige

- BASISDOKUMENTATION PSYCHOTHERAPEUTEN -

Fragen bei Aufnahme

Patient(in): _____

Therapeut(in): _____

Aufnahme-Nr:

BADO 2007 - v15.06.2007

Bitte möglichst zeitnah bei Aufnahme des Patienten ausfüllen!

1. Heutiges Datum

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

5. Einweisungsweg

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Patient selbst | 6 <input type="checkbox"/> niedergelassener Arzt |
| 2 <input type="checkbox"/> Institut (Sprechtag) | 7 <input type="checkbox"/> niedergelassener Psychiater |
| 3 <input type="checkbox"/> Klinik-Ambulanz | 8 <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik |
| 4 <input type="checkbox"/> niedergelassener Analytiker | 9 <input type="checkbox"/> Therapieauflage |
| 5 <input type="checkbox"/> anderer niedergelassener Psychotherapeut | 10 <input type="checkbox"/> Sonstiger: _____ |

6. Psychiatrische Aufnahme-Diagnosen nach ICD-10

1. Diagnose F-|_|_|.|_|_| (Hauptdiagnose)
2. Diagnose F-|_|_|.|_|_| (Nebendiagnose)
3. Diagnose F-|_|_|.|_|_| (Nebendiagnose)
4. Diagnose F-|_|_|.|_|_| (Nebendiagnose)
5. Diagnose F-|_|_|.|_|_| (Nebendiagnose)

7. Human-Strukturelle Diagnose

- 1 Narzißtisch-depressive Struktur
- 2 Schizophrene Struktur
- 3 Borderline Struktur
- 4 Neurotische Struktur
- 5 Psychosomatische Struktur
- 6 Zwangsstruktur
- 7 Suchtstruktur

8. BPRS Brief Psychiatric Rating Scale (AUFNAHME-Befund)

Codierung:

0 = nicht vorhanden

1 = angedeutet

2 = schwach

3 = mässig

4 = mässig schwer

5 = schwer

6 = extrem schwer

a. **Körperbezogenheit**

Grad, bis zu dem physische Gesundheit vom Patienten als Problem angesehen wird, gleichgültig, ob eine entsprechende körperliche Symptomatik besteht oder nicht.

b. **Angst**

Besorgnis, Befürchtungen, Überbesorgnis in Bezug auf Gegenwart und Zukunft.

c. **Emotionale Zurückgezogenheit**

Mangelnder emotionaler Kontakt zum Interviewer in der Interviewsituation.

d. **Zerfall des Denkprozesses**

Grad, bis zu dem der Denkprozess verworren, inkohärent, ungeordnet oder zerfahren ist.

e. **Schuldgefühle**

Überbesorgnis oder Gewissensbisse im Hinblick auf früheres Verhalten.

f. **Gespanntheit**

Körperlich-motorische Anzeichen für Gespanntheit, Nervosität und allgemein erhöhte Aktivität.

g. **Maniertheit und Handlungsauffälligkeiten**

Auffälligkeiten der Psychomotorik, ungewöhnliches und unnatürliches motorisches Verhalten, das bestimmte psychisch Kranke aus der Gruppe der "Normalen" heraushebt.

h. **Größenerleben**

Überhöhtes Selbstgefühl, Überzeugung, im Besitz ungewöhnlicher Kräfte oder Fähigkeiten zu sein.

i. **Depression**

Mutlosigkeit, Traurigkeit. Bewerte nur den Grad der Traurigkeit, nicht mit Depression verbundene Begleitsymptome wie allgemeine Verlangsamung und körperliche Beschwerden

j. **Feindseligkeit**

Animosität, Geringschätzung, Verachtung, Feindseligkeit gegenüber Personen außerhalb der Interviewsituation.

k. **Misstrauen, paranoide Inhalte**

Überzeugung (wahnhaft oder nicht), dass andere jetzt oder früher böswillige oder diskriminierende Absichten gegenüber dem Patienten haben oder hatten.

l. **Halluzinationen**

Wahrnehmung ohne entsprechende Reize. Bewerte nur solche Erlebnisse, die in der letzten Woche aufgetreten sind und die sich deutlich vom Denken und der Vorstellung "Normaler" abheben.

m. **Antriebsverminderung**

Schlaffe Haltung, Verlangsamung von Bewegung und Sprache, Bewegungsarmut.

n. **Mangelnde Kooperation**

Anzeichen von Widerstand, Unfreundlichkeit, Verletztheit und Mangel an Bereitschaft zur Mitarbeit gegenüber dem Interviewer.

o. **Ungewöhnliche Denkinhalte**

Ungewöhnliche, seltsame, fremdartige, bizarre Denkinhalte.

p. **Affektive Abstumpfung, Verflachung**

Reduzierter emotionaler Tonus. Offensichtlicher Mangel an normalen Gefühlen oder an Anteilnahme.

q. **Erregung**

Gesteigerter emotioneller Tonus, Agitiertheit oder erhöhte Reaktivität.

r. **Desorientierung**

Verwirrenheit oder Verknennung von Personen, Ort und Zeit

9. Clinical Global Impression (CGI) bei Aufnahme

Schweregrad der Krankheit

- 1 nicht beurteilbar
- 2 Patient ist nicht krank
- 3 Grenzfall psychiatrischer Einweisung
- 4 nur leicht krank
- 5 mäßig krank
- 6 deutlich krank
- 7 schwer krank
- 8 extrem schwer krank

10. Global Assessment of Functioning (GAF) bei Aufnahme:

|_|_| in den letzten 7 Tagen |_|_| max. Wert letzte 12 Monate

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich):

- 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
- 70 = Leichte Beeinträchtigung
- 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
- 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
- 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
- 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

11. Beeinträchtigungsschwerescore in den letzten 7 Tagen (BSS) bei Aufnahme

		gar nicht	gering- fügig	deutlich	stark	extrem
1.	körperlich	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	psychisch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	sozial-kommunikativ	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

12. Suizidversuche in der Vorgeschichte

- 1 keine
- 2 Anzahl: |_|_|

13. Aktuell erkennbare Suizidalität

- 1 keine
- 2 Suizidgedanken
- 3 Suizidabsicht

14. Dauer der Erkrankung, bezogen auf die Hauptdiagnose

- 1 etwa |_|_| Monate
- 2 etwa |_|_| Jahre

15. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 6 Monaten

- 1 keine
- 2 insgesamt |_|_| Wochen

16. Wie würden Sie die derzeitige Arbeitsfähigkeit des Patienten / der Patientin einschätzen?

- 1 ... voll arbeitsfähig (Vollzeit, mindestens 6h pro Tag)
- 2 ... eingeschränkt arbeitsfähig (Teilzeit, mindestens 3h pro Tag)
- 3 ... nicht arbeitsfähig

17. Ambulante psychiatrische Vorbehandlungen?

- 1 nein
- 2 ja: wann zum 1. Mal |_|_|_|_|_|. Zahl Vorbehandler |_|_|_|.

18. Ambulante psychotherapeutische Vorbehandlungen?

- 1 nein
- 2 ja: wann zum 1. Mal |_|_|_|_|_|. Zahl Vorbehandler |_|_|_|.

19. (Teil)stationäre psychiatrische / psychotherapeutische Vorbehandlungen?

- 1 nein
- 2 ja: wann zum 1. Mal |_|_|_|_|_|. Aufenthalte |_|_|_|. Gesamtdauer |_|_|_|_| Wochen geschätzt

20. Bitte geben Sie an, wie wichtig Ihnen während dieser Behandlung eine Veränderung in den folgenden Problembereichen bei Ihrem Patienten / Ihrer Patientin ist.

		kein relevantes Problem	unwichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
1.	Körperliche Befindensstörung (körperliche Symptomatik)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2.	Psychische Befindensstörung (seelisches Befinden)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3.	Selbstwernerleben / Selbstannahme (Selbstwertgefühl)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4.	Soziale Probleme (Arbeit, Wohnung, Finanzen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5.	Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich (Eltern, Partner, Kinder, Freunde)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6.	Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich (Kollegen, Vorgesetzte)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7.	Psychosoziale Fähigkeiten (Eigenständigkeit, Kontaktfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8.	Krankheitsverständnis (die Ursachen der Erkrankung besser verstehen können)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.	Zukunftsorientierung (realistische Lebensentwürfe und Zukunftsperspektiven entwickeln)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

21. Therapieziele

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige

- BASISDOKUMENTATION PSYCHOTHERAPEUTEN -

Fragen bei Entlassung

Patient(in): _____

Therapeut(in): _____

Aufnahme-Nr:

BADO 2007 - v15.06.2007

Bitte möglichst zeitnah bei Entlassung des Patienten ausfüllen!

1. Heutiges Datum

|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

3. Art der Behandlung

- 1 Krisenintervention
- 2 Kurzzeittherapie ("Fokalthherapie")
- 3 Längere intensive Akutbehandlung

4. Art der Beendigung

- 1 reguläre Beendigung
- 2 vorzeitig durch Patient
- 3 vorzeitig durch Therapeuten / Klinik (disziplinarisch)
- 4 vorzeitig mit beiderseitigem Einverständnis
- 5 Verlegung / Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme
- 6 Verlegung
- 7 Sonstiges

5. Besondere Ereignisse während der Behandlung

Mehrfachankreuzung möglich

- 1 keine
- 2 Behandlung wurde über den zunächst geplanten Zeitraum hinaus verlängert
- 3 Therapeutenwechsel
- 4 Therapieunterbrechung durch Verlegung
- 5 Therapieabbruch
- 6 Interkurrente Erkrankung / Komplikationen
- 7 Signifikante Lebensereignisse (Familie, Beruf) - welche: _____
- 8 Suizidversuch
- 9 Sonstiges: _____

6. Weiterbehandlung nach Entlassung

Mehrfachankreuzung möglich

- 1 Vereinbarte Wiederaufnahme
- 2 Psychiatrische Klinik
- 3 Psychotherapeutische / Psychosomatische Klinik
- 4 Vorbehandelnder Psychotherapeut
- 5 Neuer Psychotherapeut
- 6 Psychiater
- 7 Klinikambulanz
- 8 Therapeutische WG
- 9 Beschütztes Wohnen
- 10 Sonstiges: _____

7. Therapeutische Maßnahmen

	Bitte kreuzen Sie zunächst an, welche therapeutischen Maßnahmen verordnet wurden. Falls ja: Geben Sie an (soweit Ihnen bekannt), ob der Patient regelmäßig daran teilgenommen hat	Maßnahme wurde verordnet	gemäß Verordnung regelmäßig teilgenommen	nur sporadisch teilgenommen	trotz Verordnung nicht teilgenommen
1.	Einzelgespräche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	Tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4.	Milieugruppe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5.	Medizinische Behandlung, z.B. pharmakologisch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6.	Gespräche mit Sozialarbeitern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.	Familiengespräche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8.	Partnergespräche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9.	Tanztherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10.	Musiktherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11.	Maltherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12.	Theatertherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13.	Reittherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14.	Sport, Gymnastik, Schwimmen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15.	Physiotherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16.	Ausflüge und Unternehmungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17.	Interessengruppen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18.	Großgruppe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19.	CogPack	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20.	Psychoedukation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21.	Training von Fertigkeiten / Skills	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22.	Trauma-Stabilisierungsgruppe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23.	Sonstiges:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

8. Medikation

O Entfällt, da keine Medikamenteneinnahme

	Medikamenteneinnahme ...	bei Aufnahme	während Therapie	bei Entlassung
1.	Neuroleptika (Antipsychotika)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2.	Antidepressiva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.	Tranquilizer (Anxiolytika)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4.	Schlafmittel (Hypnotika)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5.	Schmerzmittel (Analgetika)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6.	Stimmungsstabilisatoren (Phasenprophylaktika)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7.	Sonstiges	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

9. Clinical Global Impression (CGI)

Schweregrad der Krankheit bei Entlassung

- 1 nicht beurteilbar
- 2 Patient ist nicht krank
- 3 Grenzfall psychiatrischer Einweisung
- 4 nur leicht krank
- 5 mäßig krank
- 6 deutlich krank
- 7 schwer krank
- 8 extrem schwer krank

10. Zustandsänderung seit Aufnahme

- 1 nicht beurteilbar
- 2 sehr viel besser
- 3 viel besser
- 4 nur wenig besser
- 5 unverändert
- 6 etwas schlechter
- 7 viel schlechter
- 8 sehr viel schlechter

11. Global Assessment of Functioning (GAF) bei Entlassung:

||_| in den letzten 7 Tagen

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich):

90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten

80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung

70 = Leichte Beeinträchtigung

60 = Mäßig ausgeprägte Störung

50 = Ernsthafte Beeinträchtigung

40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen

30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen

20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit

10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

12. Beeinträchtigungsschwerescore in den letzten 7 Tagen (BSS) bei Entlassung

		gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
1.	körperlich	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	psychisch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	sozial-kommunikativ	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

13. BPRS Brief Psychiatric Rating Scale (ENTLASS-Befund)

Codierung:

0 = nicht vorhanden

1 = angedeutet

2 = schwach

3 = mässig

4 = mässig schwer

5 = schwer

6 = extrem schwer

a. **Körperbezogenheit**

Grad, bis zu dem physische Gesundheit vom Patienten als Problem angesehen wird, gleichgültig, ob eine entsprechende körperliche Symptomatik besteht oder nicht.

b. **Angst**

Besorgnis, Befürchtungen, Überbesorgnis in Bezug auf Gegenwart und Zukunft.

c. **Emotionale Zurückgezogenheit**

Mangelnder emotionaler Kontakt zum Interviewer in der Interviewsituation.

d. **Zerfall des Denkprozesses**

Grad, bis zu dem der Denkprozess verworren, inkohärent, ungeordnet oder zerfahren ist.

e. **Schuldgefühle**

Überbesorgnis oder Gewissensbisse im Hinblick auf früheres Verhalten.

f. **Gespanntheit**

Körperlich-motorische Anzeichen für Gespanntheit, Nervosität und allgemein erhöhte Aktivität.

g. **Maniertheit und Handlungsauffälligkeiten**

Auffälligkeiten der Psychomotorik, ungewöhnliches und unnatürliches motorisches Verhalten, das bestimmte psychisch Kranke aus der Gruppe der "Normalen" heraushebt.

h. **Größenerleben**

Überhöhtes Selbstgefühl, Überzeugung, im Besitz ungewöhnlicher Kräfte oder Fähigkeiten zu sein.

i. **Depression**

Mutlosigkeit, Traurigkeit. Bewerte nur den Grad der Traurigkeit, nicht mit Depression verbundene Begleitsymptome wie allgemeine Verlangsamung und körperliche Beschwerden

j. **Feindseligkeit**

Animosität, Geringschätzung, Verachtung, Feindseligkeit gegenüber Personen außerhalb der Interviewsituation.

k. **Misstrauen, paranoide Inhalte**

Überzeugung (wahnhaft oder nicht), dass andere jetzt oder früher böswillige oder diskriminierende Absichten gegenüber dem Patienten haben oder hatten.

l. **Halluzinationen**

Wahrnehmung ohne entsprechende Reize. Bewerte nur solche Erlebnisse, die in der letzten Woche aufgetreten sind und die sich deutlich vom Denken und der Vorstellung "Normaler" abheben.

m. **Antriebsverminderung**

Schlaffe Haltung, Verlangsamung von Bewegung und Sprache, Bewegungsarmut.

n. **Mangelnde Kooperation**

Anzeichen von Widerstand, Unfreundlichkeit, Verletztheit und Mangel an Bereitschaft zur Mitarbeit gegenüber dem Interviewer.

o. **Ungewöhnliche Denkinhalte**

Ungewöhnliche, seltsame, fremdartige, bizarre Denkinhalte.

p. **Affektive Abstumpfung, Verflachung**

Reduzierter emotionaler Tonus. Offensichtlicher Mangel an normalen Gefühlen oder an Anteilnahme.

q. **Erregung**

Gesteigerter emotionaler Tonus, Agitiertheit oder erhöhte Reaktivität.

r. **Desorientierung**

Verworrenheit oder Verknennung von Personen, Ort und Zeit

14. Bitte schätzen Sie zum Zeitpunkt des Behandlungsendes Ihres Patienten / Ihrer Patientin den Grad der Veränderung im Vergleich zum Aufnahmebefund ein

		deutlich ge- bessert	etwas ge- bessert	nicht ver- ändert	etwas ver- schlech- tert	deutlich ver- schlech- tert
1.	Körperliche Befindensstörung (körperliche Symptomatik)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Psychische Befindensstörung (seelisches Befinden)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Selbstwernerleben / Selbstannahme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Soziale Probleme (Arbeit, Wohnung, Finanzen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Verhältnis zu wichtigen Personen im privaten Bereich (Eltern, Partner, Kinder, Freunde)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Verhältnis zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich (Kollegen, Vorgesetzte)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Psychosoziale Fähigkeiten (Eigenständigkeit, Kontaktfähigkeit, Abgrenzung, Durchsetzung)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Krankheitsverständnis (die Ursachen der Erkrankung besser verstehen können)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Zukunftsorientierung (realistische Lebensentwürfe und Zukunftsperspektiven)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

15. Wie würden Sie die derzeitige Arbeitsfähigkeit des Patienten / der Patientin einschätzen?

- 1 ... voll arbeitsfähig (Vollzeit, mindestens 6h pro Tag)
 2 ... eingeschränkt arbeitsfähig (Teilzeit, mindestens 3h pro Tag)
 3 ... nicht arbeitsfähig

16. Wie hat die Behandlung dem Patienten / der Patientin insgesamt geholfen?

- 1 sehr geholfen
 2 ziemlich geholfen
 3 etwas geholfen
 4 nicht geholfen
 5 geschadet

17. Wie haben sich die Probleme und Beschwerden durch die Behandlung verändert?

- 1 deutlich verbessert
 2 etwas verbessert
 3 unverändert
 4 etwas verschlechtert
 5 deutlich verschlechtert

18. Wie stark sind die Probleme und Beschwerden heute?

- 1 nicht mehr vorhanden
 2 wenig vorhanden
 3 mittelmäßig stark
 4 ziemlich stark
 5 sehr stark

19. Abschließende Bewertung der Zusammenarbeit des Patienten

(Therapiemotivation, Mitwirken, Einhalten von Absprachen und Verordnungen)

- 1 gut
- 2 zufriedenstellend
- 3 problematisch

20. Prognose hinsichtlich Hauptsymptomatik

- 1 eher günstig
- 2 zweifelhaft
- 3 eher ungünstig

21. Alles in allem: Konnten Sie Ihre im Aufnahmebogen formulierten Therapieziele mit dem Patienten erreichen?

- 1 vollständig (100%)
- 2 größtenteils (75%)
- 3 teilweise (50%)
- 4 nur geringfügig (25%)
- 5 überhaupt nicht (0%)

22. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungsergebnis?

- 1 sehr zufrieden
- 2 zufrieden
- 3 weder noch
- 4 unzufrieden
- 5 sehr unzufrieden

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ehrenwörtliche Erklärung

"Ich versichere hiermit ehrenwörtlich durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften oder dem Internet entnommen worden sind, sind als solche kenntlich gemacht. Keine weiteren Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit beteiligt. Die Arbeit hat noch nicht in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung dieser oder einer anderen Prüfungsinstanz vorgelegen."

Mannheim, den 22. März 2011